

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

Contribución al estudio de la espleno-pneumonia

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Federico Corominas Pedemonte

Madrid, 2015

Contribución al estudio de
la
Espleno - pneumonia.

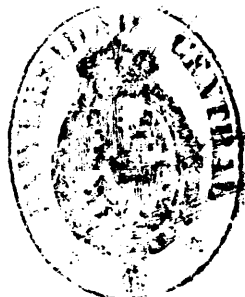
Memoria
para el Doctorado de Medicina.

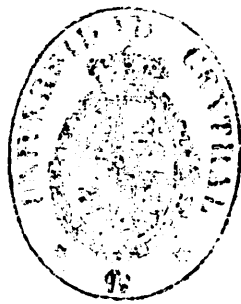
presentada por

Federico Corominas Pedemonte.

Ex-alumno interno pensionado y de Mérito de la
Facultad de Barcelona.

Junio 1901





Exmo Señor.

Si difícil es, para los que nos dedicamos a estudios médicos, hacer dar un paso a nuestra ciencia por nuevos caminos, sin que luego resulten estos estériles, y quede la nueva adquisición como base firme que resista a prolongada experiencia, no tanto ha de

serlo allanar los ya conocidos, separando escollos. y aclarando confusiones que tanto abundan y que hacen que ninguno de los capítulos de la medicina apareciera libre de erruenda y que sean en tan gran número los cuadros patológicos que debemos considerar como excepcionales por desconocerlos o conocerlos poco, siendo así que estudiados mejor caben dentro de unas nosologías conocidas y disfrutan de entidad propia.

Si el Médico pusiera más atención al examinar sus casos clínicos notaría que son muy constantes de lo que se cree lo que él

3

llama variedades de una misma enfermedad, y al decir constantes, queremos indicar que muchas de aquellas variedades aparecen siempre con igual aspecto y se traducen constantemente por los mismos síntomas, dando así a entender a quien se fija en ellas, que constituyen una entidad aparte, una enfermedad que merece nombre propio, y que no debe tomarse como modalidad de otra especie más conocida por más brevemente o mejor estudiada).

De aquí que cuanto más se profundice en el estudio de un capítulo particular de la patología, mayor número de dificultades surjan, y

4
aparezcan un nombre nuevo aumentando el catálogo de las enfermedades correspondientes a un órgano o a un sistema. Buen ejemplo de ello nos dan, para secretar, las del aparato respiratorio, que es el que nosotros hemos tomado por materia de estudio. Si se limita al pulmón tan solo, comprávese el índice de las afecciones de este órgano en los tratados de hace cincuenta años, con el de los modernos y véanse cuantos nombres antes desconocidos aparecen hoy; no sería porque se hubieran creado enfermedades que en aquella época, no existieran, sino porque se han ido

descontando a medida que se han
percibido mejor, variedades que antes
estaban incluídas en un mismo gru-
po y ahora forman cada una de e-
llas cuerpo aparte. No se crea que
esta selección responde solo a perfiles
de anatomías patológicas, o de diagnós-
tico sino que tiene en muchas ocasio-
nes grande importancia terapéutica y
sobre todo pronóstica.

Al querer nosotros hacer un
estudio especial de las enfermedades respi-
ratorias, hemos dirigido nuestra observa-
ción a la que más dificultades entra-
ña para su diagnóstico y para su expus-
ta está a confusión; no hay duda de

que es ésta la espleno-pneumonia. Su estudio es tanto más importante cuanto la enfermedad con la cual más fácilmente se confunde es tan frecuente; la pleuresias

Nuestro trabajo tiene por objeto aportar nuevos datos al estudio de la espleno-pneumonia. Para llevarlo a término nos valdremos de lo poco que se ha escrito sobre esta enfermedad, y de lo que sea fruto de nuestra observación particular en algunos casos que hemos tenido ocasión de ver.

Debemos hacer constar antes, que nuestro principal objeto está en esclarecer el diagnóstico, dejando bien en

lado un fenomeno observado por nosotros que posemos de mucho valor y del cual no han dado todavia cuenta los autores que se han ocupado de esta enfermedad. Esto hara que tal vez resulten incompletos los restantes capitulos para no dar demasiada extension a esta Memoria.

Grancher fue quien primero estudio y describio la enfermedad conocida con el nombre de esplenopneumonia, haciendo su primera publicacion sobre la misma en el año 1878, pero sin darle nombre; en 1880, fue cuando Poffroy propuso designarla con el que lleva. Pero el nuevo descubrimien-

to fué acogido con bastante ⁸fríaldad
por el público médico y pasaron var-
rios años sin que los prácticos se ocu-
paran del mismo; remedios muy es-
casa importancia a lo que solo
se consideraba como una de las milti-
tiples variedades de la pulmonial. Mas
tarde, en 1886, Bourdel publicó varias
observaciones que arumentaron la impor-
tancia de los trabajos de Granchet,
y desde entonces han ido repitien-
dose los estudios, profundizándose
más, especialmente en los últimos diez
años y de un modo particular en
Francia, donde numerosos prácticos
han dedicado preferente atención al

estudio de la esplenopneumonias. En los demás países se han ocupado también de ellas y así tenemos noticia de los casos publicados por Filippi en Italia; Bonn y Witte han escrito de ella en Alemania; Ischikowitch, la ha descrito en Rusia; Correns en Bélgica; y Papavasiliou en Grecia. No tenemos noticia de que se haya publicado nada de ella en España como tampoco en Inglaterra.

El nombre de esplenopneumonias ha hecho creer a algunos que la etimología de esta palabra derivaba del

76

vocablo griego que significa bazo: es-
te órgano no tiene nada que ver
con la enfermedad que nos ocupa.
Loffroy le dio aquel nombre valiéndose
de del término *esplenización*, tal
como se usa en anatomía patológica
para designar el estado de inflamación
difusa en que se encuentran ciertos
tejidos cuyo aspecto recuerda el del te-
jido esplénico.

La afección que nos ocupa es
una enfermedad aguda o sub-agu-
da del pulmón caracterizada por
una inflamación del parénquima pul-
monar con producción de escudado me-
nos fibroso que el de la pneumonia

lobular y cuyos signos físicos simu-
lan una pleuresía de mediano de-
rroame.

Por lo que se refiere a su fre-
cuencia podemos decir que, sin ser una
enfermedad muy común, se registran
de ella bastantes casos y aun debe
tenerse en cuenta que más de un 25
por 100 pasan desapercibidos por con-
fundirse con otras enfermedades de
los órganos respiratorios, especialmen-
te la pleuresía.

Ha sido observada en todas
las edades por más que al princi-
pio se creyó, que era patológico es-
clusivo de la edad adulta. en 1888

12
Grancher la encontró en el niño, y más
tarde, Mlle Brandebender, relacionó va-
rios casos de esplenopneumonia en
la infancia desarrollados a conseque-
ncia de la gripe. Por lo que se re-
fiere a la edad avanzada, se encuen-
tra en la literatura médica, un nú-
mero muy escaso de observaciones; Que-
yrat refiere un caso de esplenopneu-
monia en una mujer de 72 años.
Wartz en su tesis, cita otro ocurri-
do en una mujer de 71 años; no-
otros, en la clínica del Doctor Hom-
beros visto un caso de esta enfer-
medad desarrollado en un hombre
de 65 años, y en el servicio del

13

Doctor Faisand, de Paris, hemos visto otro hombre de 68 años afecto tambien de esta dolencia.

Generalmente se ha considerado a esta enfermedad como propia del sexo masculino, aserción que parece de todo fundamento serio y no puede tener otra explicación que la de que el hombre, por su género de vida, está expuesto en mayor frecuencia que la mujer a padecer enfermedades del aparato respiratorio. Ya hemos citado en el párrafo anterior dos casos de esplenopneumonias ocurridos en mujeres de edad avanzada, y nosotros hemos po-

14

Se ha observado otra en una joven de 22 años. Puede encontrarse pues esta afección igualmente en un sexo que en otro, siendo de todos modos más frecuente en el hombre que en la mujer pero debido esto únicamente a causas circunstanciales.



Etiología

Todos los autores que se han ocupado en el estudio de la esplenomegalia discuten a qué da se de enfermedad se debe más frecuentemente su desarrollo, sin fijarse en si puede o no desarrollarse primitivamente. Sin negar que en muchos casos esta enfermedad es secundaria, ya demostraremos luego que en mu-

16
Los otros, en evolución no depende de la existencia de ninguna enfermedad anterior.

Veamos ahora cuales son, a opinion de los que se han ocupado en este estudio, las afecciones que mas comunmente dan origen a la esplenopneumonia: Waitz considera que « cuando la esplenopneumonia no acompaña a un estado patológico complejo, es de naturaleza sub-
dura ». Landouzy escribe, refiriéndose a las causas probables de la misma, que « en algunos casos podria inferirse a la tuberculosis. Esta presuncion, aünade, es hija de los an-

precedentes observados en algunos enfermos, del hábito exterior de otros, de la larga duración de la enfermedad, de la persistencia de los síntomas locales mucho tiempo después de la curación completa etc.» Delpech cree que la gripe es una de las causas principales que contribuyen a su desarrollo. Glorand dice: «nosotros colocamos la gripe en primer lugar entre las causas de la esplenopneumonia y aun consideramos que constituye una forma relativamente benigna de la pneumonia gripal.» En la tesis de Bardel se encuentra citado un caso de esplenopneumonia sobrevenido en un ab-

albuminúricos y otros reñidos en un diabético. Merkel ha observado una esplenopneumonía desarrollada en el curso de manifestaciones artísticas en un niño de ocho años. Por último, Guéyat, en un artículo publicado por la *Gazette des hôpitaux* de París en 1892, incluye el cuadro siguiente que comprende veintisiete casos de esta enfermedad.

- En tuberculosos confirmados... 4 veces
- En tuberculosos probables... 4 veces
- En albuminúricos... 3 veces
- En diabéticos... 1 vez
- En palúdicos... 1 vez
- En el curso de la fiebre tifoidea... 1 vez
- En el curso de una neumonía del lado opuesto... 1 vez

En los once casos restantes ¹⁹ no le fue posible referir la enfermedad al ningún estado patológico actual o anterior. Fauriol replicó al artículo de Queprat con otro inserto en el **Boletín medical**, en el que dice: "Me sorprende desde luego no ver figurar la gripe en la etiología. Estoy conforme en que entre los estados morbosos que pueden dar lugar a la afección que nos ocupa, la tuberculosis figura en primera línea: la esplenopneumonia es una de las formas relativamente frecuentes de las tuberculosis multilaterales de marcha aguda o sub-aguda, con más frecuencia, tal vez, se presenta a modo

de complicación en el curso de la tisis crónicas. Esto es, pues, reservar un lugar privilegiado a la tuberculosis, pero según mis observaciones, la gripe debe figurar inmediatamente después de ella, si no en el mismo lugar; en las grandes epidemias de estos tres últimos años, he tenido ocasión de observar a lo menos unos quince ejemplos de ella - en adultos - y es imposible que los demás médicos no se hayan sorprendido, como yo mismo, de la relativa frecuencia de una afección que en las condiciones ordinarias dista mucho de ser común.

La opinión nuestra, respecto de la tuberculosis y la gripe que, como aca-

hemos de ver, anteceden y provocan mu-
 chas veces el desarrollo de la esplenopneumonia, es de muy escasa impor-
 tancia, por lo que a la etiología se refiere, averiguar si su producción
 es más frecuente después de una u o-
 tra enfermedad; las diferencias de núme-
 ro han de ser forzosamente muy esca-
 sas, porque consideramos que no es
 tal o cual afección, quien provoca con-
 secutivamente la esplenopneumonia, si-
 no que creemos que ésta se desarrolla
 mejor porque encuentra un organiz-
 mo en mejores condiciones para reci-
 birla; en una palabra, que la enfer-
 medad preexistente no hace más que pre-

parar el terreno para que en él se desarrolle el agente productor de las espiro-pneumonias. Ahora bien, como el estado de receptividad del organismo no depende exclusivamente de la dolencia anterior en sí, ó dicho de otro modo, no es ésta sola quien influye en el ulterior estado de aquel, sino que contribuyen además, y de un modo muy poderoso, las condiciones individuales orgánicas, de aquí que no concedamos importancia al concepto específico de la enfermedad y creamos que el desarrollo de las espiro-pneumonias como manifestación secundaria depende del conjunto de fenómenos que hayan colocado al organismo en condicio-

nes aptas para ello. Meabrá individuos á
 quien un simple resque depara en con-
 diciones de muy escasa defensa y otro
 en cambio, no agotará sus energías aun
 después de haber sufrido una enfermedad
 grave.

Ya hemos dicho, al empezar
 este capítulo, que en muchos casos la
 evolución de la esplenopneumonia no
 tenía nada que ver con la existen-
 cia de otra afcción anterior: efectiva-
 mente, nosotros hemos observado dos ca-
 sos en que esta afcción apareció
 primitivamente y sin que pudiera re-
 ferirse en existencia a ninguna en-
 fermedad preexistente. Otros observadores,

entre ellos el Doctor Faisans, han notá-²⁴
do el mismo fenómeno.

En resumen pues, debemos ha-
cer constar que la esplenopneumo-
nia, aun cuando muchas veces sea
de evolución secundaria, en muchas
otras puede desarrollarse primitivamen-
te. Entre las afecciones que más con-
tribuyen a su desarrollo debemos citar,
por las condiciones especiales en que co-
locan al organismo, la tuberculosis y
la gripe.

Dejando para el capítulo
de la anatomía patológica el estudio
de la causa eficiente de la enferme-
dad que nos ocupa, exponeré en

este en cuatro palabras cuales sean las principales causas predisponentes y ocasionantes, de la misma.

Mucho más que en la pleuro-pneumonia, depende la frecuencia de la esplenopneumonia de las condiciones de clima. La temperatura no influye en su desarrollo por ser más o menos elevada, sino por los cambios bruscos que pueda sufrir; la esplenopneumonia no es propia de los climas fríos, sino de aquellos en que la temperatura varía bruscamente en las 24 horas. La humedad, contribuye también a su desarrollo especialmente si es producida por lluvias.

Por la acción de los cambios

de temperatura esta enfermedad sera ²⁰ de
evolucion más comun en unas estaciones
que en otras: efectivamente se observa, al exa-
minar los casos clinicos referidos por los
autores, que en mayor número correspon-
de a los meses de Noviembre - Diciembre y
Mayo - Abril, épocas del año en que más
varia la temperatura en las 24 horas.

