

LECCIÓN 34.

Histerismo.

Sinonimia. — Histéria. — Pasión histérica. — Sofocación uterina. — Extrangulación. — Epilepsia uterina. — Vapores. — Mal de nervios.

Definición. — Neurósis casi exclusiva del sexo femenino que se reproduce por accesos, caracterizados unas veces por la sensación de una bola que desde un punto del vientre subiese á la garganta y produjese una sensación de extrangulación ó de constricción, y otras por convulsiones generales violentas ó irregulares, acompañadas de pérdida más ó menos completa del conocimiento.

Historia. — Data de época muy antigua la descripción de esta neurósis; no tan solamente se encuentra citada en muchos de los libros de Hipócrates, sinó que hasta á los filósofos antiguos habia llamado la atención, quienes le atribuyeron causas por demás ridículas, refutadas por Galeno. No obstante, para encontrar una descripción más detallada de esta enfermedad, es preciso llegar á Hoffmann, el cual en su memoria la separa de todas las enfermedades nerviosas, con las cuales la habian confundido sus antecesores. Después de él han aclarado diversos puntos de su historia, Whytt, Tissot, Astruc, Louer, Villermay, Georget y Dubois. Modernamente ha sido estudiada de un modo más completo por Briquet, Trousseau, Charcot, Rosenthal, Bourneville y Bouchard.

Etiología y Patogénia. — Creíase antiguamente que sólo

podía la histérica atacar á las mujeres pero Lepois, Briquet y más recientemente Aussilloux han demostrado su existencia en el hombre; no obstante, es mucho menor su frecuencia en éste que en la mujer. En general, se desarrolla en la pubertad (10 á 20 años). Influencia de la herencia, la educación y de las profesiones: La antigua opinión, que atribuía esta neurósis á la continencia, es absolutamente falsa. Hechos que prueban su falsedad. Relaciones entre el histerismo y el estado fisiológico de los órganos genitales.—Causas determinantes: impresiones morales (melancolía, contrariedad, sustos, reveses de fortuna, impresiones sensitivas desagradables sobre la vista, el olfato, el oído, etc.) la imitación, el contágio nervioso y la influencia epidémica.

Sintomatología.—Dificultades que presenta la descripción sindrómica de esta neurósis. Puede revestir dos formas: una convulsiva y otra no convulsiva; la primera se presenta por ataques, los cuales se comportan de distinta manera según los casos, pudiendo describirse de ellos dos variedades: el histerismo común vulgar ó *pequeño histerismo* y el *gran histerismo*, *histerismo epileptiforme*.

A. *Pequeño histerismo.*—El ataque vá generalmente precedido de prodromos: bostezos, palpitaciones, laxitud, malestar, risas y llantos sin motivos, constricción del tórax y del cuello (bolo ó clavo histérico) y empieza por un *aura* que puede ser completa é incompleta. Carácter distintivos de una y otra parte. Grito y caída de la histérica. Pérdida del conocimiento, aparente, en general; en los casos graves es completa. Dispnea. Aspecto del rostro: la cara es vultuosa é inyectada pero guarda su expresión habitual. Movimientos convulsivos: esencialmente clónicos,

muy extensos y desordenados. Duración del ataque: varía de algunos minutos á muchas horas. Terminación: por lloros ó por risa falsa, nerviosa, convulsiva. Frecuente repetición de los ataques.

B. *Gran histerismo, histerismo epileptiforme, ataque histero-epiléptico.* — Es ménos frecuente que el *pequeño* y difiere de él, en que el ataque comienza por una convulsión epileptiforme. La crisis empieza ordinariamente por un aura como la del *pequeño histerismo* y vá precedida de los mismos prodromos. División en cuatro períodos: 1.º *epileptóide*, simula por completo un ataque epiléptico.—Duración.—2.º período: es francamente histérico; la enferma toma las posiciones más extravagantes, (período de las contorsiones ó *clownismo* de Charcot). 3.º período ó de las *actitudes pasionales*: describe escenas de amor, vé flores, oye música, vé un enemigo, etc. 4.º período, terminal, post-histero-epiléptico (Charcot): alucinaciones visuales pavorosas (ratones, víboras, animales negros). Estos períodos pueden confundirse algunas veces, predominando uno ú otro según los casos. — El ataque histero-epiléptico puede revestir otras formas más raras: *cataléptica* (Laségue) *sincopal* (Briquet) y *letárgica*.

