

El segundo síntoma es la alteración de la voz. Sabemos que la laringe es el órgano fonético por excelencia; pero los sonidos que emite se modifican en la parte alta de la faringe, en la nariz, en la boca, en los dientes, que son á la vez órganos de resonancia fonética, y es por esto que hay personas que tienen la laringe sana, pero les falta algún diente ó tienen agujereada la bóveda palatina ó acatarrada la parte alta de la faringe, y entonces emiten una voz ligeramente velada, ó con tono y timbre anormal. En la laringitis hay disfonía y desde la simple ronquera, hasta la afonía completa, se puede recorrer una escala grande de graduaciones.

El tercer síntoma es la tos, que nunca falta, determinada por los fenómenos de cosquilleo, de embarazo ó de sequedad de la parte. El enfermo comprende bien que el estímulo procede de la parte alta, y es una tos breve, muy molesta y seca ó al menos con poquísima expectoración, tanto, que de haberla, podría ya suponerse que el catarro se ha corrido á la tráquea y á los bronquios. Rara vez produce dificultad respiratoria (entiéndase que nos referimos al adulto). Auscultando se podrá percibir un ruido áspero, de frote, ocasionado por el aire al entrar y salir por la laringe; sin embargo, para que esto se observe es necesario que la laringitis sea muy intensa, siendo ya de temer que haya alguna complicación por parte de la tráquea ó de los bronquios, ó que el catarro haya determinado edema de la glotis. En los niños es común esta complicación, que es de muchísima gravedad y requiere pronóstico grave, por la disnea que produce. El ruido que se forma es comparáble al que se percibe soplando en un tubo de caña.

Hay niños que sucumben víctimas de una laringitis aguda, del mismo modo que si padeciesen el crup y mueren asfícticos, gracias al edema de la glotis; en los adultos es rarísimo que esto suceda.

A más de los fenómenos locales puede haberlos generales, como observamos ya en el coriza, v. g. ligera calentura, laxitud general, quebrantamiento de huesos, somnolencia, cefalalgia, en fin, todos los

fenómenos propios de un estado febril, que puede durar tres ó cuatro días.

Curso y terminaciones.—Es una enfermedad de duración breve, sobre todo si es bien cuidada.

En muy pocos días vuelve la laringe á sus condiciones normales; va desapareciendo el cosquilleo y la tos, en una palabra, todo, á menos que vengan complicaciones.

Una laringitis, sin embargo, puede abrir las puertas á la cronicidad, y por eso se ha de cuidar, especialmente en los jóvenes que tienden á la tuberculización. Pero en la mayoría de los casos termina de una manera favorable y en breve espacio de tiempo.

En los niños siempre es más grave y hasta puede ser más peligrosa que la bronco-pneumonía, en virtud de la constitución anatómica de la laringe del niño y de la tendencia al edema glótico.

Diagnóstico.—Es una enfermedad la laringitis, que no es posible confundirla con ninguna otra afección del aparato respiratorio, pues las manifestaciones sintomáticas son claras, y las alteraciones de la voz y la tos, imprimen carácter á la enfermedad. En los niños puede haber dificultad diagnóstica, para distinguir la forma catarral de la diftérica, pues presentan á veces un cuadro muy parecido; en tanto es así, que en algún caso sólo al practicar la autopsia se hace el diagnóstico.

Pronóstico.—En el adulto no es grave. En los niños debe hacerse con reserva cuando menos, y hasta grave, por los fenómenos asfícticos que puede determinar, y cuanto más tierno sea el niño, más acentuaremos el pronóstico. En los adultos, sólo cuando veamos que se entretiene y cuando concurren condiciones individuales capaces de producir una laringitis crónica acentuaremos el pronóstico.

Tratamiento.—Se ha de desplegar con mayor ó menor fuerza, según la violencia del mal. Hay catarros tan simples que muchos enfermos los pasean por las calles, hasta que desaparecen. Pero no siempre sucede así, y por eso conviene que nos fijemos en un caso de cier-

ta importancia para señalar los medicamentos capaces de vencerle. Conviene entonces que el enfermo se recoja en casa, que respire un aire templado, que no se someta á cambios atmosféricos; que guarde cama si está febril, aconsejándole el uso de bebidas sudoríficas. Proscribiremos las sustancias irritantes de todo género, como bebidas alcohólicas, el café y el tabaco, y sobre todo aconsejaremos el silencio, que es cosa capital para curar pronto una laringitis.

Respecto á farmacología, pueden emplearse soluciones de nitrato potásico, benzoato de sosa ó clorato potásico; se puede recurrir también á los antimoniales, prefiriendo entre ellos el óxido blanco de antimonio. Si la laringitis fuese muy intensa, y sobre todo si recayese en un niño, hemos de tener gran confianza en el empleo de los calomelanos; y no hay duda que el protocloruro de mercurio es un medicamento superior. En los adultos se usa con frecuencia la belladona, el acónito, el opio; solas ó asociadas estas sustancias, según sea necesario. Si hubiera espasmo en la parte, cosa que ocurre pocas veces, echaremos mano de los bromuros, especialmente del de potasio. Podemos apelar también á la medicación sudorífica, por ejemplo, los polvos de Dower, que en el adulto están indicadísimos. También hay otro medio al que recurrimos pocas veces, porque el caso no suele apremiar, y consiste en la aplicación de sanguijuelas en la región del cuello; hasta en los niños, en caso de apuro, para prevenir una astixia, están indicadas.

LARINGITIS CRÓNICA

Es éste un capítulo de la Patología Médica, tan extenso, que para desarrollarle convenientemente se necesitarían muchas lecciones; pero nosotros, cohibidos por la falta de tiempo, no haremos más que un ligero apunte, explicando lo más interesante. El que quiera agrandar

sus estudios puede consultar los numerosos tratados especiales que se han escrito acerca de la enfermedad que nos ocupa.

Etiología.— La laringitis crónica constituye un proceso muy común, porque son muchas las causas que lo ponen en juego; y para abarcarlas todas admitiré dos grandes formas de laringitis: una que denominaremos idiopática, dependiente tan sólo de causas que obran sobre la parte; y otra sintomática, de procesos morbosos que se desarrollan sobre la parte ó en otros puntos del cuerpo.

Las idiopáticas dependen, en primer término, de esfuerzos fonéticos prolongados: es por esto que las personas que hablan en público (profesores, oradores, maestros de escuela, oficiales del ejército), lo propio que los cantantes y los que vocean artículos de venta por las calles, padecen laringitis crónicas con frecuencia. También son debidas á la acción de sustancias irritantes: por eso abundan en los fumadores y en los que se dedican á trabajos que les obligan á respirar atmósferas cargadas de vapores irritantes: así se ve en los pulidores de metales, tejedores, molineros, etc. Se observan del propio modo en los que trasnochan y en los aficionados á bebidas alcohólicas, porque el alcohol puede actuar de dos maneras, ó por la acción directa que ejerce sobre la parte al pasar por las fauces por encima de la epiglotis ó porque el alcohol, al ser eliminado por el aparato respiratorio, produce también una acción irritante sobre la membrana mucosa. Hay otras que dependen de procesos similares que se propagan al interior de la laringe.

Las causas deuteropáticas son muchas y bien podemos decir que son las que verdaderamente tienen mayor importancia. La más común es la tuberculosis, que se puede considerar como proceso idiopático ó deuteropático, hoy que van afianzándose las ideas de que la tuberculización es un proceso primitivamente local. La sífilis es otra causa muy común, como también el cáncer, sobre todo en la forma epitelial. También se puede apuntar el herpetismo, el lupus de la laringe, que viene á ser una laringitis tuberculosa, y por último la lepra. Basta este

ligero apunte para comprender la extensión inmensa que podría tener este estudio; pues cada una de estas diferentes formas de laringitis es susceptible de una explicación aparte.

Anatomía patológica.—Bien se echa de ver lo difícil que ha de ser reducirla á una forma que las sintetice todas, pues hay tantas laringitis, y son tan distintas las lesiones propias de cada una, que la anatomía patológica que las reseñare todas, debería ser sumamente extensa.