Aparte estas causas correspondien-
tes al medio externo, pueden tenerse en
cuenta otras dependientes del individuo mis-
mo. Ya hemos dicho anteriormente en
su sentido influyen la edad y el sexo,
y ahora podemos añadir que su evo-
lucion esta más o menos relacionada
también con la profesion, la condicion so-

cial, la constitución particular del individuo etc. pudiendo repetirse para este caso lo que ya tantas veces se ha dicho para las demás enfermedades, teniendo en cuenta que cuanto mayores sean las resistencias naturales del organismo más difícilmente se verá invadido por el proceso patológico.

Muy difícil será particularizar las profesiones que dan mayor contingente de esclerosis premortales: pero en términos generales podemos decir que estas no se encuentran precisamente entre los individuos que están más expuestos a la acción de los agentes exteriores, como a primera vista parecería deducirse de

lo que dejamos expuesto al tratar de las
causas extrínsecas, sino más bien entre
los que viven en condiciones higiénicas
especiales. Así, por ejemplo, en los jaqui-
nes, descargadores de mulles, cocheros
marineros etc, en una palabra los que
más reciben la acción de la intemperie,
es rarísima la epleuro-pneumonia, y no
sotras solo tenemos noticias de un ca-
so citado por Guignat desarrollado en
un cochero de plaza. En cambio, pare-
ce que se encuentra con más frecuen-
cia en los conventos, cárceles y cuarte-
les, y en éstos más en los situados en
grandes ciudades que en los situados
de los campos.

Es tambien un hecho cierto que la esplenopneumonia es muy rara en las poblaciones rurales y que en mayor contingente se encuentra en las grandes ciudades. Estos hechos estan en armonia con lo que hemos afirmado al principio: esto es, que esta enfermedad se desarrolla a consecuencia de los cambios bruscos de temperatura, pues sabido es que los individuos expuestos por su profesion a la intemperie si bien sufriran temperaturas muy rigurosas no pasaran tan repentinamente de una alta a otras bajas como los que se ven obligados a vivir en locales cerrados y en aire confi-

nado.

Por este mismo motivo influye poco en el desarrollo de esta enfermedad la condición social, y más bien podríamos decir que más expuestos están a ella los ricos que los pobres si estos no tuvieran por otras causas menos resistencias orgánicas.

(Ya hemos dicho al comenzar este capítulo, el modo como influyen en la evolución de la enfermedad que nos ocupa la existencia de enfermedades anteriores: hemos visto también que debemos colocar en primer lugar la tuberculosis y la gripe como provocadoras, por decirlo así, de la esplenopneum-

31
monias. De un modo general podemos añ-
dir que todo individuo cuyo organismo
se encuentra debilitado por estas afectos
de afeciones crónicas de cualquier modo-
le que sean, se encuentra más expuesto
que otro a contraer la esplenopneumo-
nía. En cambio, los sujetos de consti-
tución robusta y vigorosa, tienen muchas
probabilidades de librarse de ella; tal vez
esta causa contribuye también a que los
individuos dedicados a las profesiones
rudas que antes hemos indicado den es-
caso contingente de esplenopneumonia y
que los fahines, cargadores, carreteros
etc, han de ser forzosamente gente de con-
stitución fuerte.

Estas son, expuestas a' grande
razgos, las principales causas que con-
tribuyen al desarrollo de la enfermedad
que estudiamos; en el capítulo siguien-
te expondremos lo que se sabe hasta
la fecha de su causa eficiente.



Anatomía patológica

Este capítulo es sin duda alguna el más incompleto en el estudio de la esplenopneumonia, por la razón de que esta enfermedad no es de terminación fatal y, por lo tanto, no han podido hacerse autopsias de la misma. Así pues, todo lo que sobre ella se ha dicho no sale del terre-

34

no de la hipótesis por más que sea
esta muy racional y haya sido un-
animemente admitida.

Debemos limitarnos por lo tan-
to a consignar lo que se ha escrito
de ella ya que nos falta observación
particular sobre este punto.

Segun Coffroy, en los casos
en que las alteraciones estén más acu-
tuadas en el parénquima pulmonar, se
encontrarian asociadas siempre, independien-
temente de la bronquitis, que sera con-
stante, la pneumonia epitelial, (esple-
nización) y la pneumonia supurativa
(nidos de bronco-pneumonia). Otras ve-
ces la esplenización varpara una exten-

sion bastante considerable y sobre este fon-
 do oscuro, arulado o violaceo, se verán
 sobresalir los nidos indurados de he-
 paticación. Para dejar bien marcada
 la asociación de estas dos lesiones: es-
 plicación y nidos de bronco-pneumo-
 nias, es por lo que Loffroy propuso el
 nombre de esplenopneumonias.

La esplenización (pneumonia e-
 pithial) parece dominar la escena; en
 el periodo de estado la congestión jue-
 ga probablemente un importante papel.
 La lesión principal es el aumento de vo-
 lumen de las células de revestimiento
 alveolar y su descamación, acompaña-
 das ambas cosas de un exudado sero-

albuminoso abundante. A esto debe añadirse la obliteración de los bronquiolos por secreciones mucosas o mucopurulentas y la infiltración edematosa del tejido conjuntivo peribulillar.

Macroscopicamente la esplenización recuerda mucho la congestión pasiva. En ambos estados el pulmón se encuentra aumentado de volumen, edematoso, liso, rojo, y crepita poco a la presión; de todos modos el pulmón esplénico aparece más compacto, e de menos a la presión del dedo, no da salida a tanta serosidad. Si colocado en una jofaina con agua se sumerge a medias.

34
La pleura generalmente se con-
serva intacta a nivel de las partes en-
fermas, otras se congestiona a su vez,
y otras, por último, cede completamente
a la inflamación hasta el punto de pro-
ducirse escudado pleurítico, como vemos
en una de nuestras observaciones (Ob.^{on} II)

Por lo que se refiere al si-
tio de la lesión, la esplenopneumonia
puede encontrarse en cualquier par-
te de los dos pulmones; es de no-
tar sin embargo, que más co-
mumente ocupa la base, y aun más
en el lado izquierdo que en el de-
recho, por más que se existen algu-
nos casos de esplenopneumonia

38
derecha. En los enfermos que nosotros hemos tenido ocasión de observar, la lesión se encontraba en el lado izquierdo.

La extensión es siempre escasa siendo muy raras las veces en que la lesión ocupa la mitad del pulmón; generalmente no alcanza más que una tercera parte. Este hecho es de importancia y precisa tenerlo en cuenta, como veremos más adelante, por el valor que tiene al establecer el diagnóstico.

Las investigaciones microbiológicas, llevadas a cabo al objeto de encontrar el agente productor

de la enfermedad, no han dado tod^{os} los
resultados positivos. En un ca-
so citado por Lueyrat, se examinó
la sangre extraída por punción
del pulmón y se practicaron culti-
vos con ella: ni el examen ni los
cultivos dieron resultado alguno. En
otro caso Chantemesse, examinando el
moco bronquial, encontró organismos
análogos, por su forma, a las leva-
duras y un diplococo distinto del
de Galambou-Fraenkel, pero cuyo estu-
dio no se ha continuado. En un
tercer caso, relatado por Alfaro, los es-
putos contenían en gran abundancia
diplococos de Galambou-Fraenkel; y por

40

último Waitz, relaciona otro caso en
cuyo los esputos contenían el pneumo-
coco de Friedländer.

Resta pues, desconocido el agen-
te productor de la esplenopneumonia?



Sintomatología.

A. Cuadro clínico.

El comienzo de esta enfermedad es por demás característico y desde el primer momento adquiere el práctico la convicción de que se trata de una afección de los órganos respiratorios. Paisant lo expresa diciendo que es la enfermedad presenta constantemente

un comienzo y un conjunto de trastornos funcionales que tienen dentro de su especie una significación muy importante, porque no pueden dar lugar a dudas sobre la existencia de una afcción aguda de los órganos intra torácicos. Cuando el médico ha terminado el interrogatorio de su enfermo, sabe ya que el diagnóstico no puede girar más que dentro de un círculo relativamente limitado; no puede tratarse más que de una congestión aguda del pulmón, de una neumonía, ó de una pleuritis.»

Este comienzo es en general agudo, podemos decir bruscamente, aunque en

ciertas circunstancias va precedida de un malestar con tos y bronquitis ligera, la invasión tiene lugar siempre súbitamente, dándose a conocer por escalofríos pero acentuados y repetidos varias veces al día. Conviene marcar este carácter para distinguirlo del comienzo de la pneumonia con escalofrío violento y único, hecho que en la esplenopneumonia ocurre rarísimas veces; nosotros no hemos visto ninguno caso comenzar de este modo y si siempre con escalofríos ligeros y repetidos.

Acompañando al escalofrío acusan los enfermos fuerte dolor de costado. Este dolor no falta nunca,

24

es uno de los síntomas importantes por su constancia y por su extrema agudeza en algunos casos: es francamente neuralgico y su sitio de eleccion parece ser en el espacio intercostal a nivel de las emergencias de uno de los nervios intercostales. En algunos casos, los enfermos sienten un dolor de costado en las masas musculares de la region anterior o de la posterior.

Ya que hablamos del dolor de costado, creemos conveniente hacer constar una observacion que hemos visto al Dr. Paisans, por parecernos de alguna importancia y haber tenido

45
ocasion de comprobarla una vez: es un
hecho observado con relativa frecuencia
que cuando el dolor de costado ini-
cial de la pulmonía y aun de la
espleno-pneumonía es extremadamente
raro, termina esta enfermedad dando
lugar a una pleuresía. Hacemos cons-
tar este hecho a título de observación
por creer que si llegara a sentarse
como base cierta tendría importante
valor pronóstico.

Junto con el escalofrío y el
dolor de costado, aquejan los enfermos
disnea que excepcionalmente es ligera
y casi siempre muy pronunciada, pu-
diendo llegar hasta la ortopnea. El

inferno abaraca sentado en la cama sostenido el cuerpo por buen número de almohadas, la cabeza hacia atrás, proyectando el pecho adelante, para poder poner en juego todos sus músculos inspiradores y ejecutando penosamente los movimientos de la respiración, que aparecen rápidos, precipitados, llegando algunas veces a significarse más de 30 ó 40 inspiraciones por minuto. Su cara se nos presenta con el sello de la ansiedad, acentuadas sus facciones, la boca abierta, y dilatándose apresuradamente y fuertemente las ventanas nasales a cada esfuerzo respiratorio; la voz es débil y

entre cortadas.

Desde el principio aparece la tos de un modo constante; a cada sacudida se exagera el dolor de costado y la disnea; recuerda, por sus caracteres, la tos de la pleuresia: poco frecuente, quintosa, verificándose con esfuerzo y algunas veces por verdaderos espasmos que sofocan al enfermo poniéndole lívido, cianótico. Las quintas no muy frecuentes que sobrevienen durante las 24 horas son violentas y provocadas casi siempre por los cambios de posición.

Esta tos va acompañada casi siempre de una expectoración blan-

ca, viscosa, reuniéndose los esputos en el ⁴⁸ fondo de la escupidora en una masa clara, poco aireada, recordando por su aspecto una solución de goma. Esta expectoración albuminosa parece estar relacionada con el grado de hiperemia pulmonar; poco abundante por regla general, se la encuentra en algunos casos en cantidad bastante grande. En algunas ocasiones la tos es seca y no aparece la expectoración en todo el curso de la enfermedad.

Este conjunto de fenómenos, va acompañado de una elevación de temperatura que es, por regla general, bastante acentuada, llegando en algunos

casos a 40° o 41° ; en otros, los menos, ⁴⁹
la elevación inicial, no pasara de $38^{\circ}5$.

B. Examen del enfermo.

Inspección = al detallar el cuadro clínico de esta enfermedad ya hemos dicho que una de las molestias que más aquejaba al enfermo era la disnea; al propio tiempo hemos descrito el aspecto especial de su faz y señalando lo repetidos que eran los movimientos de elevación y depresión de la pared torácica al procurar los movimientos respiratorios. Entendí, pues, que insistiéramos sobre este aspecto del enfermo que desde luego ha de llamar la aten-

cion: del, médios.

Pero aparte de estos fenómenos, que pueden apreciarse a' distancias y al primer golpe de vista, existen otros que requieren una observación más atenta y detallada. Nos referimos al aumento de volumen del budo afecto y a' la persistencia de la línea esternal en el plano medio. La primera puede reconocerse, cuando es lo suficientemente acentuada, examinando la parte posterior del tórax; pero no siempre sucede así, sino que en algunas ocasiones es tan poco marcada que no puede apreciarse por la simple inspección, y aun se han dado casos en que este aumento de vo-

51
Inmen faltaba por completo. Es preciso advertir que al hacer esta apreciación el médico debe de tener en cuenta la posibilidad de que existan retracciones patológicas del tórax a consecuencia de pleuresías anteriores, deformaciones naturales o profesionales que aquejan algunos individuos y, de un modo especial, que siempre el reborde costal del lado derecho sobresale más que el del lado izquierdo.

La falta de desviación esternal, puede apreciarse también a simple vista, pero se comprobaba de un modo más exacto aplicando la cinta de Pitres; por este procedimiento se

podría determinar métricamente la situación del esternón con relación a la línea media del cuerpo. La comprobación de este hecho tiene su importancia, porque siendo la desviación esternal un fenómeno constante en la pleuresía con derrame, es del todo excepcional en la esplenopneumonia; la falta de desviación existiendo un aumento de en una mitad del tórax, sería una fuerte presunción en favor de una lesión pulmonar.

Palpación: Lo que primero debe comprobarse al aplicar las manos sobre el tórax del enfermo, es si verdaderamente existe o no un aumento de vo-

lumen de la pared borbáica), porque ya hemos hecho notar que este podrá ser tan limitado que fuese difícil y aun imposible descubrirlo por la inspección.

Aun siendo lo suficientemente acentuado para poder percibirlo a simple vista, es preciso recurrir a este segundo medio de exploración para darse cuenta de sus proporciones.