Histerismo no convulsivo.—Manifestaciones histéricas no convulsivas: pueden ser de la motilidad, de la sensibilidad, de la inteligencia y de la circulación, nutrición y secreción. —De la *motilidad*: parálisis y contracturas. Carácter de unas y otras. —De la *sensibilidad*: hiperestésias; *neurálgias* (dermálgia, clavo histérico, cefalálgia, raquiálgia, convulsión, dolor epigástrico, etc.) y anestésias: por lo regular localizadas bajo la forma de hemianestésia. Investigaciones de Burcq.—De la *inteligencia*: impresionabilidad excesiva

á todo género de excitaciones. Estos desórdenes psíquicos pueden llegar á la verdadera vesania.—*De la circulación, nutrición y secreciones:* palpitaciones, erupciones cutáneas (acné, ectima y urticaria) hemorrágias por la piel ó por diversos órganos internos, fiebre (Briand) poliúria, iscúria, oligúria, galactorrea, etc.

El histerismo en el hombre.—Hoy dia está perfectamente demostrado.

Curso, duración y terminaciones.

Diagnóstico.—Debe hacerse primeramente del convulsivo y luégo del no convulsivo.

Pronóstico.

Tratamiento profiláctico y curativo: para cumplir el segundo, debemos dirigirnos primeramente á combatir la causa si es posible. Los antiespasmódicos en la histéria. Indicaciones de los narcóticos y de los anestésicos. Id. de la hidroterapia y electroterapia. Idea general de la metaloterapia. Importancia del tratamiento moral. Medios para combatir el ataque. Importancia del hierro y de los tónicos neurosténicos en el tratamiento del histerismo. Valor terapéutico del cloruro de oro y de sódio.

LECCIÓN 35.

SECCIÓN SEGUNDA.

Enfermedades del aparato respiratorio.

Consideraciones generales anátomo-fisiológicas.

Enfermedades de las fosas nasales.

CORIZA.

Sinonimia.—Rhinitis.—Catarrro de la pituitaria.—Reuma del cerebro.—Rhinorrea.—Gravedo.—Romadizo.

Definición.—Inflamación de la membrana mucosa pituitaria, que se extiende más ó ménos á las mucosas inmediatas.

Divisiones.—Agudo y crónico; simple y diatéxico.

Anatomía patológica.—En el agudo existen dos periodos uno hiperhémico y otro exudativo; y en el crónico, uno supurativo y otro ulcerativo.

Patogénia y etiología.—Los enfriamientos, la supresión brusca de la transpiración, las variaciones atmosféricas, cuerpos extraños, sólidos, líquidos y gaseosos introducidos en las fosas nasales y las fiebres exantemáticas, como el sarampión y la escarlatina en el agudo. En el crónico las enfermedades diatéxicas: herpetismo, escrofulismo y sífilis (1).

(1) Es siempre difícil establecer el diagnóstico diferencial entre el coriza simple y el de origen sífilítico; algunos hechos observados, nos permiten sentar en principio la sospecha de sífilis hereditaria en los casos de coriza crónico del recién nacido. En

Sintomatología.—Coriza agudo: malestar general, escalofríos, cefalalgia frontal, estornudos, coloración de la mucosa nasal y del lábio superior, voz nasal, sensación de compresión y obstrucción de la cavidad; sequedad ó acrínia al principio, hipercrinia ó secreción después.—Caractéres del moco segregado. Propagación del catarro á las mucosas vecinas.—Coriza crónico: se desarrolla después del agudo ó se presenta desde su principio de un modo lento y su síndrome es algo más remiso en intensidad que el agudo.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Para corregir un coriza agudo no muy intenso basta abrigarse bien y guardar cama. Cuando es violento los baños rusos. Williams aconseja la abstención absoluta de bebidas durante 36 ó 48 horas después de haber administrado un purgante. Ivonneau la obstrucción del orificio anterior de la fosa nasal enferma por medio de una torunda de hilas empapadas en colodión. La aspiración de agua helada, los vapores amoniácales, los polvos de valeriana, ipecacuana, regaliz, subnitrate de bismuto, clorhidrato de morfina y el rapé se aconsejan para abortar el coriza agudo. El Dr. Rudolphi recomienda el mascar las hojas secas de *eucaliptus* y tragarse la saliva. En el cori-

todos ellos hemos visto coincidir el coriza con un estado particular de los labios muy característico, que consiste en la aparición de pequeñas ulceraciones al nivel de las comisuras labiales cubiertas de una película bastante gruesa, fisuras y á veces excoiaciones de un aspecto especial en la parte média de ámbos labios, al nivel de los surcos que limitan el lóbulos medio de la nariz. La administración directa de los mercuriales bajo la forma de licor de Van-Swieten á la dosis de un miligramo ha desvanecido las dudas diagnósticas, influyendo ventajosamente sobre la enfermedad. (N. del A.)