Hay una laringitis que anatómicamente se caracteriza por la inyección de la membrana mucosa, que se presenta más encendida que en el estado normal, y con arborizaciones y puntos todavía más rojos; esfoliaciones de los epitelios y abultamiento é induración de la membrana mucosa. Esta forma, genuinamente catarral, invade todo el órgano, cosa fácil atendida la poca longitud del mismo; y es la que presentan los fumadores, bebedores, y los que respiran atmósferas cargadas de sustancias irritantes. Una que hemos aceptado como sintomática, y es la herpética, ofrece todo lo que acabo de indicar, y, aparte de la inyección y de las arborizaciones, ofrece cierta tumefacción de las células epiteliales, recordando lo que vimos en la glositis apellidada psoriasis de la lengua.

Otras veces se ve en la laringe el sello de la sífilis: ésta, en términos generales, se fija en la cara lingual de la epiglotis y en los repliegues ariteno-epiglóticos, siendo rara su localización en las cuerdas, y, si por azar, se fija en ellas, no es simétrica, sino unilateral. Además, la sífilis, ordinariamente, arranca del goma, que puede permanecer íntegro y sin movimiento de disgregación molecular, ó puede destruirse, ocasionando la ulceración sifilítica, que es de color grisáceo, sucio, lo propio que la tuberculosa; pero la membrana mucosa está tumefacta y con coloración subida en los puntos intermedios. Otra forma es la cancerosa, sobre todo la epitelial, que constituye un proceso bastante común, que radica debajo de la epiglotis, ocupando, á veces, la totalidad del órgano. Se encuentran en algunos casos remedos de

pólipos que, ó permanecen íntegros, ó sufren un trabajo de ulceración, apareciendo entonces unas úlceras excavadas, profundas y con bordes irregulares. Todo esto es clásico: pero hay casos arduos y difíciles de apreciar.

Sintomatología.—Hablaré primero de un síndrome común, propio de todas las laringitis.

Los que padecen una laringitis crónica ofrecen alteraciones de la voz, aunque no sea constante este síntoma; no pasa aquí lo que en el catarro agudo, en que las alteraciones fonéticas son constantes, por hallarse extendido el catarro por todo el órgano. En la laringitis crónica, como la lesión puede existir en la epiglotis ó en los repliegues aritenoidales ó en el ventrículo de Morgagni, ó en las cuerdas, se comprende que no siempre la voz ha de estar alterada.

Sin embargo, generalmente se presenta velada, ronca, apagada y hasta afónica. Hay enfermos que, al despertar, están roncacos, pero á medida que van hablando, por los esfuerzos de la parte ó por un arranque de tos, desprendiendo las mucosidades que embadurnaban las cuerdas, se aclara la voz; otras veces, cuando se fatigan, se enronquecen, pudiendo haber sobre el particular multitud de variantes.

En cuanto á los fenómenos subjetivos, algunos enfermos no experimentan en la parte ninguna molestia, ó á lo más, una sensación de un cuerpo adherido y algo pegajoso que necesita ser expulsado; otras veces la sensación es de picor, de cosquilleo, como si en la laringe hubiesen migas de pan; otros sienten pinchazos, alfilerazos, etc. En otras ocasiones irradia el dolor hacia las fauces ó hacia los oídos, motivado, según decir de algunos, por el catarro de las trompas de Eustaquio, propagado al oído medio; sin embargo, eso no siempre debe ser cierto, por cuanto hay catarros de las trompas que no van acompañados de dolor. Mejor es pensar que depende de una intervención neurótica, pues sabido es que la inervación de la laringe depende del pneumo-gástrico y del espinal, y precisamente aquel nervio da un ramo auricular: se comprende, pues, que la irritación se pueda

propagar á uno de los ganglios del pneumo-gástrico, y de ahí el dolor que se siente en el oído. Estas molestias se avivan en los actos fonéticos y en los movimientos de deglución, sufriendo tanto algunos enfermos en el acto de deglutir, que se condenan á la inanición.

En las laringitis es constante la tos provocada por la sensación de cosquilleo ó de sequedad y ardor; por regla general, es seca, y si hay expectoración, se reduce á una corta cantidad de moco espeso y gomoso ó á los desperdicios de algún trabajo necrótico. Cuando el paciente expectora con abundancia, se debe á alguna complicación bronco-pulmonar.

La disnea puede faltar, y no sólo esto, sino que si aplicamos la boca del estetoscopio sobre la región, tal vez ni percibamos el ruido del aire; pero, en otros casos, hay disnea que puede depender de un espasmo accidental que se desarrolle en la laringe, á modo de contractura que puede determinar hasta una asfixia, ó de una estenosis lenta y gradual que vaya dificultando el paso del aire. En las formas disneicas, si se ausculta, se percibe un ruido de fuelle áspero.

A más de estos fenómenos directos, podemos referirnos, en segundo lugar, á las dificultades de la deglución, con la particularidad de que los enfermos tragan mejor los sólidos que los líquidos, ya porque no cierra bien la epiglotis y puede entrar alguna gota de líquido en el interior de la laringe, ya porque para la deglución de las sustancias sólidas no es necesaria tanta libertad del movimiento laríngeo. Es también común el saliveo, pues se solicitan actos reflejos en las glándulas salivales, y constantemente la boca está llena de humor salival que obliga á escupir continuamente.

El examen directo de la laringe nos permite reconocer además los signos de la tuberculosis, de la sífilis, de la lepra, y hasta las excrecencias poliposas de la mucosa.

La configuración exterior del órgano es negativa casi siempre; sin embargo, en ciertos casos hay infartos que modifican la figura del cuello, lo cual tiene grandísima importancia diagnóstica; así, por

ejemplo, en la tuberculosis tarda mucho en aparecer algún cambio externo y hasta las adenitis, al paso que en el cáncer todo es más graduado y prematuro.

Hay personas cuyo síndrome queda reducido á lo que acabo de expresar, y no ofrecen otras modificaciones que las locales, y aun no todas éstas, sino algunas.

Los enfermos de la laringe suelen ofrecer cierto sello moral digno de tenerse en cuenta y que consiste en vivir en cierto estado de preocupación del espíritu, mantenido por el recelo de que el afecto del aparato respiratorio pueda evolucionar en mal sentido.

Curso y terminaciones.—La duración del mal será variable, según sean las causas productoras: así hay laringitis crónicas que duran pocos meses, otras que se sostienen años y algunas que no se resuelven nunca. Las terminaciones pueden ser: la resolución del mal, su sostenimiento durante toda la vida, sin originar gran quebrantamiento de la salud, ó la muerte. Esta puede ser determinada por el desarrollo de un estado febril, verdaderamente consuntivo, ó por disfagia, ó por enfermedad consecutiva (tuberculosis, pulmonía, etc.), ó por accidente asfíctico, provocado por un fuerte espasmo de la laringe, edema de la glotis, dislocación de un cartílago, etc.

Diagnóstico.—Generalmente es fácil, por ser expresivo el síndrome indicado. Las molestias que el enfermo acusa, la voz, los caracteres de la tos y el examen de las fauces y de la laringe con el laringoscopio, que permite alcanzar con la vista hasta la misma bifurcación de los bronquios, si el especialista que inspecciona es diestro, permiten un diagnóstico fácil de formular. Por el examen directo y por las condiciones individuales conoceremos la clase de lesión de que se trata. Así, por ejemplo, si la laringitis la sufre un cantante ó un bebedor, libre de sífilis, cancerismo y tuberculosis, no vacilaremos en diagnosticar una laringitis simplemente catarral, eritematosa ó foliculosa. Si el que ha perdido la voz es sífilítico y ofrece todavía otros signos de la infección, por esta sola circunstancia ya sospecharemos

la naturaleza del mal, aparte de lo que podrá enseñarnos el examen laringoscópico. Si vemos otro enfermo de elevada estatura, delgado, cuello largo, pecho estrecho, carnes enjutas, tendencia á los catarros, epistaxis frecuentes, etc., sospechamos una tuberculosis laríngea. Si otro individuo de unos cincuenta años, tal vez bien nutrido, pero cuya laringitis va acompañada de infartos ganglionares de consideración en la región prelaríngea ó en la cervical, sospecharemos que la laringitis sea cancerosa. Además, por el examen directo de la parte, podemos diagnosticar con exactitud, reconociendo el verdadero estado de la mucosa y la intensidad de las lesiones, lo cual nos permitirá especificar el diagnóstico.