El mejor procedimiento para hacerse cargo de esta ampliación es el de palpación bimanual; para practicarlo se hará sentar al enfermo y se aplicarán las dos manos en toda la extensión de su cara palmar, una en la región anterior y otra en la

posterior, hay dos a' un mismo lado, de modo que ocupendan entre si una mitad del tórax: no debe pasarse alternativamente de un lado a' otro levantando las manos y volviendo a' aplicarlas, como se hace generalmente, sino que deben pasarse de uno a' otro lado del tórax, sin levantarlas. Este procedimiento, que es de observacion particular nuestra, tiene tal vez mas importancia en la esplenopneumonia que en la pleuresia, por tratarse muchas veces en la primera enfermedad de deformaciones poco acentuadas, y que del modo como gene-

35
normalmente se hace la palpación son muy difíciles de apreciar; procediendo de este otro modo, la mano se da cuenta sensiblemente del aumento de volumen por pequeño que éste sea.

Al mismo tiempo que el explorador se da cuenta por este medio de exploración de la deformación torácica, puede apreciar, comprimiendo el tórax entre ambas manos y de un modo especial en los espacios intercostales, una pérdida mayor ó menor de elasticidad por parte del tejido pulmonar; es decir, que en el lado afecto los dedos se hunden menos que en el lado sano.

Un sistema importante, que se obtiene también por la palpación, es el de la discriminación de las vibraciones torácicas. Aquí hemos de hacer otra advertencia, tomándola del Dr. Laisans, para que pueda apreciarse debidamente esta diferencia de vibración en uno y otro lado. El médico - dice este autor - no debe emplear más que una mano, siempre la misma, y después de haber establecido en cada lado del tórax la manera de repartir las vibraciones, comparar entre sí, desde este punto de vista, las zonas simétricas de los dos lados: en ningún caso deberá emplear simultáneamente las dos manos, porque es más

difícil establecer comparación entre dos sensaciones que, percibidas juntamente, tienden a confundirse». Efectivamente, nosotros hemos observado que si la diferencia de vibración en los dos lados no es mucha, se hace difícil apreciarlos examinando los dos lados a la vez con una mano puesta en cada uno de ellos, y es más fácil notarla pasando la misma mano de un lado a otro.

Debe tenerse en cuenta que en la epleuro-pneumonia las vibraciones se encuentran sólo disminuidas pero no abolidas por completo, hecho que tiene su importancia porque distingue esta enfermedad de la pleuresia y de

la fenomenia maxims en las cuales
no se percibe vibración alguna.

Como vemos al exponer los ca-
sos clinicos al final de esta memoria,
en una de las enfermas que nosotros
hemos tenido ocasion de observar estaban
las vibraciones completamente abolidas, pe-
ro examinando el lado sano notamos
que tampoco vibraba. Nos explicamos
este fenomeno por constitución parti-
cular del torax y lo hacemos cons-
tar para insistir en la necesidad
que hay, en las enfermedades de los
organos respiratorios, de comparar siem-
pre los dos lados del torax aun cuan-
do la afección sea en uno solo. No

es únicamente el hecho de encontrarse solo disminuidas las vibraciones el que distingue a la enfermedad que nos ocupa de la pleurisia, sino que, además, así como en esta última enfermedad, recorriendo el lado afecto, se pasa de un modo brusco de la no vibración absoluta a la vibración, en la esplenopneumonia el tránsito es gradual y la mano puede, alejándose del foco de escasa vibración, sentir como ésta va siendo cada vez mayor hasta llegar al sitio en que se verifique de un modo normal.

Aparte de esto, ~~esta~~ señala el hecho de que, en la región sub-clavicular

se encuentra muchas veces un aumento de las vibraciones tonificadas. Nosotros hemos podido comprobar este fenómeno.

Es de importancia también en la epleno-pneumonia del lado izquierdo comprobar el choque de la punta del corazón, que tiene lugar en el mismo sitio que en estado normal; inicialmente Bourdel señala como particularidad que algunas veces este choque está debilitado, y aun parece que en algunos casos sea por completo de percibirse.

Percusión. La percusión de la parte afectada da un sonido completamente mate; a medida que se va remontando el pulmón y alejándose por

tanto del foro espleno-pneumónico, la macidez se cambia en sub-macidez que va a su vez disminuyendo hasta llegar a la sonoridad normal; téngase esto presente por el valor diagnóstico que entraña; sabido es que en las pleuresias la transición es brusca y que, a lo sumo, se encuentra en la periferias del derrame una muy reducida zona de sub-macidez.

Si la espleno-pneumonia reside en el lado izquierdo, que es lo más frecuente, será de suma importancia comprobar la sonoridad del espacio semi-humero de Traube. Sabido es que la desaparición de esta zona sonora,

es de gran valor para apreciar la importancia de una pleuresia, en el sentido de que exista mayor o menor cantidad de derrame: pues bien, en la enfermedad que estudiamos continúa timpánico el espacio de Loranbe. Es cierto que se han citado casos en los que la sonoridad ha persistido a pesar de un derrame pleurítico y Landouzy refiere uno en que se conservaba claro el espacio semi-huato existiendo una cantidad de líquido de 1,500 a 1,700 gramos. Pero estas son las menos y ya se citan a título de excepcionales.

En la región anterior y superior del tórax, la percusión descubre un

chas veces un ligero timpanismo coincidiendo con el aumento de vibraciones torácicas señalado por la palpación.

Auscultación: Este medio de exploración es el que más influye en la dificultad del diagnóstico de la esplenopneumonia, dado que los datos que nos proporciona al examinar por primera vez al enfermo son en un todo parecidos a los de la pleuresía.

El murmullo vesicular está completamente abolido, de modo que, por lo que se refiere a los ruidos normales, podemos decir que hay silencio absoluto.

No así por lo que atañe a los ruidos adventicios. Hay casos en que

64
la impermeabilidad del órgano para el
aire no es absoluta por más que
no se perciba el murmullo vesicular,
y entonces, invitando al enfermo a que
practique fuertes aspiraciones o a que
bosa, se perciben de vez en cuando, y
hacia la base del pulmón, pequeñas
crepitaciones muy finas y superficiales
pero que siempre se notan de un modo
fugas y muy inconstante. Ya veremos
más adelante las variaciones que sufre
este fenómeno.

Al mismo tiempo, y acompa-
ñando a la espiración, se nota un
soplo tubárico ligero, perceptible las más
de las veces en la parte media del

pulmón lesionado o sea por encima de
 la zona de mareas absoluta y de silen-
 cio respiratorio. Este soplo tiene, en eman-
 to a' su timbre, exactamente los mis-
 mos caracteres que el de la pleure-
 sias: es débil, velado, y el oído lo per-
 cibe como en una región lejana. La
 extensión es muy variable: limitado ge-
 neralmente a' un corto espacio, se ex-
 tiende otras veces por regiones superio-
 res pudiendo llegar hasta la espina
 de la escápula, como en un caso ci-
 tado por Bourdel. No se oprime en cual-
 quier período como dice *Wants*, sino
 que, muy al contrario, es sumamente
 variable como diremos al estudiar la

marcha de esta enfermedad.

Haciendo hablar al enfermo, se observa en la misma región donde se ha notado el soplo, egofonía; pero no es una egofonía pura como la que se nota en la pleuresía, sino más bien lo que se llama bronco-egofonía, es decir, que aun conservando la voz el carácter especial de voz de polichineta se transmite al mismo tiempo con una resonancia exagerada.

Haciendo hablar quedo al enfermo se distingue su palabra claramente articulada, síntoma que se observa de un modo constante en la esplenopneumonia; debemos colocar pues,

al lado de la *egofonía*, la *pectorilo-*
quia afena. 67

Resumiendo esquemáticamente
los signos físicos principales de la es-
pleuro-pneumonia encontramos:

Por la *inspección*: *carina*
congestionada, *disnea* intensa, *abultamiento* más o menos perceptible de un
lado del *tórax* y *conservación* de la
línea esternal en el *plano* medio.

Por la *palpación*: *aumento*
de *volumen* de la *pared* *torácica*
en una de sus *mitades* *laterales*;
disminución de *elasticidad* por *parte*
de *del* *tejido* *pulmonar*: *disminución*,
muy *acentuada*, de *las* *vibraciones* *torá-*

63
cicas; choque de la punta del corazón
en su sitio normal.

Por la *Percusión*: maníaca ab-
soluta en el foco espleno-pneumónico,
pasando sucesivamente a la sub-maní-
aca y a la sonoridad de un modo
gradual a medida que se aleja del
punto mate; persistencia de la sonori-
dad en el espacio semi-humero de Cran-
be, cuando la lesión reside en el la-
do izquierdo.

Por la *auscultación*: aboli-
ción del murmullo vesicular, en al-
gunos casos, y después de fuertes ex-
piraciones, ligero estertor crepitante en la
base del pulmón; soplo tubárico velado;

69
egoforinas o bronco egoforina, pectorilo
afana.

C. Marcha y duración de la enfermedad.

Una vez examinado el enfermo a la primera visita, y abarcado en conjunto su cuadro clínico, el médico queda en un estado de incertidumbre y aun, como sucede frecuentemente, se inclina a creer que se trata de una pleuresía, cuyo cuadro sintomático recuerda el de las efusiones pleurómicas. Tal es el parecido sintomático de estas dos enfermedades que aun

conociendo bien la segunda, el práctico
 cree casi siempre el primer día habér-
 selas con la primeras. Otrábase, a' los
 signos físicos que hemos descrito, el do-
 lor de costado más o menos violento
 y persistente, la dienea más o menos
 accentuada, tos y expectoración gomo-
 sa, acompañado todo esto de una
 fiebre más o menos alta, y se com-
 prenderá la dificultad de acertar el diag-
 nóstico. En estas condiciones, creyendo
 tratarse de una pleuresía con derrame
 seroso de mediano volumen, com-
 plicada o no de congestión pulmonar,
 es cuando los autores señalaban haber
 practicados una o varias punciones

71

esploraciones y aun la toracentesis sin resultado.

Pero no siempre aparece al primer día el cuadro sindrómico completo con todos los síntomas que le hemos asignado. Una vez falta el soplo, otras no se nota la bronco-egfemias, en algunos casos se perciben las crepitaciones y en otros no, etc. De aquí que sea de todo punto imposible precisar el diagnóstico después de un solo examen.

Pero cuando a las 24 horas vuelve a examinarse al enfermo, queda muchas veces sorprendido el médico al notar que han

desaparecidos algunos de los síntomas observados el día anterior y han aparecido, en cambio, otros nuevos.

Queremos detenernos en este punto porque lo que acabamos de decir está en contradicción con lo que hasta el presente han escrito los autores que se han ocupado de la esplenopneumonia. A pesar de que en los pocos casos que hemos podido observar de esta enfermedad nos ha llamado siempre la atención ese hecho, no lo afirmamos de un modo tan categórico si no habiéndolo confirmado la autoridad del Dr. Faisans, quien en su clínica ha po-

lido observar buen número de enfermos de esta afección y ha podido en todos ellos notar el mismo fenómeno. Aunque este distinguido clínico no ha dado publicidad a sus observaciones, a él corresponde el mérito de haber descubierto esta mutabilidad, pues la había observado antes que nosotros y en mucho mayor número de casos: lo hacemos constar así con adquisición propia suya.

Vemos que Waitz dice que hasta el séptimo u el octavo día no comienzan a modificarse los síntomas; Queyrat escribe que «las más de las veces no empiezan a modificar-

se los síntomas hasta después de un tiempo bastante largo que varía, por lo común, entre doce, quince y veinte días; Bourdel opera del mismo modo.

Según nuestra manera de ver, las cosas no tienen lugar de este modo; por el contrario, sobre todo en la esplenopneumonía grippal, los signos físicos varían sino en totalidad en parte de un día a otro. El primer día se encuentra, por lo general, el cuadro sindrómico completo tal como lo hemos descrito, cuadro cuyos principales elementos los constituyen la maldad, la disminución de las vibraciones torácicas, el soplo velado y la bronco-

25
expoforias: pero al día siguiente o a los dos días ha desaparecido el soplo o no se percibe ya la expoforia y aun parece que se transmiten mejor las vibraciones de la voz. Para otro día u otros dos y vuelve a aparecer el cuadro del primero con la misma fuerza unas veces o más apagado otras. Estas alternativas van sucediéndose de un modo parecido durante todo el curso de la enfermedad, hasta llegar a la curación completa.

No hay duda de que esta variabilidad de signos físicos es uno de los caracteres más importantes de la esplenopneumonía, ya que

76

este fenómeno no tiene lugar tratándose de un derrame pleurético. Insistimos pues acerca de este punto porque creemos que ha de facilitar en grado sumo el diagnóstico haciendo menos posible la confusión.

De más, dado este carácter con que se presenta la enfermedad, podemos afirmar que es imposible hacer con un solo examen el diagnóstico de la esplenopneumonia y que no podrá establecerse de un modo más o menos categórico la existencia de esta enfermedad hasta después de haber visto al enfermo durante tres o cuatro días consecutivos.

Uno de los síntomas que ceden más rápidamente es la fiebre. Aunque al principio la enfermedad alcanzara 40° o 41° , baja generalmente al partir del quinto o sexto día, y aun Grande cita un caso en que de $38^{\circ}5$ que alcanzaba la temperatura el primer día descendió a la normal al día siguiente sin volver a aparecer de nuevo la fiebre. Por el contrario, se citan casos en que se sostiene con diferentes oscilaciones al rededor de 38° guardando este nivel por espacio de más de un mes.

Los signos físicos van persistiendo dentro de su mutabilidad, pero

al octavo ó décimo día de haberse iniciado disminuyen visiblemente en intensidad. La resolución se manifiesta por la aparición de estertores sub-crepitantes en la zona de raiden y en el punto donde se notaron al principio las crepitaciones finas; el soplo es menos intenso y la bronco-egofonia va perdiendo los caracteres de vox caprina, transformándose más bien en broncofonía; en pieza o dejando sentir el murmullo vesicular. Más tarde va disminuyendo el grado de amplitud del tórax llegando después de un tiempo más o menos largo a alcanzar su volumen normal; esta debilitación de los síntomas se sostie-

ne aun durante algunos dias hasta que, pasado cierto tiempo, desaparecen por completo los estertores, el soplo y la bronco-egofonias. Lo que si persiste muchas veces y puede encontrarse aun despues de parecer curado el enfermo, es la submucoides de la base, la disminucion de las vibraciones toracicas y la debilidad del murmullo vesicular.

Este estado puede ir acompañado o no de fiebre; las mas de las veces, como ya hemos dicho, aquella desaparece a los ocho o diez dias, pero en otras ocasiones persiste por espacio de semanas y aun de meses.