za crónico combatir las diátesis. El yodoformo recientemente empleado por Heber con tan buenos resultados, todavía no hemos tenido ocasión de ensayarlo.

OZENA.

Sinonimia.—Coriza ulceroso.—Úlcera fétida de la nariz.—Rhinitis ulcerosa.—Hedor de las narices.—Disodia.

Anatomía patológica.—Descripción de las úlceras nasales.—Aspecto especial de la nariz.

Etiología.—Casi siempre está sostenido por las diátesis escrofulosa y sifilítica.

Sintomatología.—A más de los síntomas generales de la diátesis, el enfermo se halla habitualmente romadizado, expele un moco abundante, espeso, amarillo, purulento y verdoso sumamente fétido.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Combatir ánte todo la diátesis sostenedora de la enfermedad. Inyecciones de agua común ó aromática y de substancias astringentes, cateréticas y desinfectantes (permanganato de potasa, clorato de potasa, biborato de sosa, ácido fénico, ácido salicílico, hidrato de cloral).

EPISTÁXIS.

Sinonimia.—Rhinorrágia.—Flujo de sangre nasal. Stillidium ó Stillatio sanguinis á naribus.

Definición.

Divisiones.—Activa y pasiva; protopática y deuteropática.

Patogénia y etiología. — Traumatismos, los estados hiperhémicos y anhémicos; la hidrohémia y la aglobulia, el sarampión, el tifus, ciertas enfermedades del hígado, la hemofilia, etc.

Sintomatología.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico. — Es de suma importancia el reconocer la causa.

Pronóstico.

Tratamiento. — Ciertas epistaxis suplementarias ó críticas deben ser respetadas. Compresas de agua fria en la cara, inyección de agua caliente en las fosas nasales, la compresión directa con el dedo introducido lo más profundamente posible en las narices ó el taponamiento de las fosas nasales, el sulfato de quinina en las epistaxis periódicas, la compresión de las carótidas, aplicaciones de hielo en la nuca, revulsivos cutáneos y el tártaro emético (1) son los medios de que podemos valernos para combatir la hemorrágia nasal.

(1) En concepto del Dr. Peter, profesor de patología interna de la Facultad de Medicina de París, el emético obra sus efectos anti-hemorrágicos por las náuseas que se producen al ser molestados por su acción los filetes del plexo solar, cuya molestia resonando sobre la totalidad del sistema simpático, determina contractura vascular, en virtud de la ley general que toda SENSACIÓN se *transforma en ACTO* y que todo ACTO vital es un MOVIMIENTO.—(N. del A.)

LECCIÓN 36.

Enfermedades de la laringe. (1)

Recuerdo anatómo-fisiológico de la laringe.

LARINGITIS CATARRAL.

Sinonimia.—Catarro laríngeo.

Definición.

Divisiones.— Aguda y crónica; protopática y deuteropática.

LARINGITIS CATARRAL AGUDA.

Anatomía patológica.—Períodos hiperhémico, exudativo, intersticial y libre, supurativo y ulcerativo. Carácter de cada uno de ellos. Frecuentemente el sitio de la lesión se encuentra localizado en la epiglótis y en los repliegues arítено-epiglóticos; no obstante, suele también con frecuencia estar circunscrito á las cuerdas vocales. Puede el catarro agudo propagarse á la tráquea, á los grandes y pequeños brónquios y hasta á los alvéolos pulmonares.