Pronóstico. - Debe hacerse siempre de alguna gravedad: no obstante, admite grados distintos y su señalamiento depende de la clase de laringitis que se ha desarrollado; así es que, bajo este supuesto, las laringitis que hemos denominado protopáticas, tienen mucha menos importancia que las consecutivas ó deuteropáticas, las cuales, á su vez, son más ó menos curables según la naturaleza de la afección, pues desde luego la laringitis herpética y la sífilítica son más curables que la cancerosa y la tuberculosa.

Tratamiento.—Hay uno general y otro local. Respecto al primero, importa, sobre todo, substraer al enfermo á la influencia de las causas, y tanto si se trata de la forma idiopática, como de la sintomática, esto es lo más importante. Después interesa que el enfermo no haga esfuerzos fonéticos y que se abstenga de fumar; que sea parco en el uso de bebidas alcohólicas y que procure evitar cortes de transpiración. Luego hay medios de acción más ó menos directa sobre la laringe, como son todos los resinosos y balsámicos (brea, trementina, bálsamo del Perú, del Tolú, sándalo, y el benzoato de sosa, ácido benzoico), y los que, sin serlo, actúan sobre la mucosa laríngea, v. g., el clorato potásico. A más de este tratamiento general se puede apelar á la aplicación directa de substancias de acción tópica, por pulverización ó por inhalación. Las pulverizaciones poco efecto producen,

porque, aun cuando el agua pulverizada vaya á chocar contra la laringe, apenas penetra en el interior de la misma; por lo tanto, son preferibles las inhalaciones de brea, creosota, ácido benzoico, benzoato sódico, es decir, de las substancias que antes hemos recomendado. También se han indicado las aguas nitrogenadas, si es que tienen el ázoe en disolución, lo cual es discutible, ya que muchos químicos creen que no se disuelve. Algunas veces debe acentuarse la actividad de los tópicos con el fin de disminuir las excrecencias y las vegetaciones que se hubiesen formado: así el sublimado corrosivo, el bicromato potásico, las soluciones de yodo, aplicadas con una esponja ó pincelito, sirven perfectamente. Puede apelarse también á una intervención quirúrgica, sobre todo cuando hay pólipos.

Si se trata de una laringitis tuberculosa, se recurrirá á los medios que se indicarán más adelante, al tratar de la tuberculosis laríngea; si de una laringitis sifilítica, echaremos mano de los mercuriales y yoduros; si escrofulosa ó herpética, y hasta si es tuberculosa, recurriremos al uso de las aguas sulfurosas: Aguas Buenas, Cauterets, Arecha-valeta, etc. Si el proceso es canceroso, hoy por hoy no hay tratamiento ninguno general; sin embargo, se ha intentado practicar la extirpación completa del órgano, substituyéndolo por otro artificial, con el que, el enfermo hasta puede emitir algún sonido, siguiendo á veces buen resultado. Por último, puede ocurrir que, ó por romperse un ligamento ó un cartílago, ó porque aparece el edema de la glotis, el enfermo se ponga asfíctico, habiendo necesidad de practicar la traqueotomía, que casi siempre va seguida de éxito.

LARINGITIS CRÓNICA TUBERCULOSA

Es un proceso que puede desarrollarse primitivamente, por implantación del bacilo tuberculoso en la laringe, ó bien puede consti-

tuir una segunda etapa de la tuberculosis localizada en otro sitio: pulmones, riñón, vejiga, mal vertebral de Pott, etc.

Etiología.—Nada diré aquí respecto de las causas, reservándolo para ser tratado *in extenso* al ocuparme de la tuberculosis pulmonar; sólo, sí, debo consignar que todo lo que es capaz de producir esta última podrá producir la tuberculosis laríngea, fijándose el tubérculo en uno ú otro sitio, según lo abonado que sea el terreno á la implantación del bacilo de Koch. Es por esto que la tuberculosis se hace en ocasiones laríngea y no pulmonar, porque el enfermo tendrá ya tendencia á contraer catarros laríngeos, pues de no ser así sobrevendría la tuberculosis del pulmón.

Anatomía patológica.—Tampoco voy á estudiar la cuestión anatómica y sólo aplicaré al caso las ideas que referentes al tubérculo daré en otro lugar. La laringitis tuberculosa puede tener, y aun es lo más frecuente, un período de preparación que en nada se distingue del catarro crónico estudiado, catarro con cualquiera de las modalidades descritas, y tras el cual vendrá la tuberculización. Los tubérculos pueden encontrarse de distinta manera: ya tubérculos propiamente tales, ya en forma de materia caseosa que viene á tener la misma resonancia. Las lesiones suelen generalizarse por todo el órgano; así es que los tubérculos se hallan extendidos por él y los encontramos en las cuerdas vocales, en los cartílagos, etc. Estos tubérculos pueden ser muy confluentes ó estar muy diseminados, quedando allí sin ser asiento de una regresión destructiva ó reblandeciéndose y alterándose, en cuyo caso vemos en los cadáveres la membrana mucosa de la laringe con alteraciones que podrán ser muy profundas, alrededor de las cuales se presenta el tejido más ó menos turgente formando como carnosidades. Cuando la destrucción es considerable, se presentarán en el interior de la laringe cambios que se han operado, bastante notables: se verá un cartílago por destrucción de su articulación, una ó las dos cuerdas vocales podrán estar destruídas también.

Si hacemos el reconocimiento histológico encontraremos el tu-

bérculo y el bacilo productor de la tuberculosis; pero estos tubérculos no se limitan á la laringe, pues como hizo notar ya el célebre Laennec, siempre que se encuentran tubérculos en una víscera cualquiera del cadáver, los encontramos en el pulmón; y, por el contrario, podrán residir en el pulmón, sin que los haya en ningún otro punto del organismo. Es por esto, que en las autopsias de los individuos muertos de laringitis tuberculosa hay que extender el examen al órgano pulmonar. Aparte ya de las lesiones laríngeas propiamente tales, no es raro encontrar en el cadáver un absceso perilaríngeo, más ó menos considerable.

Sintomatología.—En los comienzos del mal es sumamente obscura; nada hay que indique tuberculosis y el enfermo sólo ofrecerá el síndrome de una laringitis común, y así se pasan semanas ó meses hasta que aparecen los fenómenos característicos de la enfermedad que me ocupa. Claro está que este primer período es indefinido, no porque no haya allí la implantación tuberculosa, sino porque no da lugar á manifestaciones sintomáticas; después las cosas se acentúan y el enfermo ofrece los fenómenos típicos de su dolencia. ¿Cuáles son estos fenómenos? Lo regular es que haya alteración notable de la voz y que en un período de tiempo, mayor ó menor, el enfermo entre decididamente en el período afónico; y esto sucede porque las cuerdas vocales sufren, en más ó en menos, á consecuencia de la tuberculización.

También hay tos, tos que no falla, que existe siempre, siendo así que en la laringitis crónica no tuberculosa puede que no haya más que carraspera; tos que puede ser corta, breve, de una sola sacudida ó de accesos fuertes, pesados y molestos y aun convulsivos, en cuyo caso con gran facilidad la tos determina el vómito. Esta tos es además áspera, de un timbre especial, tanto, que con alguna práctica en el diagnóstico de esta afección sólo por oír toser al enfermo conocemos que padece una laringitis tuberculosa; recuerda un poco la de los niños que padecen el crup y también es comparable al ruido que pue-

de producirse soplando en una caña. Esta tos puede ser seca, en tanto no haya destrucciones de tejido en la parte, ó no se haya propagado el proceso á lo largo del tubo aéreo, no precisamente la propagación tuberculosa, sino un proceso simplemente catarral; en otros términos, aparece la espectoración cuando hay otro catarro bronquial concomitante. Pero así que hay desgaste del órgano, la tos es húmeda, aunque no haya otro proceso que el laríngeo; pero en este caso la expectoración no es abundante. Sin embargo, en estos enfermos hay una secreción de un moco, de una baba, que más bien es faríngea y bucal y que pudiera hacer creer en la existencia de abundante expectoración, ya que esta baba ó este moco es expulsado en cada sacudida de tos.