Esta enfermedad, que es siempre

aguda o sub-aguda, puede evolucionar pasando al estado crónica, es decir, que los signos físicos persisten durante un tiempo indefinido aun en estado apirético, sin sufrir una atenuación notable. Pero este tránsito tiene lugar siempre como consecuencia del estado agudo.

Por lo que respecta a la duración de la enfermedad, nada podemos decir de un modo preciso. Desde luego, los casos que nosotros hemos observado lo han sido todos en visita hospitalaria y, por lo tanto, no hemos tenido ocasión de volver a examinar a los enfermos después de salidos del asilo. Pero podemos decir que el período agu-

do, cuando la esplenopneumonia es
franca y no va acompañada de
pleuritis, no acostumbra a durar más
que de quince días a tres semanas.
En cambio, cuando la enfermedad se
hace sub-aguda o aun crónica, y
los enfermos a pesar de encontrarse per-
fectamente bien y no sufrir ninguna
molestia conservan la base del pulmón
ocupada y poco permeable al aire, pue-
de prolongarse en este estado por espacio
de varios meses sin ninguna consecuen-
cia inmediata, como no sea la de de-
jar una parte de pulmón con escasa re-
sistencia y expuesta, por lo tanto, a ser
vivo de lugar de refugio a otras doler-

cias de mayor importancia, singularmente la tuberculosis.

Por esto, en los enfermos que han padecido una esplenopneumonia, si esta no ha quedado completamente curada en su periodo agudo, es de suma importancia seguir con rigor la higiene de las vías respiratorias.



Diagnóstico.

Al emprender este capítulo, el más importante sin duda en el estudio de la esplenopneumonía, nos proponemos señalar solamente los caracteres principales que mejor puedan facilitar en diferenciación con las enfermedades con quienes sea más posible confundirlas. Sería interminable, si incluyéramos

aquí todas las afecciones que tienen tal o cual sintoma de común con ella: deberíamos, sin duda alguna, pasar revista a todas las afecciones de los órganos respiratorios, lo cual a nada práctico conduciría y si solo lograríamos hacer difícil su comprensión. Creemos haberlos detenido lo bastante, dentro de los límites de que disponemos, al exponer los principales síntomas que caracterizan a esta dolencia: teniendo-los presentes no ha de ser difícil distinguirla de otras enfermedades que solo se le parecerían por un sintoma determinado. En cambio, es preciso que nos ocupemos detenidamente de su diferenciación

con la pleuresia primero y con la pneumonia maciza despues, por ser estas dos afecciones las que mas facilmente se confunden con la espleo-pneumonia).

La primera en importancia, tanto por la frecuencia con que se presenta como por su mayor semejanza con la enfermedad que nos ocupa, es la pleuresia simple con derrame, siempre que este no ocupe mas de la mitad de la altura del torax. Desde luego, si consideramos separadamente los sintomas de una y otra enfermedad, y, sobre todo los recogidos en un solo examen, hemos de deducir que no hay

ningun caracter fijo que los distingua: un mismo sintoma en las dos enfermedades, se presenta con caracteres muy poco distintos en una y otra; a lo sumo podemos decir que, con igual color, presentan distinto motivo. Veamos pues de fijar cual sea esta pequeña diferencia.

Por de pronto, el comienzo de las dos enfermedades es muy parecido; brusco en ambas. El escalofrio unico o repetido se presenta con los mismos caracteres. El dolor de costado, en cambio, es menos agudo y persistente en la esplenopneumonia simple que en la pleurecia, pero es.

no ya hemos dicho que junto con la primera puede desarrollarse una pleuritis, en este segundo caso la diferenciación es imposible. La fiebre en el momento de la invasión es, por regla general, mayor en la esplenopneumonia que en la pleuritis; en cambio, en la primera enfermedad puede desaparecer a los siete u ocho días mientras que en la segunda se sostiene siempre más allá del primer septenario y las más de las veces pasa del segundo.

El caso posible es la diferenciación en los signos físicos. El primer lugar, la ampliación de la cavidad torácica al

causas mayores proporciones en la pleure-
 rias que en la esplenopneumonia, hecho
 que se comprende porque el aumento
 de volumen del pulmón no podría ser tal
 que llegue a dilatar las paredes del
 tórax en iguales proporciones que lo hace
 la presencia del exudado pleurítico. En nues-
 tra enfermedad, el estérion persiste siem-
 pre en la línea media, en la pleuresia
 se encuentra desviado de un modo cons-
 tante.

En la esplenopneumonia las
 vibraciones torácicas se encuentran solo
 disminuidas, aunque esta disminución puede
 ser muy acentuada; en la pleuresia es-
 tán abolidas por completo. En la primi-

ra enfermedad las vibraciones van siendo ⁵⁰ cada vez más acentuadas a medida que se asciende, en la segunda la mano percibe un paso brusco de la no vibración a la vibración al traspasar los límites del derrame. Cuando la lesión reside en el pulmón, la macidez, que es absoluta en el foco espleno-pneumónico, va siendo gradualmente menor a medida que se aleja del punto de origen, pasando sucesivamente de la macidez a la sub-macidez y de ésta a la sonoridad normal. Si se trata de una lesión parietal de la pleura, la transición y brusca, la macidez abarca toda la extensión que comprende el derrame pleural, pasado esto, se nota

ya la sonoridad. Si la lesión reside en el ⁷⁰ lado izquierdo, se distinguirá una enfermedad de la otra buscando el choque de la punta del corazón y comprobando la sonoridad del espacio de Traube; a deviación del órgano cardíaco, pleuritis; sonoridad en el espacio semi-humero, lesión del pulmón. Esto, por supuesto, en tesis general y teniendo en cuenta las excepciones que ya hemos señalado.

En la afeción que estudiamos, se perciben con mucha frecuencia, al final de la inspiración, si esta es muy fuerte, crepitaciones finas; en cambio, en la pleuritis, cuando existe extenso crepitante, es de burbujas bastante fuertes, se

91
nota en los dos tiempos de la respira-
ción. Los caracteres del soplo subarinos son
exactamente los mismos en las dos afec-
ciones; en ambas es expiratorio, velado y he-
me su foco de auscultación en el lí-
mite de la zona pueras: únicamente
se distinguen en que el de la espleu-
pneumonia aparece desde el primer día
mientras que en la pleurecia no acostum-
bra a aparecer hasta el tercero o cuar-
to día de enfermedad.

La auscultación de la voz
da siempre egofonía pura en la pleu-
resia, bronco-egofonía en la espleu-
pneumonia. La pectoriloquia afonía co-
rresponde a las dos enfermedades.

92.
Hecho este parangón tomando
como tipo una esplenopneumonia sim-
ple, ya se ve que escasa diferencia pre-
sentan los síntomas de esta enfermedad
con los de la pleuresía y cuán difícil
ha de ser su diagnóstico. Píase por
ello lo grande que ha de ser esta
dificultad cuando con la esplenopneumonia
tiene lugar la formación
de exudado pleurético o bien cuando,
en lugar de esplenopneumonia, se tra-
ta de pleuropneumonia. En ambos ca-
sos el diagnóstico es poco menos que
imposible, y solo podrá resolverse la cues-
tion practicando una punción exploradora.
Pero al llegar a este punto hemos de re-

petir con el Doctor Faisans que ⁹⁰ "no
ha de decirse que haya espleo-pneu-
monia) siempre que se haga una fun-
cion seca, pues entonces debería agrandarse
notablemente el cuadro de esta afección
haciendo entrar en él enfermedades que
no tienen nada que ver con la lesión
que nos ocupa." Es preciso fijar an-
tes de un modo preciso los síntomas
que hayan podido hacernos sospechar la
existencia de la lesión pulmonar y que
haya curado por nuestra mente, como
muy posible, la idea de la existencia
de una espleo-pneumonia.

Ya hemos indicado en su
lugar que lo que más caracteriza

esta enfermedad no es el cuadro clínico de un día, sino su evolución, su marcha, su conjunto. La pleuresía tiene una marcha regular, día tras otro se observan los mismos síntomas con sólo las alteraciones que puedan sufrir dentro de su evolución propia y dado su carácter progresivo. Los síntomas de la esplenomegalia varían de un día para otro, desapareciendo hoy los que se notaron ayer y volviendo a reaparecer al día siguiente, pero sin moverse del límite marcado por la extensión primitiva, esto es, sin extenderse como hace la pleuresía. Esta inmutabilidad o variabilidad de los signos físicos es lo que da principal carácter a esta

afcción y permite de un modo ⁹⁵ preciso
que afirmen su existencia.

La esplenopneumonia no tiene
ningún síntoma propio, tendrían a lo
más todos ellos sus matices particulares;
solo por éstos y teniendo en cuenta más
que nada en conjunto, la manera de
presentarse y el modo regular como evo-
lucionan, puede deducirse la existencia de
aquella enfermedad, pudiendo afirmarse
que estará muy expuesto a rectificación
todo diagnóstico que no parta de esta ba-
se. Teniendo en cuenta esto, háisany di-
ce « Del mismo modo que todas las
albuminurias no corresponden al mal de
Bright, que todas las nefralgias no

indican meningitis, que todos los soplos trépanos no dependen de la pneumonia aun cuando vayan acompañados de ruido y exageración en las vibraciones vocales, tampoco todos los síntomas pleuro-pleuríticos han de corresponder a las esplenopneumonias: estos síndromes no adquieren verdadero valor diagnóstico mientras no aparezcan en condiciones determinadas. El conjunto de todos los síntomas y no solamente el síndrome físico, es lo que da su fisonomía propia a la enfermedad que nos ocupa."

Dicho esto, no queremos terminar esta parte del diagnóstico sin dar cuenta de un signo diferencial indicia

do por Bourdel que nos parece de relativa importancia y que nosotros hemos podido comprobar. Consiste en la diferencia entre el decubito guardado por un enfermo afecto de pleuresia con derrame, sobre todo si éste es de alguna consideración, y el que adopta el que adopta el que aqueja una esplenopneumonia. Sabido es que en el primer caso, durante los primeros días de la enfermedad, el enfermo decansa sobre el lado sano para no exasperar con la compresión el dolor producido por las partes inflamadas, pero a medida que el líquido va invadiendo la cavidad pleural el enfermo va volviéndose excesivamente

sobre el lado afecto, sobre el cual descan-⁹⁸
sa mientras dura la enfermedad para
que el lado sano pueda dilatarse con-
venientemente y respirar con mayor libe-
rad. Nada de esto sucede en la esple-
pneumonia, sino que el enfermo guar-
da siempre la misma posición des-
cansando sobre el lado sano. No hay
linda que este detalle puede ayudar al
diagnóstico.

Por lo que respecta al diagnós-
tico diferencial entre nuestra enfermedad
y la pneumonia maciosa o pneumo-
nia de Grancher, es ~~mucho~~ difícil que
en el caso anterior. Desde luego, la en-
fermedad de Grancher ocupa una estro-

ción mayor que la esplenopneumonia, pues aquella comprende casi siempre la totalidad del pulmón; en ella las vibraciones están abolidas por completo, hay silencio respiratorio absoluto y no se percibe ningún estertor crepitante, ni sopló, ni egofonía; la disnea es mucho mayor y la fiebre se mantiene más alta. Es de importancia precisar bien estas diferencias diagnósticas, porque de ellas depende también un pronóstico muy distinto; sabido es que la pneumonía maciza termina casi siempre por la muerte a los pocos días.

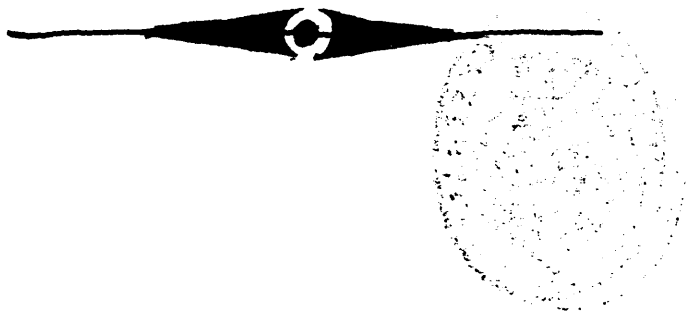
Hasta aquí, y dentro de este capítulo, nos hemos referido siempre

a' la esplenopneumonia aislada y simple, esto es, sin coexistir con ninguna otra enfermedad. Ya indicamos en su lugar que esta afección podía presentarse, y aun que lo hacia con bastante frecuencia, como complicación o secuela de otras enfermedades. Cuando es de origen gipspal, se presenta con sus caracteres típicos, y su diagnóstico no ofrece mayores dificultades que cuando aparece aislada. Si la matidez de la parte baja es muy tenaz y, sobre todo, si el silencio respiratorio es absoluto, podrá sospecharse la existencia de exudado pleural producido en el curso de la esplenopneumonia, ~~cuando sucede~~.

~~me~~, y, en este caso, una función ¹⁰¹ exploradora sacará de dudas.

Algunos autores han creído poder relacionar con la esplenopneumonia ciertos síndromes pseudo-pleuríticos observados en el curso de la fiebre tifoidea u otras enfermedades. Sin embargo, Quisand escribo: «yo he comprobado frecuentemente la presencia del síndrome pseudo-pleurítico en el curso del segundo o tercer episodio de la dolencia tifoidea y he de confesar que jamás se me ha ocurrido la idea de suponer en semejante caso que mi enfermo se encontrara afecto de una esplenopneumonia, en el sentido en que debe tomarse esta afección;

102
carapoco he hecho este diagnóstico
cuando he encontrado el mismo em-
puento de signos físicos en cardiacos
o brighticos cuyos pulmones estaban afec-
tos de congestión edematosa. En todos
estos casos se trata de pneumopatias
que se asemejan por un lado - el de
los signos objetivos - a la esplenopneu-
monia, pero que no tienen nada que
ver con ella ni deben confundirse con
la misma. »




Pronóstico

Ya dijimos al ocuparnos de la anatomía patológica que hasta el presente no habiamos podido practicar autopsias de esplenomegalias. Podemos decir, pues, que esta enfermedad termina siempre con la prostración; si bien Queyrat y Chantemesse han señalado cada uno un caso de muerte por esple-

no (pneumonia), añaden ambos autores que se trataba de enfermos condenados a morir por su estado anterior y en los cuales la esplenopneumonia, no fue más, por decirlo así, que un pretexto. En el caso referido por Queyrat se trataba de un antiguo diabético en el que la esplenopneumonia determinó la producción de una gangrena pulmonar fulminante. En la observación de Chantemesse se trataba de una mujer de 72 años con estenosis del corazón que falleció en un ataque de asistolia.