Patogénia y etiología.— En la protopática basta á veces un simple estado congestivo para provocarla (discusiones acaloradas, cantar, pronunciar discursos, etc.) La inspiración de polvos y gases irritantes, tomar bebidas muy frías

(1) Recomendamos la lectura del *Tratado práctico de las enfermedades de la Laringe, de la faringe y de la tráquea* del eminente laringólogo inglés Dr. Morell Mackenzie vertido al español por los Doctores Ustáriz y Vicente. Es digna también de lectura el *Manual de laringoscopia y laringología* del Doctor Cadier traducido por el Dr. Gonzalez Alvarez.

estando el cuerpo sudando, los enfriamientos, los cambios bruscos de temperatura. Las diátesis, las fiebres exantemáticas ó típicas y algunas enfermedades del corazón y de los pulmones producen la deuteropática.

Sintomatología.—Excepto en los niños, carece casi siempre de fenómenos febriles. La voz está constantemente alterada en su timbre (chillona, desigual, ronca por lo común y afonía completa algunas veces). Tós y dolor laríngeo; sus caracteres. La expectoración es nula ó no está formada sinó por esputos blancos y espesos. Los síntomas asfícticos y de congestión cerebral tan comunes en los niños de corta edad, no suelen presentarse casi nunca en los adultos.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Pronóstico.—Leve en el adulto y grave en el niño.

Tratamiento.—En la forma benigna, quietud en el órgano enfermo en medio de una temperatura suave y uniforme; pediluvios sinapizados; bebidas sudoríficas y pectorales y el clorato de potasa en solución para gárgaras y mejor en pastillas (1). En las formas más graves se prescribirán las emisiones sanguíneas y los emeto-catárticos.

LARINGITIS CRÓNICA.

Anatomía patológica.—La mucosa se presenta engrosada, inyectada en ciertos puntos, gris en otros y cubierta

(1) Un distinguido alumno interno, que ha sido de nuestra escuela, el *Dr. Don Rosendo Klein y Noriega*, con el nombre de pastillas de *Nielk* fabrica unas con clorato potásico comprimidas que aventajan notablemente á las de *Dethan* usadas hasta ahora, como hemos tenido ocasión de observar varias veces en nuestra práctica. (N. del A.)

de un líquido puriforme, pequeñas ulceraciones superficiales resultantes de la hipertrófia del tejido conectivo submucoso, conversión del epitelio de revestimiento de cilíndrico en pavimentoso. Estas lesiones alcanzan su máximo de intensidad al nivel de la epiglótis, de los repliegues aritenoides y de las cuerdas vocales superiores.

Hay una variedad de laringitis crónica llamada *glandulosa*, porque la inflamación invade de preferencia las glándulas arracimadas de la mucosa. Sus lesiones anatómicas están caracterizadas por hipertrófias glandulares que tienen principalmente su asiento sobre la mucosa de los aritenoides; el orificio de las glándulas, hállase con frecuencia ulcerado y el dermis de la mucosa, participa del trabajo inflamatorio. El tejido conjuntivo submucoso puede también engendrar por proliferación pequeños tumores polimorfos implantados á veces sobre las cuerdas vocales inferiores, como puede fácilmente apreciarse por el exámen laringoscópico.

Patogénia y etiología.—Las causas son las mismas que las de la aguda, de la cual es casi siempre consecutiva. La prolongación de la úvula ó campanilla irritando mecánicamente la epiglótis ó el orificio de la laringe, es una de las causas más notables de laringitis crónica, conforme hemos podido convencernos de ello en algunos casos, en los cuales nos ha bastado la sección de una parte de este órgano para hacerla desaparecer casi inmediatamente. Influencia de la respiración de una atmósfera impregnada de polvillo en el desarrollo de esta afección (Bubbé, Ramazzini, Holland, Heussinger, Virchow, Lewin, Headlam, Greenhow y otros han llamado la atención sobre esta causa). Id. de las diátesis.

Sintomatología.—*La voz apagada y rónca* y en los grados más adelantados la pérdida completa de la misma (afonía) constituye el síntoma más notable y constante. Tós y expectoración; sus caracteres.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.— No puede tenerse una idea exacta de la enfermedad, sinó practicando el exámen laringoscópico; por él, podrá establecerse si es de forma glandulosa, si existen granulaciones tuberculosas ó si la tumefacción es efecto de una infiltración ateromatosa. Caracteres distintivos de cada una de ellas.

Pronóstico.