En la laringitis tuberculosa hay dolor en la parte, dolor que es casi siempre punzante y que aumenta comprimiendo el cartílago tiroides.

Hay, además, en estos enfermos dificultades en la respiración, sea que queda algo embargado el movimiento de la laringe, sea que se propague algo la lesión á las fauces. También hay dificultades de deglución y la disfagia llega en ocasiones á ser tan grande que el enfermo se condena, para evitar sufrimientos, á una dieta casi absoluta, lo que, como es de suponer, agrava el mal. El paso del aire por la laringe no siempre es difícil y puede quedar muy practicable hasta el punto de no percibirse soplo alguno, auscultando el órgano; pero en otros casos percibiremos un soplo que podrá llegar á ser muy intenso, si la dificultad de respirar es grande. Es también frecuente la disnea, que será muy considerable cuando el afecto se haya hecho descendente.

Si examinamos la parte encontraremos la laringe inyectada, contrastando con la palidez de las fauces y de la faringe; veremos los tubérculos á modo de erosiones granujientas más ó menos amarillas; la membrana mucosa ingurgitada en sus alrededores y es frecuente encontrar fruncidas las cuerdas vocales, presentando un aspecto denteado.

Hasta aquí los fenómenos locales: pero la laringitis tuberculosa da lugar á manifestaciones generales que conviene conocer. Desde luego estos enfermos sufren alteraciones descendentes del aparato respiratorio y van presentando el cuadro de una tuberculosis pulmonar; y, aunque así no fuese, la laringitis tuberculosa, *per se*, justificaria los fenómenos generales que describiré otro día, ya que los bacilos tuberculosos segregan sus toxinas que son pirógenas, engendradoras de calor, y por esto el enfermo está febril. Pero hay una asociación microbiana con las bacterias de la putrefacción, que producen tendencia á supuraciones, contribuyendo esto al movimiento pirético. En otros términos, la laringitis tuberculosa tiene una gran resonancia y da lugar á un movimiento febril que estudiaré, en detalle, al ocuparme de la tuberculosis del pulmón. Es entonces que el enfermo empieza á desnutrirse, que digiere mal, que tiene fuertes accesos de tos después de las comidas, lo cual da lugar al vómito, que presenta sudores, primero locales y que más tarde se generalizan, y el organismo entra en la fase éctica ó de consunción; de ahí que se apellide á esta enfermedad *tisis laríngea*.

Curso y terminaciones.—Es enfermedad de meses y años; pero la marcha es más terrible que en la misma tuberculosis del pulmón, por alto vuelo que ésta tenga, y su duración no es tan larga, de ordinario. La terminación puede ser distinta: ó viene una propagación de la tuberculosis á otros sitios, ó aparece una laringitis aguda, ó sobreviene el edema de la glotis; en otros casos acontece un percance terrible, y es la destrucción de la articulación de uno de los cartílagos, quedando suelto éste por el interior de la laringe, en cuyo caso el enfermo muere asfixiado.

Diagnóstico.—Podrá ser difícil en los primeros pasos de la enfermedad, pero después ya no. Desde luego, no la confundiremos con la laringitis crónica simple, que no es ulcerativa, que no es febril: todo lo contrario de la tuberculosa, que tiende al desgaste, á la destrucción, á la purulencia, y es además enfermedad febril, consecutiva,

ética. Las dudas son posibles entre la laringitis tuberculosa y la sífilítica, porejemplo, y aun en el supuesto de que no sepamos nada de los antecedentes del enfermo. Pero, tenemos datos para distinguirlos: la etiología y toda la anamnesis, nos ilustran mucho, y también el coexistir ó no manifestaciones sífilíticas en otros puntos; pero más que esto nos sirve la disposición de las lesiones: las sífilíticas no se diseminan como las tuberculosas: se limitan á un punto determinado, una cuerda vocal, supongamos. Además, las lesiones propias de la sífilis no son tan profundas y destructoras, y responden á la medicación, mientras que las tuberculosas evolucionan siempre progresivamente; de manera, pues, que si los sentidos no bastasen á distinguir de qué naturaleza es la enfermedad, su curso y la rebeldía ó docilidad al tratamiento bastarían para ello.

Menos fácil es confundir la tisis laríngea con la laringitis cancerosa, enfermedad que no podré tampoco estudiar aparte y que hoy ha entrado de lleno en el dominio de la Cirugía. Sea como fuere, diré que el cancerismo puede localizarse en la laringe, siendo la forma más común el epiteloma, y señalaré algunos datos para distinguirlo de la tuberculosis. En el cáncer no hay tendencia, en un largo período de tiempo por lo menos, á la generalización á que propende el afecto tuberculoso. En el cáncer las lesiones se operan hacia la parte hueca del órgano, habiendo aumento del mismo; en la tuberculosis, por el contrario, se opera desgaste hacia el armazón del órgano, llegando hasta á destruirse los cartílagos, conforme queda indicado. Examinando la región la vemos roja, con inyecciones y arborizaciones, en el primer caso, y hasta las fauces y la faringe se presentan inyectadas, cosa que no sucede en la tuberculosis. Efecto de estas mismas hiperemias, en el cáncer son frecuentes los esputos sanguinolentos, dato que no hemos visto tampoco en la enfermedad que me ocupa. El cáncer es propio de determinadas épocas de la vida, de los 60 y 70 años en adelante; el proceso tuberculoso es indiferente á la edad. En la tuberculosis laríngea hay tendencia pronta y fatal al estado ético; al

paso que los individuos con un cáncer viven robustos como si tal cosa, durante bastante tiempo; recuérdese sino el príncipe Federico de Prusia, y que poco tiempo después de su estancia en Barcelona, mostrando la robustez de un gigante, murió de un cáncer en la laringe.

Pronóstico.—Es grave, gravísimo, mortal. Todos los enfermos que yo he tenido ocasión de ver con tuberculosis laríngea han muerto, al paso que hay bastantes casos de curación de la tuberculosis pulmonar. El curso es más veloz y los enfermos sufren más todavía que en el proceso pulmonar.

Tratamiento.—Poco diré respecto de él. Se aplica al caso todo lo que referente á la tuberculosis pulmonar diremos en su día. Sin embargo, en corroboración de la inmensa gravedad de la tisis laríngea he de decir, que uno de los más poderosos recursos para combatir la tuberculosis del pulmón, la climatología, es aquí de todo punto ineficaz, y aun puede agravar al enfermo.

Como particularidad del caso diré que en la tuberculosis laríngea pueden emplearse medios que no sirven para la localización tuberculosa en otros sitios; me refiero á la aplicación de tópicos de acción comúnmente substitutiva: cloruro de zinc, el ácido láctico más ó menos concentrado, el mismo nitrato de plata y tal vez alguna cauterización con el gálvano-cauterio. Todo esto es muy lógico; pero la experiencia demuestra su ineficacia. Si quisiéramos echar el resto podríamos decir que cabe la extirpación de la laringe; esto en el terreno de los teorismos terapéuticos, pues si la tuberculización estuviese perfectamente localizada en la laringe, podría hacerse; pero ya he indicado que cuando hay tubérculos en la laringe los hay en el pulmón, y por tanto nada conseguiremos con esa intervención quirúrgica. Aparte de esto, claro está que hemos de atender á la medicación sintomática: á veces hay que usar un medio anestésico de las fauces por medio de una poción morfinada ó convendrá calmar los sudores, calmar la fiebre, etc.

EDEMA DE LA GLOTIS

Entendemos por edema glótico la infiltración serosa, sero-sanguinolenta ó sero-purulenta del tejido celular que existe por debajo de la membrana mucosa. Por el sitio que ocupa se divide en eñema supra-glótico, glótico é infra-glótico. El primero es el más común y el que va á ocuparnos. Radica en la parte superior de la laringe, invadiendo la epiglottis, la glotis y sobre todo los repliegues aritenopiglóticos y glosopiglóticos.

Etiología.—Es enfermedad aguda y consecutiva ordinariamente á otros procesos: sin embargo, no se puede negar que hay un edema protopático, cuya causa la encontramos en la influencia à *frigore*.