¶ Pero si bien la curación no se hace esperar cuando se trata de una esplenopneumonia de marcha franca,

en otros casos, bastante frecuentes, ⁷⁹⁵ la enfermedad se convierte en sub-aguda, y aunque el enfermo haya sabido-
modo la cama y se encuentre en buen estado puede tener todavía al cabo de uno o dos meses ocupada la base del pulmón, y al examinarla se notará, además de sub-
macidos, una debilitación muy acentuada del murmullo vesicular. Es preciso no descuidar este estado porque los sujetos que lo padecen están grandemente expuestos a contraer nuevas afecciones de los órganos respiratorios.



Tratamiento.

Por lo que hemos expuesto al estudiar la etiología de esta enfermedad, pueden deducirse las medidas profilácticas a que habrá que recurrir para librarse de ella. No queremos detenernos en detallar las precauciones que deberían tomarse en colectividad para evitar su propagación, pero que

107
nos veríamos obligados a repetir lo
que tantas veces se ha dicho para
la profilaxis de la tuberculosis en gene-
ral y de las enfermedades seguidas
en particular, especialmente de la pul-
monía. La profilaxis individual, deberá
consistir, deduciéndola de las etiologías,
en evitar los enfriamientos y cambios
bruscos de temperatura, todos los traba-
jos o excesos que puedan debilitar al
organismo; exponer, en una palabra,
el cuerpo al menor número de causas
viciales y conservarle con toda la fuer-
za de resistencia que sea dable. Im-
porta tener mucho cuidado en el uso
digno de la boca porque sabido

es el gran número de gérmenes que en ella abundan esperando ocasión propicia para fijarse en el aparato pulmonar.

Si sevilla es la profusión de la esplenopneumonia, no es más difícil en tratamiento una vez esté ya constituida la enfermedad; sin embargo, hemos de detenemos en su estudio aunque solo sea para exponer a la ligera los distintos medios empleados para combatirla.

Como enfermedad que, por regla general, suele seguir un curso favorable, se presta tal vez más que ninguna otra a que el médico se li-

nite se vigilar en evolución espontánea
dispuesto siempre a combatir las ma-
nifestaciones de la misma que se presen-
tan con una fuerza exagerada y pu-
dieran encerrar algún peligro para
el enfermo. En ella, pues, puede seguir el
Médico un tratamiento expectante-sinto-
mático. Veamos en cuatro rasgos como
puede lograrse esto. Desde luego, es de ab-
soluta necesidad la permanencia en ca-
ma, tanto durante el periodo de estado
comue en los primeros días de conva-
lescencia. Es preciso ventilar la habita-
ción durante el periodo de fiebre pa-
ra que el aire respirado por el enfer-
mo sea lo más puro posible, se pro-

110
curará, naturalmente, que la corriente
de aire no vaya a parar directa-
mente a la cama del enfermo, lo
cual se lograría entorpeciendo la puer-
ta o ventana de modo que el aire
entre en dirección contraria a la que
sepa aquella; con una ventilación
bien hecha no debe temerse el enfria-
miento del enfermo, porque aquel no
puede tener lugar mientras este conser-
ve una temperatura mayor que la
normal (Liebenmeister). Aquí, lo mismo
que en las enfermedades febriles graves,
debe aconsejarse una buena abimen-
tación, aun estando la enfermedad en
la plenitud de su desarrollo; alimenta-

117
ción que deberá llevarse a cabo según
las reglas establecidas y que no es é-
ste lugar apropiado para detallar; in-
conveniente podemos decir, como carácter
especial, que es conveniente la adminis-
tración de agua en cantidad algo
abundante. Deberá tenerse cuidado en
todo tiempo en que se produzcan depo-
siciones suficientes, administrando, si es ne-
cesario, algún laxante o purgante ligero.

Sin más que lo que acabé
de decir, se curarían las nefrosis de
los esplenopneumónicos, pero no siempre
la enfermedad sigue un curso tan fran-
co ni, por otra parte, las exigencias de
la familia que siempre quiere que el

Médis haga algo permitirían un plan
tan sencillo. En estos casos la condue-
ta del práctico no debe ser otra que
ir combatiendo los síntomas con fuer-
zas mayores o menores según las que
ellos despliegan y ayudar al organiz-
mo en su trabajo de defensa. Cum-
pliendo esta última indicación, será bu-
no administrar la digital como regu-
lador de las funciones cardíacas, que
obrará al mismo tiempo de un mo-
do eficaz sobre la tensión congestiva
de los vasos pulmonares. Si la tos
molesta demasiado al enfermo o el
dolor de costado es en extremo violento,
podría prescribirse una poción en la

que entre el opio o alguno de sus alcaloides o bien inyectar hipodérmicamente un centigramo de clorhidrato de morfina. Podrán sostenerse las fuerzas del enfermo administrándole alguna porción que contenga quinina y coque o cualquiera sustancia reconocidas como tónicas y se le permitira que tome una copa de vino. Por este medio podran variarse las formulas al infinito y llegar felizmente al termino de la enfermedad.

Pero en otras ocasiones, esta se presenta desde el principio con caracteres alarmantes, la disnea es esto es una, la temperatura se mantiene a

alturas demasiado elevada ⁷¹⁴ pudiendo haber
tenes complicaciones peligrosas. En
tonces el médico está obligado a obrar
energicamente ya que por fortuna dis-
pone de medios para ello.

Estos consisten, partiendo de las
indicaciones, en el empleo de los antiflogís-
ticos y los antipróticos. Entre los primeros
aparece desde luego el medio más disen-
tido de todos y el más soberano tam-
bien: la sangría. No he de repetir aquí
todo lo que en pro y en contra de es-
ta práctica se ha escrito; allá quedan
los autores disentiendo teóricamente los
efectos inmediatos y remotos de la su-
stracción general de sangre, pero el

médico que se encuentra ante un enfermo con una disnea de más de 40 respiraciones por minuto, sentado en cama, proyectando su cabeza hacia adelante en busca de un aire que le falta, con la cara desencajada, lívida, cianótica, con voz apenas suficiente para decir ¡me ahogo! espera la lanceta e incidirá la médula basílica seguro de que sustrayendo tres o cuatrocientos gramos de sangre termina el cuadro: y en efecto, al momento disminuye la disnea, desaparece la congestión de cara, la fisnomía toma el aspecto normal, el enfermo puede echarse, descansar y dormir horas enteras en sueño

tranquilo. Claro está que la enfermedad seguirá su curso, que el médico no habrá hecho más que dominar la situación por el momento, pero el estado del paciente lo exigirá y las consecuencias posteriores no pueden más que ser febriles. Este hecho es indiscutible y, efectivamente, aun los autores que más han escrito en contra de la sangría, especialmente en las enfermedades respiratorias, no pueden menos que reconocerlo exacto; así, por ejemplo, Barth, después de haber dicho que «los efectos secundarios de la sangría son los de disminuir el número de glóbulos rojos y, por consiguiente, el volumen de oxígeno en circu-

117
lacion, de aumentar la proporcion de fibrina contenida en la sangre y de favorecer la desnutricion de los tejidos a expensas de los cuales se constituye la masa sanguinea» y que, por lo tanto, «la sangría no ofrece más que ventajas temporales compensada a costa de inconvenientes duraderos y graves.» añado que «hay casos, raros en verdad, en que nada puede reemplazarla, que es cuando accidentes graves obligan a obrar en el acto.»

Pero si la congestión, con ser mucha, no es tan abrumadora, puede combatirse con otros procedimientos menos energicos como son la aplicación

118
de sanguijuelas o de ventosas escarificadas
o aun simplemente de ventosas secas, pro-
cedimiento éste último que parece que vuel-
ve a adquirir incremento en Francia.

Farmacológicamente puede obte-
nerse la antiflejia por medio de al-
gunos medicamentos reputados tales y
que han operado de gran estimulo duran-
te mucho tiempo. Todo el mundo sabe el
empleo que se ha hecho de los antimo-
niales para combatir los estados con-
gestivos del pulmón, habiendo siempre ocu-
pado el primer lugar el tártaro estibio
no. Pero ha de tenerse en cuenta que
este medicamento no debemos emplearlo
como contra-estimulante, esto es, adina

riizando los enfermos, sino que, por el contrario, debe ponerse como cuidado en evitar esta adinamia (Buequoy). Lo que debe buscarse en él, es en acción simplemente nauseosa, cuyos efectos estudió Peter y que consisten principalmente en andar el pulmón, provocando la contracción refleja de todos los capilares pulmonares (Barth). Se obtiene este resultado administrando una solución que contenga 10 a 20 centigramos de tartrato dietico, que podrá tomarse en seis veces, por ejemplo, a intervalos de 2 horas. Es preciso vigilar los efectos de esta medicación, para suspenderla si se presentaran síntomas de adinamia. Han

se preconiza otras preparaciones de antimonio cuya intensidad es menor y, por lo tanto, son con ellas menos probables los accidentes que pueda producir el tartaro emético. Tales son, por ejemplo, el óxido blanco de antimonio administrado a la dosis de 1 gramo al día; más empleado que este es el kermes, que administrado a la dosis diaria de 10 a 20 centigramos, fraccionada en 10 ó 12 veces, produce el efecto nauseoso al igual que el tartaro estirado sin tener sus inconvenientes.

Se ha recomendado también la ipecacuana que puede emplearse de dos maneras distintas, como vomitivo (150 a 2 gramos)

divididos en tres tomas espaciadas de ¹²¹ dos minutos) ingiriendo una infusión tibia de manzanilla, (por ejemplo, y muy abundante después de cada toma) como nauseoso y expectorante en dos fraccionadas.

El tratamiento antipirético debe intervenir siempre que la elevación de la temperatura sea sostenida y, sobre todo, persistente. Podría recurrirse, para llevarlo a cabo, al empleo de los medios físicos y al uso de los farmacológicos; pero como en la esplenopneumonia la fiebre no es por lo común muy exagerada ni tenaz, bastará, la mayoría de las veces, el empleo de los antipiréticos químicos. Sin embargo,

diremos pocas palabras de la sustracción directa de calor por medio de baños u otros procedimientos que produzcan el mismo efecto.

En el tratamiento de las enfermedades pulmonares, ha costado mucho más todavía que en la fiebre tifóidea la adopción del agua fría en forma de baños o refrigeración, como medio de disminuir la temperatura, siendo así que ya Liebermeister en 1864 y Trier y Lingenen más tarde implantaron este procedimiento, el primero en su clínica de Bala y el segundo en Basilea, para el tratamiento de la pulmonía. Según la estadística de Liebermeister, la mortalidad de la pulmonía, que era

antes de 26°5 por 100 descendió con la apli-¹²³
cación de los baños fríos a 16 por 100.
El mismo objeto que guió a los implanta-
dores del método fué el obtener la remisión
de la temperatura, sin prescribirse de los
demás efectos que pudiera producir; pero
mayor tanto se ha demostrado que la
principal acción del baño no consistía
en su efecto antipirético, sino que su
influencia se extendía de un modo fa-
vorable a modificar directamente el proce-
so patológico.

Por esto hoy, al instituir la bal-
neoterapia como tratamiento de las afeccio-
nes inflamatorias del pulmón, se precinde
o poro menos de su acción antipirética

teniendo en cuenta solamente sus efectos favorables sobre el mismo proceso patológico, y de aquí que el procedimiento haya sido modificado. En efecto, hasta ahora se administraban los baños en estos casos siguiendo las mismas reglas que para la fiebre tifoidea; esto es, administrando un baño frío siempre que la temperatura alcanzaba más de 39 grados. Pero ahora se sabe que la acción descongestionante del pulmón y vigorizante general del organismo se obtiene del mismo modo con la acción de los baños calientes, se sabe, además, que no hay necesidad de que la temperatura del enfermo se haga descender bruscamente de uno ó más grados, sino que

basta con que se le haga perder en exa-
geración, con lo cual se logra que el efec-
to sea más persistente; que, por último,
la fiebre misma, mientras no sea demasia-
do elevada, y persistente, debe considerarse co-
mo un esfuerzo saludable de la natura-
za que da lugar a un aumento de los
cambios nutritivos generales haciendo al or-
ganismo más apto para la resistencia
y, probablemente, contribuyendo también a la
rápida oxidación de las toxinas existentes.
De aquí que en nuestros días el baño
caliente haya reemplazado al baño frío.

No deben darse en la esplenopneumonia los baños a 20°, sino a 34° o 35°, de quince minutos de duración cada uno

y no repetidos cada vez que la tem-
 peratura pase de 39° sino cuatro o cinco
 al dia y de un modo establecido.
 Asi descendera la temperatura de solo al-
 gunas decimas, pero disminuirá en gran
 manera la disnea, sera menor el dolor
 de costado y la opresion y el enfermo
 podria entregarse despues del baño a un
 sueño tranquilo y reparador, en lugar
 de verse atormentado por el insomnio.

Cuando por circunstancias es-
 peciales sea imposible la administracion
 de los baños fríos, podran obtenerse pa-
 recidos resultados envolviendo el pecho en
 toallas mojadas, que podran serlo con
 agua fria y que podran sostenerse

horas enteras y aun todo el día ²²⁷ si
fuere conveniente.

Recurriendo la lista de los medi-
camentos químicos antipiréticos, encontra-
mos en primer lugar, para el trata-
miento de la esplenopneumonia, las
sales de quinina, reputadas como de
las más útiles por su doble acción
antitérmica y antiparasitaria. Parece que
además de esta acción especial que tiene
la quinina contra los microbios patóge-
nos, la administración repetida de los
preparados de quina contribuye a la en-
servación o sostenimiento de las fuerzas.
La sal más generalmente empleada es
el sulfato; se obtienen con él buenos resul-

128

tados a' condición de administrarlo en gran cantidad y a' dosis sucesivas. Así por ejemplo, se prescribirán de 1 gr. 50 a' 2 gramos al día, tomando esta dosis en dos o tres veces, y con intervalo solo de media hora, en el momento del día en que la fiebre sea menor para evitar que vuelva a' subir; no hay peligro de que esta dosis produzca colapso, puesto que, como ya habia notado Grossman a' propósito de las fiebres intermitentes, el hombre enfermo tolera mejor los medicamentos que el hombre sano porque la enfermedad ha exaltado en aquel sus reacciones vitales. (Barth).