Tratamiento.— Importa ánte todo combatir la diátesis causal. Indicaciones de los remedios locales astringentes (percloruro y sulfato de hierro á las dósís respectivas de 3 y 4 gramos, sulfato de cobre á la de 60 centígramos, cloruro, acetato y sulfato de zinc á las dósís de 2 gramos, 30 centígramos y 60 respectivamente, el alumbre á la de 2 gramos y el cloruro de alumínio á la de 4 gramos disuelto en 30 de agua y mejor en glicerina, disolución de nitrato de pláta, etc.) De las pulverizaciones é inhalaciones en el tratamiento de esta enfermedad. Indicaciones de las aguas mínero-medicinales sulfurosas (Puda de Montserrat, Tona, Segalés, Gigonza, Arechavaleta, Bañolas, Escoriaza, Gaviria, Zaldivar, Archena, Aguas Buenas, Mont-Doré, Cauterets, Weilbacher, Ems, Selters, Ober-Salzbrunnen, Neuenahr, Kessel, Crähuchen). Los revulsivos cutáneos surten á veces buenos resultados. Precauciones higiénicas que deben tomar los enfermos.

LECCION 37.

Laringitis tuberculosa.

Sinonimia. — Tísis laríngea. — Laringitis crónica tuberculosa.

Definición. — Afección crónica de la laringe, acompañada de tumefacción, ulceración de los tejidos blandos y frecuentemente de pericondritis y de cáries de los cartílagos, á consecuencia de un depósito local de tubérculos, precedida casi siempre de la misma afección en los pulmones.

Historia. — Aunque indicada ya por Morgagni en su célebre obra *De sedibus*, no obstante Petit fué el primero que llamó la atención sobre esta enfermedad en 1790. Portal, Sauvée (1802), Laennec (1829), Trousseau, Andral y Albers practicaron minuciosas investigaciones acerca de esta afección. Modernamente debemos consignar los importantísimos trabajos de Hasse, Rheiner, Rokitanski, Virchow, Heinze, Beverley y Robinsón.

Anatomía patológica. — Trabajos de Lepin, Grancher, Thaón, Herard, Cornil, Rokitanski y Virchow. — *Periodo catarral ó epitelial:* decoloración general y tinte térreo de la mucosa buco-faringo-laríngea; más tarde rubicudez con ligero aumento de espesor en la mucosa y aspecto velvético (1) de la comisura posterior y esfoliación epí-

(1) Se dá el nombre de *aspecto velvético* á pequeñas eminencias muy aproximadas, especie de vellosidades blanquecinas semejantes al terciopelo de Utrech, de tejido grueso. (N. del A.)

telial. Naturaleza de las vellosidades: granulaciones tuberculosas. — *Periodo de ulceración.* Sitio de las ulceraciones: en las cuerdas vocales y particularmente en su borde libre. Formas diversas del trabajo ulcerativo. Formación del *aspecto serrático* ó de diente de sierra. — *Periodo necrótico:* adelantado el trabajo ulcerativo, se necrosa el cartilago, sobre todo el cricóides y la eliminación de los secuestros provoca abscesos errantes y el pus se abre paso en la laringe, en la faringe ó en la piel. Edema laríngeo, enfisema subcutáneo y fistulas laríngeas consecutivas.

Patogénia y etiología.—Casi siempre la causa determinante es la existencia anterior de la tuberculosis pulmonar. Causas predisponentes: edad, sexo. Estadísticas de Heinze, Morcet, Morell-Makenzie y Rheiner.—La idea de que la enfermedad puede originarse bajo la acción corrosiva de los esputos sostenida por Louis, no tiene razón de ser desde que las investigaciones anátomo-patológicas de Heinze establecen que el proceso destructivo comienza desde el interior de los tejidos. Teoría de Rheiner: cree debida la ulceración al frotamiento. Idem de Heinze: combate la anterior diciendo que la inflamación catarral que precede casi siempre á la ulceración, impide el que se aproximen las cuerdas vocales y por lo tanto, que se pongan en contacto. Además, como dice muy bien Morell-Makenzie, la cara inferior y la base de la epiglótis, más al abrigo de todo frotamiento, son mas frecuentemente atacados de ulceraciones tuberculosas que los bordes. La debilidad de la laringe, bien sea congénita ó adquirida, es una de las causas más notables de esta enfermedad.