Esto es evidente, pues se han dado casos de personas que, sin ningún antecedente morboso y sólo por haber dormido al raso, v. g., han padecido un edema de la glotis, de la misma manera que hubiesen podido sufrir uno de la cara ó de los párpados. Otras veces es debido á la acción de un líquido en ebullición, que escaldando la mucosa, provoca un edema. Fuera de estos casos, es siempre consecutivo á la laringitis aguda y crónica de carácter flegmático, á las enfermedades de órganos próximos que pueden propagarse á la laringe, v. g., el cáncer faríngeo, el flemón retro-faríngeo y las anginas todas. También figuran las hidropesías y las afecciones que tienden á producirlas, pues se comprende que en un momento dado pueda infiltrarse la glotis: aparece también en el cáncer, en las afecciones de corazón, de la aorta, en la escarlatina, nefritis, etc.

Sintomatología.—Evoluciona el mal con brusquedad. En seguida aparece dificultad de respirar, en el acto de la inspiración, que es larga, laboriosa, difícil, produciéndose un ruido, como cuando el aire pasa por un conducto estrecho: el enfermo tira la cabeza hacia atrás, ó se sienta en la cama, ó apoya las manos contra algún objeto

para inspirar mejor. La expiración, en cambio, se presenta relativamente libre. ¿De qué depende esto?; fácil es comprenderlo. Los repliegues aritenos-epiglóticos, cuando se engruesan en virtud del edema, adquieren condiciones como de válvula que se cierra de arriba abajo; por consiguiente, al inspirar se aproximan, y de aquí las molestias que el enfermo experimenta; al paso que en la expiración se abren y el aire encuentra libre paso. La voz suele enronquecerse, porque si bien la lesión radica en la parte alta, como la laringe es tan pequeña, se extiende el catarro con facilidad á las cuerdas vocales, y de ahí la afofía. Al mismo tiempo, llevando la punta del dedo índice, cosa sumamente fácil, hasta la entrada de la glotis, se nota que no puede penetrar, por encontrar aquellas dos válvulas que le cierran el paso, constituyendo como una estenosis, siendo así que en estado normal sabido es que entra con facilidad. Estos son los fenómenos capitales del edema de la glotis: la respiración, las alteraciones de la voz, y las estenosis. Pero hay otros fenómenos consecutivos, que consisten en cierto color violáceo del rostro, con amoratamiento de los párpados, á consecuencia de la dificultad respiratoria, y esto ocurre sobre todo en los niños: las yugulares se ponen turgentes, el pulso débil, aunque frecuente; y de vez en cuando vienen crisis de disnea, que se hace cada vez más creciente, pudiendo morir el enfermo por asfixia.

Diagnóstico.—Por punto general es fácil; porque los fenómenos que hemos apuntado son gráficos, sobre todo cuando la anamnesis del enfermo indica la preexistencia de una laringitis aguda ó de una afección antigua de la laringe. Pero en algunos casos, por desarrollarse de una manera lenta ó por recaer en un niño, puede confundirse con el crup ó sea con la laringitis diftérica. Sin embargo, en esta enfermedad los fenómenos asfícticos se presentan al fin y son más lentos, en el edema hay contraste entre la inspiración y la expiración, á más de que los fenómenos asfícticos se realizan desde el instante que se produce el edema; y luego, como por el tacto podremos notar la estrechez de la glotis, se puede diferenciar una cosa de otra. Se dice que

la estrechez puede verse con el laringoscopio; pero esto sólo se escribe, porque lo que es en la práctica, ¿quién se atreverá á introducir el laringoscopio, en las pésimas circunstancias en que se halla el paciente?; claro, que si el enfermo tenía dificultad respiratoria, se agravaría mucho con tal inspección.

Pronóstico.—Grave; pues es una enfermedad ejecutiva, que puede producir la muerte en el espacio de horas. Sin embargo, es un lenitivo decir que, si bien la enfermedad es grave, poseemos grandes recursos para salvar al enfermo.

Tratamiento.—Suele apelarse, en primer término, á los vomitivos, mientras no haya una contraindicación; pues con ellos se produce un efecto mecánico, en virtud del cual puede expulsarse lo que hay en el aparato respiratorio, y se determina, al propio tiempo, una sedación que podrá oponerse á los espasmos laríngeos.

Otro medio es la aplicación de un fuerte revulsivo sobre la garganta, pintándola con tintura de cantáridas, ó aplicando la pomada de Gondret (cáustico amoniaco). Algunos han recomendado la aplicación del hielo, que obra como repulsivo de los tejidos y disminuye el engrosamiento de la mucosa. También se ha recurrido á las escarificaciones sobre la parte, por medio de un escarpelo *ad hoc*.

Esta última intervención, tiene el grave inconveniente de que la sangre se derrama en el interior de la laringe y aviva los actos reflejos, pudiendo ser este trastorno causa de la muerte del enfermo; resulta, pues, un procedimiento peligroso, que no recomiendo. También se ha hecho aplicación de las subtracciones sanguíneas; pero la verdad es que no producen efecto, porque el edema no es ninguna inflamación, sino una infiltración, en la mayoría de los casos, de serosidad. Servirán, sí, para combatir las enfermedades que hayan tal vez motivado el edema, por ejemplo, una laringitis aguda, pero contra el edema en sí, no son ventajosas; sin embargo, como el edema puede ocasionar fenómenos de congestión cerebral, en algunos casos, para disminuir la presión de los vasos cerebrales, se recurre á la aplicación

de sanguijuelas en las apófisis mastoides ó en el ano. Pero cuando todo esto falla y el enfermo se pone en peligro de muerte, el gran recurso es la *traqueotomía*, que no hay inconveniente alguno en practicar, y aun no esperando á que el enfermo se ponga ya agónico, pues quizás no llegaríamos á tiempo de salvarlo. Es el edema de la glotis, sin disputa, la enfermedad en que más indicada está esta operación, y en la que más brillantes resultados produce.

ENFERMEDADES DE LOS BRONQUIOS

BRONQUITIS

Es el catarro de la membrana mucosa de los bronquios

Se subdivide en bronquitis aguda y crónica: la aguda, á su vez, en simple y capilar. Bronquitis simple es la que radica en la mucosa que reviste los grandes bronquios, de 1.º, 2.º y 3.º orden. La capilar asienta en la mucosa de los pequeños tubos, hasta la proximidad de los alveolos del pulmón.

Algunos autores entienden, y tal vez no entiendan mal, que es difícil comprender que, un proceso que se extiende hasta las últimas ramificaciones bronquiales, no se corra á las vesículas del pulmón; de ahí que digan que á la bronquitis capilar debiera llamársela *bronco-pneumonía*. Hay algunas razones de orden anatómico, que hacen suponer que puede establecerse una valla. Niemeyer, distinguido patólogo, testifica que el epitelio que reviste las vesículas, es distinto del que cubre los bronquios, y no sólo hay esto, sino que hasta la circula-

ción es distinta. Con todo, la clínica, que es el gran libro, dice que, con facilidad suma, los enfermos de bronquitis presentan también alterados los alveolos, desarrollándose procesos pneumónicos concomitantes, por cuya razón no estaría mal llamarla bronco-pneumonía.

BRONQUITIS SIMPLE AGUDA

Etiología.—Entre las causas hay que admitir la influencia individual, pues hay personas que fácilmente sufren bronquitis, y tienen tres ó cuatro cada año, al paso que otras raras veces las padecen. Constituye carácter de aquellos individuos, el linfatismo y el régimen de vida viciado, ya por cuidarse demasiado, temerosos del aire, ya por ser disparateros en sentido contrario. La influencia estacional es innegable, lo propio que los enfriamientos, por lo cual las bronquitis simples son más frecuentes en invierno que en verano. Respecto á si se desarrolla por la influencia del frío, ó si la bronquitis es de origen parasitario, y la temperatura baja no hace más que favorecer la evolución del microbio, nada diremos en contrario, pero siempre resultará palpable la relación entre las bronquitis y el frío. Las hay que se originan por esfuerzos fonéticos ó por respirar una atmósfera irritante; también aparecen en el curso de procesos infectivos (sarampión, escarlatina, viruela, fiebre tifoidea, fiebre puerperal), y en el curso de afecciones cardíacas y hasta en el de una laringitis aguda.