Puede emplearse igualmente enal

quiera de los medicamentos que constan en la interminable lista de antipiréticos, teniendo siempre en cuenta que no sea el escogido ninguno de los que tienen acción hipoténica, como, por ejemplo, el salicilato sódico; pueden administrarse sin ningún inconveniente dos o tres gramos de antipirina, quince a veinte centigramos de fenacetina etc, la elección del medicamento es lo de menos, lo que importa es que se haga de él un empleo concienzudo.

Ya hemos indicado en otra parte de este capítulo el uso que podía hacerse de la digital; el empleo de este medicamento en el tratamiento de las

enfermedades congestivas del pulmón ha sido sin duda alguna de los más discutidos; sin embargo, parece fuera de duda que este medicamento ejerce una acción favorable en la marcha de la enfermedad aun cuando no se emplee á una dosis tan elevada que pueda ejercer una acción antipirética manifiesta. Probablemente esta favorable influencia es debida á que este medicamento sostiene más tiempo la actividad cardíaca y á que ejerce una acción directamente descongestionante sobre los vasos del pulmón. De todos modos, es preciso usarlo con mucha prudencia vigilando sus efectos para suspender la medicación en

el caso de que disminuyera marcadamente la frecuencia del pulso ó se presentaran vómitos. Debe tenerse presente que la digital administrada en substancia tiene una acción mucho más eficaz que en infusión y que, por lo tanto, prescribiéndola en aquella forma deberá reducirse la dosis a una mitad ó a una tercera parte.

Es un error bastante frecuente en el tratamiento de la pulmonía, y por lo tanto podría serlo también en el de la esplenopneumonía, el de prescribir la digital como diurética para favorecer la eliminación de toxinas, siendo así que es sabido que la digital solo tiene esta acción en los enfermos arítmicos. Si se

quiero lograr la diuresis, será mejor el empleo del sulfato de sparteina a la dosis de diez centigramos.

Esto debe olvidarse nunca, hátese de formas sencillas o más o menos difíciles el tratamiento analéptico: con él se logran sostener todas las fuerzas o restablecerlas si desfallecen. Ya hemos indicado el uso que debe hacerse de los alcohólicos en general: el alcohol en forma y en dosis conveniente es uno de los estimulantes más activos del corazón; con él puede aumentarse temporalmente el impulso de aquel órgano logrando, en muchos casos, mantener su actividad todo el tiempo nec-

172
sario hasta llegar al término de la enfermedad.

Para también muy buenos resultados, por su acción ataleptica el empleo de los preparados de quina alternando con las infusiones de café y con los preparados amoniacales especialmente el carbonato amoniac y el licor amoniacal amilado etc.

Hasta aquí nos hemos ocupado del tratamiento de la esplenopneumonia en su forma aguda, pero ya dijimos que en buen número de casos esta enfermedad se hacia sub-aguda y que aun en otros terminaba por tuberculosis pulmonar lo que habia en-

pesado por esplen. pnenmónicas. De aquí que insistamos una vez más en la trascendental importancia de alimentar convenientemente al enfermo durante el periodo agudo por benigno que se presente; pero, si durante el periodo de estado la alimentación no puede ser más que de leche, caldos y bebidas alcohólicas, es preciso que al entrar el enfermo en convalecencia su alimentación sea más sustancial, teniendo cuidado de administrarle alimentos que en poco volumen encierran gran cantidad de sustancia nutritiva. Así, deberá continuar tomando leche en abundancia y podrán necesitarse en ella gomas de hieno, mantas

135
mas mejor; debera' hacer uso de la
carne cruda o poco cocida, mastica'm
dola bien; usaria' de la manteca de va-
ca en substancia, que ademas de pro-
curarle gran cantidad de alimento in-
troguado facilitara' el libre funcionalismo
intestinal.

A esta dieta bromatologica pue-
de a'adirse el empleo del aceite de higa-
do de bacalao a' altas dosis, el uso de
los preparados de fosforo y especialmente
de los glicerosfosfatados; contribuirian tam-
bien poderosamente a' la recuperacion de
las fuerzas los preparados arsenicales y
de un modo especial el inosidato de
soda. A todo esto sera' conveniente a'ia-

dar una higiene apropiada, huyendo de la vida de las grandes poblaciones y pasando largas temporadas en el campo; haciendo vida al aire libre harmonizada con un ejercicio apropiado en el que deberá evitarse siempre la fatiga.

Nunca se insistirá bastante en estos cuidados higiénicos puesto que la esplenopneumonía es una enfermedad mucho más peligrosa por sus consecuencias que por sí misma.

Observaciones.

Creemos conveniente hacer seguir nuestro trabajo de la descripción detallada de los casos que nos ha sido dable estudiar y de cuya atenta observación hemos podido decir gran parte de lo que dejamos expuesto. Los creemos de interés porque comprenden, dos de ellos, la esplenopneumonia en la edad

avanzada, y el tercero en el sexo femi-¹³⁸
rino, circunstancias que los autores
han considerado hasta ahora como
poco frecuentes. La segunda observación
tiene además la importancia de haberse
visto complicado el caso con una pleu-
resía). Continuamos a continuación de los
nuestros un caso clínico comunicado
por el Dr. Faisans a la Société médi-
cale des hôpitaux y que encierra una im-
portancia extraordinaria).

Observacion I

Propia.

Pablo G. de 65 años de edad

portero, ingresó el 23 de Marzo de 1900 en la sala de San José del hospital de Santa Cruz de Barcelona.

Refiere que dos días antes, ó sea el 21, se sintió resfriado a consecuencia de haber entrado una corriente de aire frío en su kiosco. Por la noche se sintió presa de escalofríos bastante acentuados que se repitieron por espacio de varias horas, al propio tiempo que notaba dolor en el pecho izquierdo; este dolor, sin ser muy acentuado, era lo suficiente molesto para impedirle el sueño. Al día siguiente, ó sea el 22, nota mayor dificultad al respirar acentuándose a cada momento

respiratorios el dolor de costado que ¹⁴⁰pre-
senta debajo del mamelon izquierdo; la
respiración va siendo mas dificultosa,
aumenta la fatiga y al caer de la
tarde vuelve a sentir escalofrios. En vis-
ta de este estado se decide a entrar en
el hospital en el cual es admitido a la
mañana siguiente.

A la hora de la visita le
encontramos sentado en cama con la
cara congestionada y respirando peno-
samente. Dice que le ha disminuido el
dolor de costado, que se le ha hecho mas
pesosa la respiración y que siente una
fuerte cefalea. Su temperatura asciende a
39°, las pulsaciones son en número de 100

121
En la inspección del tórax no se nota
anormalidad alguna; por la palpación
parecen algo disminuidas las vibraciones
en el lado izquierdo, la percusión señala
en la parte posterior y lateral del mis-
mo lado una sub-pleures que com-
prende la base del pulmón hasta su
parte media; en la región anterior la
sonoridad es normal. Por la auscultación
se nota una disminución muy marca-
da del murmullo vesicular y no se per-
cibe ningún ruido adventicio. Los demás
aparatos de su economía no presentan
alteración alguna. En vista de que el ma-
dros chino no corresponde exactamente a
ningún tipo establecido el Dr. Henry recer-

142
va el diagnóstico, inclinándose, sin embargo, a la existencia de una pulmonía.
Se le prescribe una poción en que entran
15 centigramos de kermes y 1 gramo de
sulfato de quinina.

El día 24 el cuadro ha cambiado, los síntomas funcionales son menos acentuados que el día anterior pero, en cambio, se han hecho más marcados los signos físicos apareciendo otros nuevos. La temperatura es de $38^{\circ}5$ y las pulsaciones en número de 96. Por la palpación se nota un ligero aumento de volumen en el lado izquierdo del tórax y una disminución mucho mayor de las vibraciones torácicas.

caj. La subraída se ha convertido ⁽⁴²⁾ en
raída absoluta, que ocupa la mis-
ma extensión que antes ocupaba aque-
lla, pero la percusión en el espacio de
Kerank da una sonoridad normal; el
murmullo vesicular ha desaparecido por
completo, pero en cambio se nota, al fi-
nal de una inspiración fuerte, una ex-
piración muy fina; acompañando a la
expiración, y hacia el final de la in-
spiración, llega al oído un ruido de soplo
tubario, pero no fuerte y característico
como en la pulmonía crónica, y
separe recordando el de la pleuresía.
Este soplo tiene su foco principal en
la parte superior de la zona ma-

144
citas. La resonancia de la voz denota
la propagación de esta con bastante
intensidad pero con el carácter caprino,
por lo tanto bronco-egofonia; se nota
también pectoriloquia afona. La tos va
seguida de una expectoración gomasal.
Se cree en la existencia de una pleuro-
pneumonia.

El día 25 el cuadro es exacto-
mente igual que el del día anterior; pa-
ra salir de dudas el Dr. Houns se deci-
de a hacer una punción exploradora
practicándola en la línea axilar poste-
rior y en el séptimo espacio intercostal:
resultando negativo.

Se cambia la medicación prescri-

145

haciéndose una infusión de digital a la que se añaden dos gramos de carbonato sódico y 10 de coñac.

El día 26 sigue igual.

El 27, nos sorprende el enfermo con un cambio bastante acentuado; la temperatura ha descendido a $37^{\circ}5$ y las pulsaciones a 90; la mucosidad continúa la misma, ha aumentado el número de crepitaciones, ha desaparecido el soplido y no se percibe la bronco-egofonía ni la pectoriloquia vana. Ha disminuido la tos, la disnea ha desaparecido casi del todo y el enfermo dice encontrarse bastante mejor.

En este estado se sostiene du-

146
prante todo el 28. El 29, manteniéndose
baja la temperatura y poco elevado el
numero de pulsaciones, vuelve a' apa-
recer el soplo pero más velado que al
principio; se nota igualmente la bron-
co-egofonía. Vuelve el enfermo a' espe-
torar con bastante abundancia sien-
do algunos esputos ligeramente sangui-
volentos.

A los dos dias vuelve a' desapa-
recer este ruido conservándose siempre
los ruidos y sosteniéndose la tem-
peratura entre 37 y 38 grados.

El tres de Abril vuelve a' en-
contrarse el enfermo en el mismo esta-
do que el 29 de Marzo; sobreviene la

147
aplicación de un vejigatorio en la parte posterior e izquierda del tronco.

El día 5 de Abril la temperatura es normal, la pnea mate ha disminuido en gran parte de su extensión; empieza a percibirse, aunque muy debilitado, el murmullo vesicular; han desaparecido el soplo y la egofonía. El enfermo dice respirar bien. Por toda medicación se prescribe una poción con fosfato de cal.

A partir de este día la enfermedad sigue marcadamente a la curación, no vuelve a aparecer la fiebre, va aumentando la sonoridad de la parte baja del pulmón aunque no se percibe

1248
he del todo claro el murmullo vesicular;
no se oye ya ningún ruido adventi-
cioso. El enfermo respira libremente y no
siente ninguna molestia.

El 11 de Abril se le da de alta
completamente curado.

Como se ve, lo que primero
llama la atención a la lectura de
este caso clínico, es el cambio que han
ido sufriendo los síntomas de un día
para otro; fenómeno sobre el cual tam-
bién hemos insistido.



Observacion II

Propia.

Lucia M..... de 22 años de edad,
modista, ingresa el 7 de Diciembre de 1900
en la sala de Sta Ana del Hôtel-Dieu
de Paris.

Dice haberse puesto enferma ^{dos} días
antes a consecuencia de un enfriamiento
sobrevenido a la salida del taller.
Añade haber pasado la primera noche
con una fiebre extraordinaria y un do-
lor punzante sumamente intenso en el
lado izquierdo limitado debajo de la ma-
mana y hacia la línea axilar, este do-
lor era tan extremado que le impedía

150
la respiración y la ahogaba, porque se
escuchaba a cada movimiento inspira-
torio: sintió escalofríos bastante recen-
dos y más tarde comprendió que te-
nia mucha fiebre. A la mañana si-
guiente mandó a llamar a su médi-
co y este, a la segunda visita, le di-
jo que tenía una pleuresía y que su
curación sería probablemente larga. En
vista de esto decidió a ingresar en el
Hospital.

Nosotros la vimos en un estado
de prostración grande, con la cara muy
encendida y sin apenas poder ejercer mo-
vimiento alguno; tenía, a la hora de la vi-
sita, 40° de temperatura, 120 pulsaciones

151
y 35 respiraciones por minuto. No tose
ni expectora. Al hacer el examen del
aparato respiratorio encontramos un
ligero aumento de volumen en el lado
izquierdo y abolición absoluta de las
vibraciones torácicas en los dos planos
anterior y posterior de este lado y en
toda su extensión. Al aplicar la ma-
no sobre el lado derecho notamos el
mismo fenómeno. A la percusión des-
cubrimos, en el lado izquierdo, una so-
na maciza que se extiende desde el
quinto espacio intercostal a la base,
por delante, y desde la punta de la es-
capula, hasta la base también, en la
región posterior; el espacio de Traube con-

seva en su sonoridad propia y el corazón late en su sitio normal. La auscultación nos revela una falta absoluta de murmullo vesicular, pero en cambio descubrimos debajo del seno plato un soplo apagado, lejano; haciendo hablar a la enferma, su voz llega a nuestro oído con el carácter de la egiptología, si la hacemos hablar bajo notamos la pectoriloquia afona. En vista de este estado nos inclinamos a diagnosticar una pleuresía sino nos encontraríamos solamente al quinto día de enfermedad porque el exudado de la pleura no alcanza en tan poco tiempo una extensión tan grande;

253
nos falta al propio tiempo la ma-
der en el espacio de Traube y la des-
vición de la punta del corazón ya
que la lesión reside en el lado izquier-
do; no podemos hacer gran caso de
la supresión absoluta de vibraciones torá-
cicas por que en esta enfermedad, por con-
formación especial del tórax, tam-
po vibra el lado derecho a pesar de
estar sano. En cambio, no podemos
tampono diagnosticar una lesión pul-
monar porque nos falta la tos y
la expectoración y no percibimos es-
tortor de ninguna clase: el estado de
la temperatura y del pulso, teniendo
en cuenta los días de fecha de la afe-

cion, indican mas bien que la lesi^{on} re-
side en el pulmon y no en la pleura.
En vista de este estado de cosas no for-
mulamos diagnostico: el Dr Faisans,
que examina luego a la enferma,
deja tambien el diagnostico en suspen-
so. Se prescribe un boch blanco con 10
centigramos de kermes y 2 granos de
antipirina.