Sintomatología.—No existen en el primer período (ca-

tarral ó epitélico) de la afección, síntomas verdaderamente característicos, pues únicamente se presentan los fenómenos ordinarios de la laringitis crónica.—Segundo período (ulcerativo): tós, ronquera, disfonia. Carácter de estos síntomas funcionales en este segundo período.—Tercer período (necrósico): afonía, disfagia, disfagia laringea. tós irritante y fiebre héctica. Aspecto caquéctico del enfermo.—El aspecto del órgano que podemos apreciar por el examen laringoscópico, varía mucho durante la enfermedad, según sus diferentes períodos. Dificultades que ofrece el examen laringoscópico en el tercer período de la afección.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la tuberculósia laríngea de la laringitis crónica, del oedema crónico y de la ulceración sifilítica de la laringe.

Pronóstico.—Grave.

Tratamiento.—Debe ser local y general. En los dos primeros períodos de la enfermedad podemos obtener un alivio bastante notable, ya que no una curación. Las lesiones propias del tercer período son poco influenciadas por la medicación; únicamente podemos aliviar algún tanto al enfermo y retardar la presentación de accidentes más graves por medio del tratamiento local. Tratamiento general: preparaciones creosotadas, aceite de hígado de bacalao, arsenicales, preparados de quina, etc. Tratamiento local: inhalaciones de benjuí, de lúpulo, de benzoato de sosa, de alumbre; pulverizaciones é insuflaciones astringentes; pincelaciones ó toques con la tintura de *silphium cirenáicum* (Tintura de silphium 20 gotas, glicerina pura 400 gramos). Para combatir la disfagia, Krishaber practica toques, ántes de cada comida, con una solución compuesta de clorhidrato

de morfina 5 gramos, glicerina pura 20 y agua de laurel cerezo 20. Cadier, hace uso de las aplicaciones de colodion morfina. Aguas minerales recomendables: Puda de Monserrat, Enghien, Aguas Buenas ó Luchón, Auvergne, Mont-Doré, Bourboule, Cauterets. Las aguas minerales sulfurosas, á más de tomarlas al interior debemos emplearlas en pulverizaciones, excepto cuando haya tendencia á las hemoptisis.—De los revulsivos cutáneos en la región del cuello.—Cuando la dispnea es muy considerable podrá emplearse la traqueotomia, pero únicamente sirve ésta para prolongar algo la vida del enfermo; no recomendamos se haga uso de este medio.—De la alimentación artificial.

LECCIÓN 38.

Laringitis oedematosa.

Sinonimia.—Laringitis sub-mucosa (Bouillaud y Cruveilhier).—Angina laríngea oedematosa (Lestier y Trousseau). Infiltración laríngea (Jaccoud).—Edema de la glótis.—Edema laríngeo.

Definición.

Historia.—Bayle fué el primero que en 1808 describió esta enfermedad. Hay, no obstante, quien crée que las primeras nociones relativas á esta afección las dió Boerhaave.

Anatomía patológica.—Infiltración serosa ó purulenta del tejido celular sub-mucoso de la laringe. Según su sitio puede ser supra-glótica, glótica é infra-glótica; esta última

es muy rara; siendo la primera más frecuente á causa de la abundancia de tejido conjuntivo sub-mucoso de esta región. Lesiones consecutivas.

Patogénia y etiología.—Pocas veces existe como afección protopática ó idiopática, y en estos casos puede ser producida por enfriamientos y traumatismos. Causas de la deuteropática: piréxias exantemáticas, simples estados catarrales, cardiopátías, hidrohémia, etc.

Sintomatología.—Voz sorda y acompañada de tós penosa con accesos de dispnea; inspiraciones profundas, fatigosas, sibilantes y expiraciones bastante libres. Movimientos y actitudes del enfermo. Inspección digital directa y exámen laringoscópico: datos que suministran. Síntomas generales de asfixia por intoxicación de la sangre por el ácido carbónico (anoxhémia).

Curso y terminaciones.—Variables según las causas que han provocado la enfermedad.

Diagnóstico.—Distinguir esta afección del crup, de la laringitis estridulosa, de los pólipos de la laringe, del aneurisma del cayado de la aorta y de los abscesos de la faringe.

Pronóstico.—Siempre gravísimo; no obstante en la protopática, podemos obtener algún resultado por medio de una medicación pronta y enérgica.

Tratamiento.—Indicación de los antiflogísticos, de los eméticos y de los revulsivos. Las escarificaciones de los repliegues tumefactos con el bisturí ó con la uña recomendados por Legroux, Lisfranc, Gordón y Buck son casi siempre impotentes para detener los progresos del mal. Pulverizaciones y gargarismos astringentes. Indicaciones de los diuréticos y de las cauterizaciones directas. Cuando

la disnea es intensa y persistente está indicada la traqueotomía.