Anatomía patológica.—Hay un trabajo de vascularización en la membrana mucosa, con arborizaciones y tumefacción. En los primeros momentos la mucosa está seca, pero al cabo de dos ó tres días, empieza la secreción de un moco claro que después se espesa, presentando una esfoliación de los epitelios, una verdadera descamación, rápida y abundante, pero que se renueva con grandísima facilidad.

Sintomatología.—Hay tos con timbre especial y muy conocido; al principio es seca y suele venir solicitada por una sensación

de sequedad, de ardor, ó de cosquilleo en la laringe; pero, al cabo de cuatro ó cinco días, se humedece, expectorando los enfermos un moco como goma, claro al principio y espeso y amarillento después. Si se le examina en la escupidera, ofrece espuma con burbujas grandes, así como moco salival abundante y aireado. La voz, á menos que haya catarro laríngeo concomitante, no está alterada. En algunas ocasiones, aparte de la tos, no se producen molestias de ningún género; en otras, los enfermos refieren una sensación de peso en la región esternal, ó de ardor, y hasta algunos sienten el contacto frío del aire que respiran. La percusión es negativa, así como la auscultación, sobre todo en los primeros períodos, cuando la tos es todavía seca; pero después, así que comienza la secreción, se puede percibir al nivel de la tabla del pecho algún estertor de grandes burbujas, debido á las mucosidades que se mezclan con el aire que va entrando.

Por regla general, el enfermo puede guardar en la cama todos los decúbitos; sin embargo, á veces obliga á adoptar la posición horizontal, para que no se produzca disnea. Además de estos caracteres, hay los propios de una catarral: inapetencia, quebrantamiento de huesos y, á veces, ligera fiebre.

Curso y terminaciones.—Es una enfermedad de curso breve, bastando seis ó siete días para que desaparezca, sobre todo si ha sido debidamente cuidada; pero alguna vez, por descuido ó por causas desconocidas, el catarro se corre á los pequeños bronquios determinándose una bronquitis capilar ó también puede ocurrir que la bronquitis simple aguda se haga crónica.

Diagnóstico.—No es posible, en modo alguno, confundirla con las dos enfermedades estudiadas, pues en la laringitis sabemos que hay alteraciones de la voz y la tos es seca; mientras que en la bronquitis, si bien es verdad que al principio la tos es seca, después se hace húmeda y la voz no se altera, aparte de que en ella la inspección de la laringe puede ser negativa, y si el enfermo acusa alguna molestia, la refiere á la región esternal. Confundirla con un edema de la glotis, á nadie se le ocurre.

Pronóstico.—En la inmensa mayoría de casos es leve: sólo cuando se vea que la bronquitis simple se corre á los pulmones, se modificará el pronóstico acentuándolo; lo propio que cuando se hace crónica, en cuyo caso puede fácilmente abrir la puerta á la tuberculosis.

Tratamiento.—Si la bronquitis va acompañada de todo el aparato sindrómico y de fiebre, hasta que ésta cese y hasta que el catarro madure, es decir, hasta que se espese la secreción, bueno será que el enfermo guarde cama, se adiete algún tanto y tome bebidas teiformes. Muchas veces con esto sólo queda curada la bronquitis. Aparte de estos medios podemos recomendar el uso de los sudoríficos todos, desde los povos de Dower hasta el espíritu de Mindereio; así como los preparados de antimonio insolubles; y ya es clásico el uso del óxido blanco de antimonio, ó biantimoniato de potasa, ó antimonio diaforético, pues que con todos estos nombres se le conoce. También puede usarse el clorato potásico, y si hay molestias se podrá administrar un preparado calmante de opio. Surten buen efecto los balsámicos en el período de declinación, cuando el moco se espesa.

BRONQUITIS CAPILAR

Reconoce las mismas causas que la bronquitis simple, que no repetiré; añadiendo tan sólo que es proceso común en los niños más que en los adultos, y en los primeros, sobre todo, en la época de la lactancia y de la dentición.

Anatomía patológica.—Es también la misma, sólo que en la capilar la lesión reside en la mucosa de los pequeños bronquios. Estos se encuentran como ingurgitados, y con sequedad al principio, siguiendo después la secreción de un moco claro que va más tarde espesándose. No se crea, empero, que las lesiones quedan circunscritas á los pequeños bronquios, sino que los grandes también participan: por manera que la bronquitis capilar es una bronquitis total.

Como los bronquios en sus últimas ramificaciones tienen un calibre muy pequeño, resulta que este catarro llega á producir la obstrucción de los tubitos. Al practicar la autopsia, encontramos libres los alveolos; además las lesiones se generalizan de tal suerte que apenas queda un bronquio indemne. Este es un dato que conviene tener presente, porque sirve para distinguir las bronquitis de la pulmonía fibrinosa y hasta de las bronco-pneumonías.

Sintomatología.—En los niños es donde se despliega el conjunto sintomático más que en los adultos. En aquéllos supone una gravedad mayor que si se tratara de una pulmonía; al paso que en los adultos no sucede así. Los enfermos se presentan en decúbito supino, ó algo incorporados, pero no adoptan nunca decúbitos laterales, y la razón es obvia: ya dijimos que las lesiones eran simétricas, y, por tanto, únicamente adoptando la posición horizontal se sostiene cierto equilibrio respiratorio. La respiración es frecuente y corta; y hay más ó menos dificultad de respirar según la violencia del catarro y según la edad: cuanto más joven sea el enfermo más disnea; por eso en los niños la disnea puede ser muy graduada, llegando á contarse, por minuto, treinta, cincuenta, y más respiraciones, en vez de las diez y ocho normales. Cuando es mucha la disnea, el tórax se mueve poco, y la respiración se hace abdominal. Los enfermos no acusan dolor, en el sentido literal de la palabra, pero sienten agobio y viva molestia durante los esfuerzos de la tos, al nivel de las últimas costillas falsas. La tos es seca, breve, rápida, durante dos ó tres días, pasados los cuales el enfermo expectora un humor mucoso así como goma y poco aireado, al revés de lo que sucede en la bronquitis simple. Puede ser que haya en ellos alguna hebra de sangre sin importancia. La voz es clara, pero la palabra se hace difícil.

Por la percusión se encuentra sonoro el pecho, excepto cuando la bronquitis se complica con una bronco-pneumonía, ó con congestión pulmonar, en cuyo caso hay opacidad. Aplicando las manos á la superficie del tórax, mientras el enfermo habla, con el fin de percibir la

vibración torácica, se encuentra normal, excepción hecha de cuando se presentan focos de bronco-pneumonía, ó cuando hay grandes focos de congestión en las bases, que entonces está aumentada.

Por lo que respecta á la auscultación, se observa que en los primeros días, antes que se presente el trabajo secretorio, no hay estertores, ni ruidos nuevos en el interior del aparato respiratorio: se nota solamente que el murmullo vascular es áspero, porque al enfiar el aire por los bronquios frota contra las asperezas de la mucosa bronquial. Cuando empieza la secreción entonces se perciben los estertores, debidos á la mezcla del moco y del aire. Esos estertores se caracterizan por estar diseminados por todo el pecho, á derecha é izquierda, delante y atrás; también porque en un momento dado, no se percibe un solo estertor, sino varios, así en un punto un estertor sibilante, en otro un estertor ronco, en otro sitio estertor submucoso ó todos á la vez: además, cuando se ausculta una zona determinada, por largo rato, se pueden percibir los tres indicados estertores que se van sucediendo; por manera que en el mismo punto, ora se percibe un silbido, ora un ronco, ora un estertor submucoso, y no sólo esto, sino que cuando el enfermo tose, los estertores que sentimos en un punto determinado del pecho se modifican en virtud de la sacudida que ocasiona el desprendimiento del moco de aquel sitio, á lo cual se debe que aparezcan y desaparezcan los estertores. Esto sirve para distinguir la bronquitis de la pneumonía, porque en ésta los estertores se producen siempre en un mismo sitio, en un lóbulo, por ejemplo; en una palabra: los estertores de la bronquitis capilar se caracterizan por su variedad y movilidad.