Al siguiente dia, 8 de Diciembre,
aunque el estado de la enferma es al-
go alarmante, facilita el diagnostico.
Continua el estado ordinario, la tem-
peratura se sostiene a $37^{\circ}9$ el corazon
bate 120 veces por minuto y las respiracio-
nes continuan en numero de 34. La ma-

755
cidos ocupan la misma extensión que el día anterior; continúa percibiéndose el soplo tubárico y la voz se transmite todavía con el carácter de egofonia pulmonar y pectoriloquias sónica. La enferma ha tenido algunas quintas de tos y ha hecho una expectoración purulenta. Establecemos el diagnóstico de esplenopneumonías en vista de que la lesión no se ha extendido, que se sostiene la fiebre y la disnea y del carácter de la tos y la expectoración; pero teniendo en cuenta que no nos ha sido posible percibir ningún estertor crepitante y que el carácter de la voz en lugar de ser la bronco-egofonia, es la egofonia

156

para sospechamos la existencia concomitante de un derrame pleural en esta cantidad.

En vista de la fiebre el Dr. Faisans ordena la administración, durante las 24 horas, de cuatro baños á 35° . Se suprimen el vermes y la anti-pirina y se substituyen por otra posición en la que entra $1^{\circ}50$ de bisulfato de quinina y 10 centigramos de sulfato de esparteina.

El día 9 habia mejorado bastante el estado general de la enferma: la temperatura habia descendido á $38^{\circ}5$, las pulsaciones se habian reducido á ciento y las respira-

157
ciones a' 26. Los signos físicos conti-
nuaban en el mismo estado que el día
anterior. Para averiguar si efectiva-
mente existía derrame pleural, el Dr. Sai-
sans practica una punción explora-
dora que da salida a' un liquido
seroso claro: inmediatamente practica
la punción con el aspirador de Potain
Se hace la extracción total, que llega
a' 250 gramos. Siguen los baños en la
misma forma que el día anterior.

El día 10 la temperatura
ha descendido a' $37^{\circ}5$, el pulso es
de 90 y ha desaparecido la disnea.
La macidez vespa ha misma exten-
sion de siempre, ha desaparecido el co-

pleo y la egofonia ha pasado a bron-
co egofonías; en la base y al termi-
nar la inspiración se oyen cruji-
dos finos. Este estado confirma el diag-
nóstico de espleno-pneumonia por per-
sistir la mancha en igual extensión
que antes de extraer el líquido pleu-
ral, cambiarse la egofonia en bron-
co-egofonías y haber aparecido las cre-
pitaciones de la base. Se suspenden los
baños y se deja a la enferma sin
medicación activa y solo con una po-
sición estimulante.

Los días 11 y 12 se pasan
en el mismo estado; el día 13 la tempe-
ratura es normal, pero ha vuelto a apa-

recer el soplo.

El día 15, no se nota más signo físico que la macidez, que ha disminuido algo en extensión, y el silencio respiratorio; las crepitaciones aparecen en mayor cantidad.

El 17 vuelven a aparecer el soplo, la bronco-egofonia y la pectoril hequímica satura; va reduciéndose el campo de la macidez, la enferma se encuentra bien.

El 18, han vuelto a desaparecer los ruidos adventicios, y la macidez es menor. Empieza a notarse un murmullo vesicular muy débil.

El 20, la situación no ha

variado, pero la enfermedad se encuentra ⁽⁶⁰⁾ bien del todo.

El 25 abandona el Hospital quedándole todavía una zona sub-convulsa en la base del pulmón y en la cual el nudo venular es bastante resquebrajado.

Debemos conceder gran importancia clínica a este caso porque fija de un modo claro la diferencia que existe entre un mismo signo físico según pertenezca a la esplenopneumonia o a la pleuresia: en él se vio muy marcada la variación que sufrió la respiración una vez extraído el líquido pleurético. Enseña también

los buenos efectos de los baños calientes; ¹⁵¹com-
prueba una vez más la variabilidad de
los signos físicos en la esplenopneu-
monía. En este caso puede tal vez re-
lacionarse, como ya expresamos en su lu-
gar, la intensidad del dolor de costado
al comenzar la enfermedad con la pro-
ducción posterior de un estado pleuri-
tico.

Observación III

Propia

Léonique M... de 68 años
de edad, criada, ingresó en la sala,
de Santo Tomás del Hôtel-Dieu de

Paris el 27 de Febrero de 1901.

El día anterior, en que la temperatura ambiente había descendido de un modo brusco a -4° , se sintió, al retirarse a su casa, resfriado con un fuerte catarro y cefalea; a la tarde del mismo día entró en escalofrío y sintió punzadas en el costado izquierdo y hacia la parte lateral del tronco: cree haber tenido mucha fiebre.

Está sentado en cama y verifica personalmente los movimientos respiratorios; en cara está congestionada. La temperatura es de $39^{\circ}3$; las pulsaciones son en número de 100 y las respiraciones 30. No hay en expectoración.

160
Al examen del aparato respiratorio, la inspección no revela nada anormal; la palpación no señala ninguna deformación torácica) pero sí una disminución bastante acentuada de las vibraciones torácicas en el tercio inferior del pulmón izquierdo y en su parte posterior: por la percusión se describe en el mismo sitio una sub-mucosa que alcanza la misma extensión y se extiende por el lado hasta la línea axilar anterior. La auscultación no demuestra más que una falta absoluta de murmullo vesicular pero no describe ningún ruido adventicio. La parte restante del mismo pulmón y el pul-

ción derecha no dan signos algunos anormal. No se formula diagnóstico suponiendo que se trata de un estado congestivo del pulmón que ha de evolucionar todavía. Se prescribe una infusión de digital con 1 grano de quina.

Efectivamente, el día 28, siguiendo igual la temperatura y el estado del pulso, la disnea es algo menor, el enfermo ha tenido quintas de tos y hecho una expectoración gomosa. La falta de vibraciones torácicas es más acentuada; la sub-crepitación se ha convertido en crepitación que alcanza hasta cerca del ombligo; el espacio de Horner sin

165
embargo se conserva sonora. El murmullo
vesicular falta por completo y haciendo
respirar fuertemente al enfermo se oyen
crepitaciones muy finas y escasas
hacia la base del pulmón; en la por-
te alta de la región mate se vejae
oir un sople velado acompañado a
la espiración; haciendo hablar al en-
fermo se nota bronco-egofonia y pec-
toriloquia sónica muy manifestas. Te-
niendo en cuenta el rápido aumento que
ha sufrido la opacidez, la conservación
del espacio semi-lunar y los demás
síntomas apuntados, diagnosticamos
una esplenopneumonia. Este diag-
nóstico fue corroborado por el Dr. Jaisan;

166

se repitió la infusión de digital supri-
miendo la quinina y añadiendo 10
gramos de coniac.

El 2 de Marzo habían cesa-
do la tos y la expectoración; había
disminuido la temperatura a $38^{\circ}2$ y
las pulsaciones a 96 pero el enfermo
se encontraba más fatigado. La disminu-
ción de vibraciones y la mucosidad
seguió iguales; se notaban las mis-
mas crepitaciones finas en la base, pe-
ro habían desaparecido el soplo y la
egofonía. En cambio se pudo compro-
bar en la parte superior y anterior
del tórax, en la fosa sub-clavicular
del mismo lado, un ligero aumento de

167
la sonoridad que llegaba casi al tímpano. Este estado confirmó plenamente el diagnóstico establecido. Se suprimió la digital y se puso en su lugar una solución gomosa con 0'20 gramos de kermes.

El día 3 el enfermo había expectorado en gran cantidad y se encontraba muy aliviado, la temperatura había descendido a 38° y las pulsaciones se habían reducido a 90. Los signos pleuréticos eran los mismos, pero no así los estetoscópicos; volvió a existir el soplo, esta vez muy claro, y con él la egfonía y la pectoriloquia afónica. Igual medicación.

El 4 desaparece el timpanismo¹⁶⁸
de la región sub-clavicular.

El día 6 se había reducido el
campo de la mucosas, pero los demás
síntomas persistían todavía aunque to-
dos con menor intensidad, la tempera-
tura era solo de $37^{\circ}5$ y el corazón
batía 86 veces. Se suspende la medicación.

El día 10 la temperatura y el
pulso son normales, el enfermo se en-
cuentra bien, no tose ni expectora, la
mucosa queda reducida a la base,
empiezan a transmitirse las vibraciones
vocales, el soplo es muy velado y ya no
se perciben la bronco-egofonia ni la pec-
toriloquia afona.

El 12 han desaparecido ¹⁰⁹ todos los signos físicos y el enfermo dice estar curado.

El 15 se le da de alta completamente restablecido.

Este caso tiene importancia por tratarse de la espleno-pneumonia en la vejez. En él se observa una relación inmediata entre la expectoración y la presencia del soplo. En este caso se pudo comprobar el síntoma que indican algunos autores de existir a veces un ligero timpanismo en la región sub-clavicular.

Observación IV.

Comunicada por el Doctor Faisans á la
Société médicale des hôpitaux = Paris.

Reproducimos aquí en extracto
este caso clínico cuya relación detallada
debemos á la amabilidad del Doctor Fais-
sans, cuyas lecciones nos han servido de
mucho para el estudio de la esplenopneu-
monía. Es un caso interesantísimo que,
como dice el autor, no necesita co-
mentarios.

« El 3 de Diciembre fui invitado

por mi colega y amigo el Dr. Lafont
a visitar uno de sus clientes el Sr. ...
de 21 años de edad. Este joven habia
gozado siempre de buena salud. Última-
mente, hace unos quince dias, y a con-
secuencia de un enfriamiento, se sintió
acometido de escalofrios, quebrantamiento
general e inapetencias; al mismo tien-
po aparecia un violento coryza, más
tarde conquera y tos. Después de algu-
nos dias de reposo en cama el enfer-
mo se creyó completamente curado de
su grippe y se retiró a salir a pe-
sar de un tiempo lluvioso.

El 1º de Diciembre sintió resfriar-
se de nuevo, volvió a tener escalofrios

172
y de vuelta a su casa se vio acometi-
do de una fiebre bastante fuerte. Al
mismo tiempo experimentó un dolor vivo
debajo de la tetilla derecha; la tos, que
no habia cesado del todo, se hizo más
frecuente, seca y molesta; la expectoración
poco abundante y compuesta de dos par-
tes distintas; una la formaban algunos
esputosquistosos, mucopurulentos, semejan-
tes a los que habia arrojado anteriormen-
te; otra, una pequeña cantidad de líqui-
do claro, viscoso y filante, análogo a
una solución de goma.»

« El Dr Lafont, llamado el 2
de Diciembre, encontró en la base del
pulmón derecho los signos siguientes:

173
maices; supresión de las vibraciones
ra; sople ligero expiratorio; egofonia, pec-
toriloquias defena; estos signos se percibi-
erán en el cuarto inferior del pulmón.
Diagnóstico una pleurecía aguda con
escaso derrame y, teniendo en cuenta la
tos y la expectoración, supuso que detrás
del derrame se encontraba el pulmón li-
geramente congestionado.»

« Cuando yo vi al enfermo al
día siguiente no pude comprobar los sín-
tos físicos; note, desde luego, por
la palpación bimanual, que el lado de-
recho del tórax se encontraba algo dila-
tado; encontré maices absoluta y supre-
sion de las vibraciones vocales; pero no

puede apreciarse el soplo, el murmullo venen-
 lar había desaparecido ó era sumamente de-
 bil aun en las inspiraciones fuertes: había
 además bronco-egofonia y una pectorilo-
 quia afona poco característica; por último
 invitando al enfermo á que practicara fuer-
 tes inspiraciones, se oían de vez en cuando,
 y en ciertos puntos de la región enfer-
 ma, pequeñas crepitaciones discretas, finas
 y superficiales."

"Todos estos signos ocupaban aproxi-
 madamente el tercio inferior de la cara
 posterior del pulmón; en ninguna o-
 tra parte se encontraba anomalía algu-
 na como no fuera una muy ligera dis-
 minución del murmullo venular."

" Mi colega pudo, no sin alguna sorpresa, comprobar los mismos fenómenos, y los dos deducimos que no existía líquido en la pleura y que la enfermedad con quien teníamos que habernos era una expleuro-pneumonía "

" El tratamiento instituido en común fue: sulfato de quinina, un gramo al día, y antipirina 5 gramos; progs: poción calmante con jarabe de codeína."

" Dos días más tarde, el 5 de Diciembre, vimos reaparecer los síntomas del primer día; existía un soplo apagado de los más característicos y una ergoforia de las mas puras; el enfermo había torido durante la noche y la

espectación gorgosa había sido un poco ¹⁷⁶
más abundante. »

« El seis de Diciembre, tercer cam-
bio; el soplo había desaparecido notan-
dose en su lugar un murmullo respi-
cular muy debilitado. El 8, cuarta y
última transformación, reaparece el so-
plo y, a partir de este momento, pode-
mos comprobar este sintoma en todos
los exámenes; únicamente que, en lugar
de un soplo apagado como era en los
primeros días, aparece ahora un soplo
bastante rudo, intermedio entre el soplo
típico de las pleurías con mediano de-
rrame y el soplo tubárico. »

« Durante este primer periodo

el estado general y los trastornos ¹⁷⁷funcionales no sufrieron gran modificación, la fiebre se mantuvo estacionada entre 38° y 39° grados; el enfermo se quejaba de transpiraciones abundantes que disminuyeron notablemente suprimiendo la antipirina; la tos y la expectoración persistían como al comenzar la enfermedad.

" El 10 de Diciembre se produjo una defervescencia, la temperatura descendió por la noche a menos de 38° grados pero sin que el enfermo se encontrara muy aliviado.

" El 14 fue presa repentinamente de un escalofrío y de una fiebre

de 40 grados; se quejaba de nuevo de fuerte dolor de costado y volvió a toser extraordinariamente. Encontramos en el tórax inferior los mismos signos que en los días anteriores, pero la ruidosidad había aumentado considerablemente de extensión y al auscultar y aun percibir de la mitad del pulmón; en la región recientemente invadida las vibraciones locales estaban totalmente suprimidas como debajo de esta región, existían un soplo más fuerte y más rudo que en la base y crepitaciones muy finas y superficiales pero más distanciadas, menos secas y menos regulares que las que constituyen el verdadero estertor crepitante; además, si

179
bien predominaban en la inspiración,
se percibían también algo tanto du-
rante la expiración. Era evidente que en
el lóbulo medio del pulmón había venido
a desarrollarse un proceso análogo al
que había ocupado primeramente su
lóbulo inferior.