LECCIÓN 39.

Laringitis estridulosa.

Sinonimia.—Pseudo-crup (Guersant).—Asma de Millar.—Angina estridulosa (Bretonneau).—Laringitis espasmódica.—Catarro sofocante.—Espasmo de la glótis.—Espasmo laríngeo.—Asma tímico.—Crup nervioso.—Asma de los niños.

Definición.

Historia.—Remóntase el origen de esta afección á los tiempos más antiguos. Se encuentra descrita en los primeros trabajos médicos bajo el nombre de *asma de los niños*. Hipócrates y Galeno tuvieron ya noticia de ella. Aretéo, Pablo de Egina y Célio Aureliano aluden áunque de un modo vago á esta enfermedad en sus obras. No obstante, es preciso llegar á fines del siglo xvii para encontrar una descripción un poco exacta. Etmuller en 1697 y James Simpson en 1761 parecen ser los que con sus trabajos contribuyeron á que John Millar en 1769 diera una descripción exacta de esta enfermedad. Underwood (1789), Viehmann Hamilton (1795), Burns, Clarke, Kopp, Ley, Elsasser (1845), Marshall Hall (1841), Hérard (1847), James Reid, Friedleben (1858), Henoch (1867), Loschner (1868), Steffen, Flech, Lorent, Salathé, Meigs, Ledeser, Hanner, West, Fleischmann, Gerhardt, Bretonneau, Trousseau,

Krishaber, Peter, Graves, Rilliet et Barthez y D' Espine et Picot son nombres que por los importantes trabajos que ienen publicados sobre esta enfermedad, no deben olvidarse.

Anatomía patológica.—Las lesiones anatómicas no son todavía bien conocidas.

Patogénia y etiología.—Influencia de la edad, del histerismo y de la herencia. ¿Tiene la dentición una marcada influencia patogénica? — Teorías de Marshall-Hall, Kopp, Elsaesser y Ley para explicar el mecanismo de los accesos de sofocación.

Sintomatología.—La enfermedad se manifiesta por accesos. — La invasión es brusca y nocturna generalmente; á veces, no obstante, presenta 38 ó 48 horas ántes un foco de movimiento febril, un ligero coriza, lagrimeo, ronquera y tós como signos premonitores. Tós y respiración; sus caractéres. Síntomas generales. — Duración de los accesos.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distíngase esta enfermedad del crup, de la laringitis œdematosa y de la catarral.

Pronóstico.

Tratamiento.—Dos indicaciones importa cumplir: 1.^a calmar el acceso y 2.^a remediar ó corregir las condiciones generales que le han ocasionado. La primera indicación la cumpliremos por medio de los eméticos (ipécacuana, tártaro emético, inyección de morfina, titilaciones en el fondo de la garganta). De las inhalaciones clorofórmicas, de amoníaco y de ácido acético; de la tintura de castóreo, del almizcle, del bromuro potásico, de la belladona y de los revulsivos. La segunda indicación podremos llenarla por medio de los tónicos neurosténicos según los casos. De la

medicación anticatarral y antiespasmódica en el intermedio de los accesos.—De la traqueotomía: casi nunca debe recurrirse á ella.

PARÁLISIS DE LOS MÚSCULOS DE LA LARINGE.

Definición.

Anatomía patológica.

Patogénia y etiología.—Influencia del canto, de la declamación y del histerismo.—Del reumatismo y de la supresión del sudor en la producción de las parálisis de los músculos laríngeos.

Sintomatología. — Alteraciones de la voz: varían según que la parálisis ataque un sólo músculo ó uno ó varios grupos de ellos. Exámen laringoscópico y sus resultados.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico. — Importancia del exámen laringoscópico para el conocimiento exacto de esta afección.

Pronóstico. —Varía según la causa.

Tratamiento. — Indicación causal. Baños termales. Las corrientes eléctricas tan recomendadas por Fiemssen y Althaus han sido, excepto en las parálisis de las histéricas, empleadas por otros sin resultados.—De la estricnina; acción de la misma y su eficázia en el tratamiento de estas parálisis. En las parálisis de los músculos dilatadores es casi indispensable practicar la traqueotomía.