En la bronco-pneumonía ó en la congestión pulmonar, al auscultar, la voz resuena y se percibe en aquel sitio la llamada *broncofonía*, lo cual no se observa en la bronquitis. Hé ahí, pues, los fenómenos físicos directos de la bronquitis capilar.

Pero después desarrolla otros trastornos, y entre ellos la fiebre, con gran frecuencia de pulso y con temperaturas de 38°, 39°, y 40°

La pneumonía desarrolla más temperatura quizás que la bronquitis, pero en cambio en ésta el pulso es más frecuente, tanto, que á veces con una temperatura de 38° , el pulso late 120, 140 veces, y á veces hasta 160, 180, por minuto, en los niños; pulso, por consiguiente, veloz, fuerte, ínterin no haya dificultad de respirar, porque cuando hay disnea la presión interna cardíaca se halla muy aumentada, y no puede contraerse el corazón con desembarazo. Se presenta cefalalgia, agitación, sueño intranquilo, inapetencia; la piel al principio seca, se humedece más tarde, cubriéndose, á veces, de sudor profuso: la orina es escasa, encendida y con depósito de uratos.

Curso y terminaciones.—Se sostiene este cuadro cinco ó seis días y entonces pueden ocurrir dos cosas: ó que venga una terminación lenta y gradual, disminuyendo los síntomas apuntados, desapareciendo los fenómenos generales, y reponiéndose el enfermo; ó al revés, la elevación térmica va en aumento, el pulso es de cada vez más frecuente y débil: en una palabra; aparece la asfixia, el enfermo está pálido, con los párpados cianóticos, lo propio que los labios y las uñas; soñoliento, agónico, hasta que al fin sucumbe. Esta bronquitis no tiende á la cronicidad; ó se resuelve ó causa la muerte del enfermo.

Diagnóstico.—No puede confundirse con las enfermedades estudiadas hasta aquí. Con la bronquitis simple, en modo alguno, porque ésta permite que el enfermo guarde todos los decúbitos; además no produce estertores, y si los hay se encuentran en la parte superior del pecho: el esputo es espumoso y no hay fiebre, ó en caso que la haya es remisa. Mucho menos podrá confundirse con la laringitis aguda y edema de la glotis, pues éstas son enfermedades laríngeas, y no vienen acompañadas de estertores.

Pronóstico.—Se ha de formar teniendo en cuenta la edad del individuo. El adulto, libre de afecciones antiguas de pecho y de afectos cardíacos que compliquen su estado, se verá libre de ella siempre que emplee un tratamiento adecuado. En los niños no sucede así: se

ha de formar siempre grave, pues el peligro es mucho: y seguramente que la mayor parte de los clínicos están conformes en que es preferible una pneumonía á una bronquitis capilar; y se comprende, pues en la pneumonía hay una zona, un lóbulo obstruído, quedando libre el resto, por lo cual la disnea no es tan intensa, al paso que en la bronquitis capilar todo el tubo está estrechado, y de ahí la asfixia, sobre todo en los niños, que tienen escasa tendencia á toser y menos á expectorar.

Tratamiento.—Casi es ocioso decir que los enfermos deben guardar cama y adietarse, pero no á dieta absoluta, sino sometidos á una alimentación parca, á base de caldo y leche. Conviene el uso de bebidas teiformes, para facilitar el sudor. Deben estar moderadamente abrigados, procurando que respiren una atmósfera templada. La farmacología es vasta. Se recomiendan los sudoríficos, dando la preferencia á los polvos de Dower; pero como es sabido que contienen opio, los substituiremos por los amoniacaes ú otros medicamentos que promuevan el sudor, siempre que el bronquítico esté soñoliento por la misma dificultad de respirar. Los antimoniales, especialmente los insolubles, óxido blanco de antimonio y quermes, pero también el tartrato de antimonio y potasa, pueden aconsejarse contra la bronquitis. El tártaro estibiado puede emplearse en el adulto á dosis vomitiva, cuando conozcamos que hay gran cantidad de moco entretenido; puede también darse á los niños, pero con discreción suma, puesto que produce efectos de colapso terribles, y la situación queda, como es natural, más agravada. Para los niños se recomienda el protocloruro de mercurio, sobre todo cuando se trata de una bronco-pneumonía; pero debe darse á dosis corta, alterante. El benzoato de sosa también se usa. Algunas veces la violencia de la fiebre obliga á intervenir con la digital. Por poco que disminuyan las fuerzas, y esto lo conoceremos en el pulso, es conveniente ir en busca de los estimulantes, el carbonato amónico sobre todo, y el alcohol rectificado. Viene el momento en que nos vemos obligados á administrar un vomitivo, y esto pasa en

los niños, principalmente, cuando tosen poco y están muy agobiados, en cuyo caso daremos la ipecacuana, ó el tártaro estibiado, si se trata de un adulto. Tengo para mí, que es un recurso superior para combatir las bronquitis graves, la aplicación de vejigatorios sobre el pecho, debajo de las clavículas ó en la línea axilar. Pueden aplicarse seis ú ocho, y hacen el efecto de una gran ventosa que mantiene la acción refleja tan necesaria para la producción de la tos y de la expectoración.

BRONQUITIS CRÓNICA

Etiología.—Es frecuente, sobre todo en la edad madura y hasta en la senectud. A más de la edad, influyen en su producción ciertas profesiones: el fumar, el beber, respirar atmósferas irritantes, etc. Viene también ligada con afectos generales crónicos; herpetismo, reumatismo, gota, y con afectos del aparato circulatorio, pues hay muchos cardiopáticos que mantienen un estado permanente de catarro bronquial.

Anatomía patológica.—Las lesiones son sencillas, mientras no ocasione otros procesos de entidad que estudiaremos aparte; pero cuando se presenta genuina y sin complicación, la mucosa está encendida en los bronquios de 2.º, 3.º y 4.º orden; pero la coloración tiende á la lividez, pues en las lesiones crónicas, las mucosas se ofrecen siempre con una coloración más vinosa que en las agudas. Hay tumefacción, con descamación epitelial; pero hay una forma en la que ningún exudado se produce.

Sintomatología.—Pueden variar según la forma del catarro: si es seco la tos será seca, y si húmedo, húmeda. El esputo es unas veces aireado, como en la bronquitis aguda simple; otras veces es más verde, como el de los viejos, y representa el máximo de secreción de la mucosa, sin sangre y sin esos desperdicios que se observan en los

afectos pulmonares. La tos, de ordinario, es más intensa por la mañana, cuando el enfermo se despierta. No hay gran disnea y puede el enfermo entregarse á sus quehaceres ordinarios. La voz natural. En el acto de la deglución suelen venir algunos accesos de tos. Si se ausculta, se nota la respiración un poco ruda, y si existen estertores son sibilantes ó roncós. El enfermo está apirético: presenta el aspecto general de sanidad, y conlleva esta afección años y años sin consecuencias. Pero hay casos de entidad mayor, que dependen de la propagación del catarro á los tubos pequeños, en cuyo caso la tos es muy continua y hasta convulsa; vienen violentas sacudidas de tos y el enfermo se pone encarnado, se le hinchan los vasos del cuello y de la cara, y hasta pueden determinarse vértigos. La tos aumenta cuando quiere el enfermo andar aprisa ó subir pendientes algo acentuadas, y se presenta en este caso la disnea. En la cama pueden guardar todos los decúbitos, sin embargo de que tienden á adoptar el supino. La percusión es negativa; y si al auscultar se percibe un murmullo áspero es debido á que al enfilar el aire por el interior del tubo, como éste tiene la mucosa ingurgitada, raspa un poco.

Curso y terminaciones.—Es enfermedad de larga duración: hay quien la sostiene toda la vida. Se mitiga en verano y se agrava en invierno. Puede terminar por resolución ó puede subsistir largo tiempo sin quebranto de la salud; pero otras veces el catarro se generaliza á los pequeños bronquios, dando lugar á broncoectasia ó á la pulmonía crónica, ó á accesos de asma, ó á lesiones orgánicas del corazón; y se concibe que sea así, por la dificultad de la circulación en la arteria pulmonar, que trae agobiado el ventrículo derecho; y aun puede dar lugar á una cardiectasia. Esta última terminación es la más común, y la más terrible, pues casi no hay bronquitis crónica que no determine afectos cardíacos.