En los días siguientes los sig-
nos notados en el tercio medio se aten-
nuaron bastante rápidamente tendien-
do a desaparecer a los de la base de
tal modo que el 20 de Diciembre no exis-
tía apenas diferencia entre los dos

La fiebre que acompañó a es-
te segundo período fue de corta dura-
ción pero tomó a partir del 20 de

180

Diciembre una marcha inesperada; mientras que las temperaturas de las mañanas eran normales o poco menos, las de la noche se elevaban progresivamente y alcanzaban 39° y $39^{\circ}5$; en la primera mitad del día el enfermo acusaba una sensación de bienestar y se alimentaba un poco; pero, hacia las cuatro de la tarde, volvía a entrar en escalofríos, se postaba y experimentaba una gran sensación de malestar que él no podía definir pero que bastaba la elevación de temperatura para explicarla.

« Esta situación, sosteniéndose durante algunos días, llegó a inquietarnos y, sobre todo, a intrigarnos. Desde

luego se nos ocurrieron dos hipótesis para explicar esta fiebre de accesos vespertinos i se trataba de una tuberculosis o de una supuración." »

Después de algunas consideraciones sobre los antecedentes hereditarios del enfermo, la marcha de la enfermedad, el modo de presentarse los síntomas etc, el Dr Faisans, cree que se trata de una supuración interna.

« Ya he dicho más arriba continúa el autor - que signos físicos se encontraban en el lado derecho el 20 de Diciembre. En los días siguientes, estos signos fueron modificándose paulatinamente. Continuaban con la misma persistencia la

nales y la supresión de las vibraciones to-
nicas; pero el soplo iba siendo cada vez
más débil en el cuarto inferior, haciéndose
en cambio más rudo por encima de es-
ta región; no se percibía estertor alguno en
ninguna parte. En progresando la dilata-
ción del lado enfermo y notamos que
se producía un aumento de volumen cir-
cunscrito por detrás, un poco por enci-
ma del cuarto inferior inmediatamente
por dentro de la línea axilar posterior.
Al mismo tiempo, encontramos el higo-
do ligeramente dislocado hacia abajo;
este último signo se acentuó más ca-
da día y el 25 de Diciembre aquella
viscera pesaba de más de dos libras

de dato el reborde de las costillas falsas ¹³⁷
Por último, la piel del lado derecho del
tórax estaba ligeramente infiltrada y te-
nia marcados los pliegues de la ropa."

Por estas razones, y otras de me-
nor importancia, dedujo el Dr. Faisans
que se trataba de un derrame purulento
originado de la pleura, que descansa-
ba sobre el diafragma empujando el
ligado hacia abajo y rechazando há-
cia arriba el pulmón congestionado o
en estado de esplenopneumonia.

Establecido este diagnóstico, con-
tinúa diciendo, implicaba la urgencia
de una punción; esta se practicó el
26 de Diciembre con la aguja mediana)

del aparato de Potain, en el octavo ^{184.} espacio
intercostal sobre una línea descendente ver-
ticalmente del ángulo inferior del omó-
plato. No dió salida a serosidad ni
a pus, ni tan sólo a una burbuja
de aire: introduje la aguja a bas-
tante profundidad y luego fui retirán-
dola lentamente: y no salió nada. Por la
falta de aire y de sangre supuse que
el instrumento no habia penetrado en
el pulmón cosa que, sin embargo, ha-
bia sucedido; creí que la aguja em-
pleada seria demasiado fina o habia
quedado cubierta por una falsa mem-
brana al atravesar la pleura parietal,
no disminuyó mi convicción de que exis-

188
tía una colección purulenta y pedi
autorización para practicar una se
gunda punción al día siguiente.

« La segunda vez operé con
un trocar de mediano calibre que me
dió en la misma línea vertical del
día anterior pero en el séptimo espa
cio intercostal que me pareció correspon
der mejor al abultamiento circunscrito
de que he hablado. Dio salida a un
pus espeso y cremoso pero del cual so
lo pude extraer unos 350 gramos; habien
dose suspendido la salida del pus in
troduje un mandril en el trocar sin
obtener ningún resultado; por otra parte,
las últimas gotas de pus habían sali

de mezcladas con un poco de sangre. ¹⁸⁶

« Quedaba por lo tanto vacío el espacio pleural. Inmediatamente injecté en su cavidad una mezcla de 20 gramos de licor de Van Swieten y 40 gramos de agua hervida a una temperatura aproximadamente de 37° y abandoné este líquido en el tórax.

« El examen local practicado algunas horas después de esta punción me hizo ver que el sonido y las vibraciones continuaban abolidas. El soplo rudo había desaparecido en una gran superficie y se notaba en su lugar una respiración muy débil. Se encontraban de nuevo ruidos uniformes en toda la mitad inferior del pulmón.

derado.

« En la noche que siguió a la
 punción, 2^{da} de Diciembre, la fiebre fue al-
 go inferior a la de la víspera pero,
 a partir del día siguiente, volvió a as-
 cender afectando desde entonces toda la
 marcha de una fiebre intermitente; por
 las mañanas la temperatura se sostenía
 a 38° y por las noches llegaba a pa-
 sar de 39° .

« Al propio tiempo la ausulta-
 ción del lado enfermo revelaba signos inte-
 resantes; desde el 26 de Diciembre, día si-
 guiente a la punción, encontré un soplo
 ligero en el centro de la superficie a un
 yo nivel había notado el día anterior

su desaparición); este soplo fue aumentando ¹⁸⁸ de día en día hasta tanto que, al cabo de cinco o seis días, presentaba la misma intensidad y ocupaba la misma extensión que antes de evacuar el pus. Dignil decir que la percusión y la palpación daban siempre los mismos signos: la ampliación del lado derecho del pecho, pareciera haber aumentado después de la punción; finalmente, el hígado rebasaba todavía el borde de las costillas falsas.

“ Ante este estado de cosas no dudé un instante en creer que había vuelto a producirse el derrame pulmonar. De acuerdo con el Dr. Lafont re-

volvimos practicar la operación ¹⁸⁹ del
empiezo, operación que se llevó a
cabo el 7 de Enero.

« Encendi la piel a nivel del
octavo espacio, en el mismo sitio donde
habia practicado anteriormente mi pri-
mera puncion local. Insistia en este
punto porque era donde la mancha
les parecia mas acentuada y don-
de los riguros de derrame alcanzaban
su grado maximo; por otra parte, ya
he dicho que despues de la puncion no
se me habia ocurrido pensar que hubie-
se podido caer fuera del quiste.

« Encendi, pues, las partes blan-
das, luego los musculos intercostales y

me encontré con un pulmón fuertemen-^{te} adherido a la pared. Entonces me di cuenta del resultado de mi primera punción; la aguja había penetrado en el pulmón y la bolsa pulmonar debía estar situada un poco por encima del sitio en que yo me encontraba. Entonces sentí, aunque algo tarde, no haber hecho proceder mi operación de una nueva punción exploradora.

* Con el dedo intenté inútilmen-
te desprender el pulmón de la costilla superior; las adherencias eran demasiado resistentes. Intenté entonces el pulmón en una pequeña parte;

introduciendo el dedo en la herida note la ¹⁹¹resistencia de una superficie de consistencia muy especial, del todo semejante a la que se experimenta cuando se pasa el dedo sobre un corte de bajo. Introduje la sonda canalada y la empuje hacia arriba en la dirección probable del derrame, pero sin resultado. Creyendo entonces en la posibilidad de un quiste interlobulillar más o menos distante de la pared torácica, dirigí la sonda al azar hacia arriba y adentro primero y hacia adelante luego; el instrumento penetraba con la mayor facilidad en este tejido esponjoso, pero no vi salir ni una gota

de pus. En revanche, la herida ¹⁹² de-
faba salir sangre en abundancia y
supongo que en el espacio de tiempo
que duró la operación caudrian unos
dos o trescientos gramos.

« Cansado de este trabajo im-
til y teniendo aun haber hecho de-
masiado, cerré la herida despues de la-
vada y apliqué una cura antisép-
tica.

« Las consecuencias de esta desdi-
chada operacion fueron más felices de
lo que yo hubiera podido desear. La
fiebre disminuyó a partir de la mis-
ma noche y desapareció completamen-
te a los dos o tres dias. El enfer-

no no se quejó más de su dolor ¹⁹³ de
costado; cesó casi completamente de to-
ser y sacrió, por la primera vez des-
pués del comienzo de la enfermedad, una
franca sensación de bienestar. Cuando
levanté la primera cura, cuatro días
después de la operación, encontré la he-
rida casi completamente cerrada, y
la cicatriz era completa algunos días
más tarde.

« Pero lo que más me sorpren-
dió fue el cambio producido en los sig-
nos físicos. Desde el día siguiente a
la intervención, auscultando mi través de
la espesa capa de algodón que cubría
el tórax, noté que el soplo había con-

pletamente desaparecidos y cuando, al practicar la segunda cura, examiné directamente el lado derecho, pude comprobar que no solo había desaparecido el soplo sino que existía un murmullo vesicular débil, lejano, en toda la mitad inferior, la ruidosa era menos acentuada y comenzaban a notarse algunas vibraciones apagadas; el hígado estaba casi del todo escondido detrás de las costillas falsas y la dilatación del tórax había disminuido notablemente.

« En una palabra, inmediatamente después de la operación, habían

195

tenido lugar modificaciones del estado local tan importantes como las de todo el organismo y era, por tanto, probable que marcháramos hacia el término de la enfermedad. ¿Qué había acontecido y cómo era posible interpretar estos últimos incidentes?

« Es para mí cosa evidente que el quiste parovulento había quedado completamente evacuado por la función y que gracias a la inyección de sublimado, el derrame no se había reproducido. Pero cesando súbitamente la compresión del parovulvina por la desaparición de este quiste, aquel se había congestionado de nuevo o se

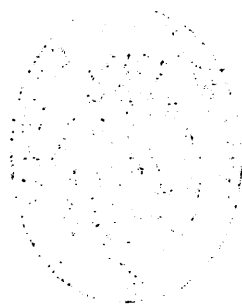
había desarrollado en él una ¹⁹⁶ nueva
espleno-pneumonia (la tercera después
del comienzo de la enfermedad), lo cual
explicaba a la vez la recrudescen-
cia de la fiebre y la reaparición
de los signos de pleurisia. Esta es-
plicación es muy verosímil por la
misma evolución de los accidentes
después de la toracotomía: la hemorra-
gia abundante que se produjo du-
rante la operación obró a la ma-
nera de una sangría local descon-
gestionando el pulmón y fue en
últimos términos un agente eficaz
de curación.

« Sea lo que fuere, la mejoría

observada en los primeros días. Fue ¹⁹⁷ con-
firmándose sin accidente alguno y
antes de terminar el mes de enero el
enfermo pudo salir de casa. Volvió a
verle el 30 de Marzo y difícilmen-
te puede reconocerle, de tal modo ha-
bía mejorado en aspecto. Conservaba,
no obstante, en el tercio inferior de
su lado derecho una disminución bas-
tante acentuada del ruido, de las vi-
braciones y de la respiración, pero no
causaba ninguna molestia respiratoria
ni ninguna otra alteración funcional.?"

Este caso es por demás curioso

198
por las repetidas recaídas de la enfermedad, por la formación del derrame purulento y sobre todo por la acción que sobre la marcha general de la enfermedad tuvo la sustracción de sangre; tomando ejemplo de este caso podría compararse a la 'sangría' local en las esplenopneumonías con carácter grave o de difícil curación.



Conclusiones

De lo expuesto durante el curso de esta afección, creemos poder deducir las siguientes conclusiones:

Primera: La esplenopneumonia es una enfermedad aguda o subaguda del pulmón, cuyos síntomas simulan una pleumonia de mediano de-
rrame.

Segunda: Su desarrollo ^{2vo} depende, en gran parte, de la existencia anterior de la tuberculosis y de la gripe: pero puede desarrollarse también, y así sucede muchas veces, primitivamente.

Tercera: Puede encontrarse en todas las edades, pero es más frecuente en la edad adulta.

Cuarta: Se desconocen su anatomía patológica y su agente productor.

Quinta: Esta enfermedad no tiene ningún síntoma propio, se distingue solo por el conjunto de todos ellos y de, un modo especial, por su

inmibilidad en presentarse. Muchas ve-^{ces}
ces solo la percusión esplénica po-
drá establecer el diagnóstico.

Sexta: La esplenopneumonia
puede, al igual que la pulmonaria,
derivar de una pleuresía que puede
ser hasta purulenta.

Séptima: A pesar de los sig-
nos físicos acusados por una parte
por la esplenopneumonia y por otra
por la pleuresía concomitante, puede
hacerse el diagnóstico de estas úl-
timas teniendo en cuenta el estado ge-
neral del enfermo y el grado de dilata-
ción del tórax: el descenso del higa-
do, si la lesión reside en el lado

derecho y las mareas del espin²⁰²
de Horne y la desviación del co-
razón cuando se encuentra en el la-
do izquierdo.

Octava: La evolución de
la enfermedad tiene lugar gene-
ralmente con bastante rapidez; en
cambio, la convalecencia es lenta.

Novena: La esplenopneu-
monía no es grave porque en-
tra casi siempre, pero consecutivamen-
te a ella puede desarrollarse la
tuberculosis.

Décima: El tratamiento
depende de la forma de la enferme-
dad. Sencillo, casi expectante, si es

de forma benigna. Yentosas secas o es-
carificadas y aun sangria general
si en comienzo es alarmante; tónicos,
antitérmicos, baños calientes, alimenta-
cion substancial y reconstituyentes du-
rante y despues de la convalecencia;
higiene apropiada.

Madrid 1^o Junio 1801

[Signature]

Admisible
[Signature]

Admisible
[Signature]

Admisible
[Signature]



Admisible
[Signature]

[Signature]

Día 1º de Junio de 1901

Verifico el título del grado
de Doctor y fue calificado de
sobresaliente

Antonio Collin

El Sr.
A. Collin

rodolfo de Guzman

Collin

Antonio Collin

Manuel Collin

Antonio Collin