Diagnóstico.—No puede confundirse con la laringitis crónica, porque en la bronquitis la voz es natural y el enfermo acusa los trastornos en la región del pecho, mientras que en aquélla la voz está al-

terada, y con el laringoscopio pueden verse las lesiones de dicha región; de modo que entre esas dos afecciones no es posible, en manera alguna, la confusión. Se puede confundir, sí, con una pulmonía crónica ó con una afección cardíaca: si bien no hay más que explorar la región precordial para saber si la afección radica en el corazón ó en otro sitio.

Pronóstico. — La bronquitis crónica en los viejos va siempre ligada con una cardiectasia, por cuya razón es incurable. En general, el pronóstico puede acentuarse un tanto, aun cuando se trate de individuos jóvenes, puesto que no hay duda que muchas veces las bronquitis abren las puertas á la tuberculosis. Es por esto, que los individuos que tengan condiciones favorables para el desarrollo de dicho proceso tuberculoso, deben cuidarse más, y esa sola contingencia exige la formación de un pronóstico más grave.

Tratamiento. — Conviene que, en lo que quepa, se substraigan á aquellas causas que puedan producir procesos agudos: procurar no acatarrarse, arropándose, y antes de tiempo si conviene. Si se trata de una persona acomodada debe aconsejársele que cambie de país, que se traslade á uno de esos sitios en donde, gracias á la fijeza termométrica, el ambiente es primaveral. Es muy útil llevar siempre bien abrigada la piel, usando camisetas de algodón en verano, y de lana en invierno.

Hay una porción de sustancias que tienen acción directa sobre la mucosa de los bronquios, como son todos los balsámicos y las resinas todas: de ahí el uso del bálsamo del Perú, del de Tolú, jarabe de brea, benjuí, jarabe de trementina, aceite esencial de trementina, aceite de sándalo ó de eucaliptus, creosota, etc. También es útil el clorato potásico, el benzoato de sosa, el ácido benzoico, las aguas sulfurosas todas, y las inhalaciones de atmósferas más ó menos saturadas de los principios que acabo de indicar: de ahí, que, no deban limitarse los enfermos á beber aguas sulfurosas, sino que conviene que respiren atmósferas saturadas del mismo gas.

Sería interminable la lista que puede formarse con las substancias recomendadas; pero conviene agregar á la suma otros medicamentos de cierta importancia, como el felandrio, la polígala, la masa pilular de cinoglosa, de estoraque, de Morton, etc.

BRONCOECTASIA

Consiste, como la palabra indica, en la dilatación de los bronquios.

Etiología.—Es una enfermedad crónica; casi siempre consecutiva á distintos procesos. Hay, sin embargo, una condición individual que hace fácil la dilatación de los bronquios, y es cuando la energía de la fibra del tejido bronquial está disminuída; por eso es común en los viejos y en los niños, porque en los dos extremos de la vida, la fibra brónquica tiene escasa resistencia. Aparte de esto, las causas suelen ser: los catarros de los bronquios, las bronquitis crónicas, porque ya señalamos tiempo atrás una ley que dice: "que los catarros tienden, en general, á producir estados paréticos de la capa subyacente;" el tejido pierde su elasticidad y de aquí la broncoectasia. Con todo, se ven algunos casos, en los que no depende de una bronquitis sino de una lesión de la pleura ó del parénquima pulmonar, por ejemplo, la esclerosis pulmonar, ó la pleuresía con adherencias de las hojas parietal y visceral, pues en estos casos el pulmón, retraído sobre las costillas, facilita la dilatación mecánica de los tubos.

Anatomía patológica.—La anatomía patológica, demuestra que las lesiones se desarrollan principalmente en los tubos de segundo y de tercer orden; así es que la primera bifurcación de los grandes bronquios casi nunca se dilata. Y no se trata de la dilatación de un solo bronquio, sino de varios; dilatación que no siempre es igual, sino que se acentúa más en unos que en otros. Aparte de esto, puede un tubo dilatarse uniformemente, quedando cilindróideo, ó bien se puede pro-

ducir una dilatación fusiforme. El tubo presenta alteraciones tróficas de sus elementos constitutivos: las fibras se dilatan, y como son la causa de la fuerza retráctil, de ahí la falta de acción de la misma. La membrana mucosa está enferma, no sólo en el punto de la dilatación, sino en los demás: de modo que hay catarro bronquial más ó menos generalizado. Esta dilatación, por lo mismo que puede ser considerable, se convierte en un hueco en el que queda retenido el moco que se va segregando. Además, se presentan lesiones en el parénquima pulmonar, y se concibe: porque el pulmón se ve comprimido entre la caja ósea y la dilatación interior brónquica. Como hay embargo de la sangre procedente del corazón derecho, se determina una cardiectasia.

Sintomatología.—Como la broncoectasia es un proceso raras veces primitivo, resulta que, antes de padecer la dilatación, ya el enfermo sufría afectos crónicos de pecho; además, esta enfermedad no se puede diagnosticar en tanto la dilatación no llegue á cierto límite, por cuya razón, para comprender mejor los síntomas, nos fijaremos en un caso de dilatación bien patente. El primer síntoma característico, consiste en la aparición de accesos de tos, que se repiten con intervalos más ó menos grandes; el primero aparece por la mañana, antes de despertar, suele ser intenso y viene acompañado de la expulsión de un exudado considerable. Hemos dicho que en el trayecto del bronquio se forma una cavidad que va llenándose de moco, por lo tanto, al toser y expectorar queda libre el bronquio, hasta que vuelve á llenarlo la secreción; y así sucesivamente. Examinando los esputos observamos que son muy abundantes y espesos, sin burbujas de aire y de una coloración amarilla ó amarillo-verdosa; no están separados unos de otros, sino que forman una masa común. Aparte de la cantidad y de las condiciones físicas del moco, la expectoración es algo fétida, á causa de la fermentación valeriánica ó de la butírica. ¿Y por qué fermenta? Sencillamente: porque queda en depósito una ó dos horas dentro del bronquio dilatado, con la temperatura natural del cuer-

po, que facilita la fermentación; por consiguiente, es posible que aquel depósito se descomponga y que hieda el esputo, no á distancia y con aquel olor aliáceo propio de la gangrena capilar de los bronquios, ó de la pulmonar, sino con mucha menor intensidad. Estos esputos están constituídos por moco en gran cantidad, células epiteliales, enorme cantidad de mucina, algunas veces glóbulos blancos, y un número inmenso de vibriones, que no tienen todavía un carácter botánico, bien clasificado.

El enfermo, momentos antes del acceso de tos, se siente un poco agobiado y oprimido, porque los bronquios están ocupados por el moco; pero viene el acceso, y entonces, por efecto del desocupo de los mismos, la respiración es más libre, más fácil y el paciente se siente mejor.

Respecto á la exploración del pecho, muchas veces nada notamos, y dígame lo que se quiera en contra, pues una cosa es escribir en los libros y otra apreciar lo escrito á la cabecera de los enfermos. A veces la exploración permite descubrir los caracteres de una bronquitis crónica ó de una pneumonía intersticial, y nada más. No obstante, si por casualidad se dilata un bronquio, en un sitio próximo á la caja torácica, se puede percibir al nivel de aquel punto, algún fenómeno cavitario: así, si percutimos la zona correspondiente á la dilatación, antes que el enfermo tosa, la encontramos opaca, percibiendo el ruido que en Patología General se llama de *olla cascada*, y si practicamos la percusión después del acceso, la encontramos sonora. Auscultando, antes de la tos, se percibe un gorgoteo, que desaparece después del mismo acceso; pero, en cambio, aparece entonces la respiración anfórica.

Cuando la dilatación radica en una región más central del parénquima pulmonar, es imposible percibir esos fenómenos. Según sea la dilatación, el enfermo tiene más ó menos disnea, guarda en la cama todos los decúbitos, y está apirético. (Esto es un dato de grandísima importancia para distinguirla de la pulmonía).