LECCIÓN 40.

Enfermedades de la tráquea y de los brónquios.

TRÁQUEO-BRONQUITIS.

Divisiones.—Aguda y crónica; simple y capilar; protopática y deuteropática.

TRÁQUEO-BRONQUITIS AGUDA SIMPLE.

Definición.—Inflamación catarral de la tráquea y de los gruesos y medianos brónquios.

Anatomía patológica.—No varía de la de las otras inflamaciones de la misma naturaleza.

Patogénia y etiología.—De la *protopática*, los enfriamientos y la aspiración de vapores ó gases irritantes; de la *deuteropática*, ciertas enfermedades como la gripe, el sarampión, el tífus, la coqueluche y ciertas nefritis, particularmente el mal de Bright. La evolución dentaria y el linfatismo pueden obrar como causas de esta enfermedad.

Sintomatología.—Puede revestir dos formas, una *benigna* que no produce más accidente que una tós poco fuerte, apenas dolorosa, con expectoración de algunos esputos mucosos, y otra *intensa* precedida de prodromos (quebrantamiento, escalofrios, cefalálgia y fiebre sin exacerbación vespertina) que presenta marcados dos períodos: 1.º inflamatorio ó de crudeza y 2.º de cocción. Caracteres del dolor

infraesternal, de la tós y de la expectoración en cada uno de dichos periodos. Datos que nos proporciona la percusión y la auscultación en cada uno de ellos.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Tratamiento. — En las formas benignas basta provocar la transpiración por medio de las bebidas sudoríficas y pectorales y calmar los dolores y los accesos de tós. En las formas más intensas: revulsivos cutáneos en el pecho (emplasto de tápsia, vejigatorios) y vomitivos en casos de obstrucción de los brónquios.

LECCIÓN 41.

Bronquitis capilar.

Sinonimia. — Broncopneumonia. — Pneumonia lobulillar. — Bronquitis sofocante. — Pneumonia catarral.

Definición.

Historia. — Sydenham y Boerhaave con el nombre de *peri-pneumonia notha* y Laennec con el de *catarro sofocante* quisieron ya dar una idea, si bien algo confusa, de esta bronquitis. Trabajos de Home, Rilliet y Barthez, Franck, Legendre, Barrier y Balzer.

Anatomía patológica. — Aunque Niemeyer, fundándose en las ideas de Robin y Lefort, crea que el proceso inflamatorio no puede propagarse á las vesículas pulmonares y en su consecuencia producir la *pneumonia lobulillar*, no obstante las necrópsias y los modernos conocimientos que

poseémos respecto de la estructura del pulmón, prueban que no tan sólo es posible, sino que es regla general.

Patogénia y etiología.

Sintomatología.—Tós y expectoración; dispnea y ortopnea. Sus caractéres. Fenómenos febriles: casi nunca faltan, si bien acostumbran á ser de escasa intensidad, rara vez pasa de 39°.—Síntomas de asfixia.—Datos que nos proporcionan la percusión y la auscultación torácicas.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la bronquitis capilar de la simple y de la pnemónia.

Pronóstico.—Grave; mortal casi siempre en los niños.

Tratamiento.—Los antimoniales solubles é insolubles, la ipecacuana y los calomelanos á dosis refractas. Los escitantes como el alcohol y el carbonato amónico siempre y cuando empieza á perderse el pulso y los brónquios pierden también su acción. Revulsivos cutáneos en la parte anterior del pecho. Es preciso sostener las fuerzas del enfermo por medio de los caldos animales, de los tónicos y de las bebidas alcohólicas.

BRONQUITIS CRÓNICA.

Anatomía patológica.

Etiología.—Vejez, herpetismo, gota, linfo-escrofulismo.

Sintomatología.—Accesos de tós frecuentes, penosos y prolongados; broncorrea. Caractéres de la expectoración. Fenómenos estetoscópicos.

Diagnóstico y Pronóstico.

Tratamiento.—Escitantes periféricos, su importancia y a del plán higiénico y dietético. Utilidad de los balsámicos

resinosos. Indicaciones y modo de administración de la brea, iodoformo, creosota vegetal y esencia de trementina. — Importancia del iodo, de los arsenicales, del clorato potásico y del emético en la terapéutica de la bronquitis crónica.

LECCIÓN 42.

Broncoectásia.

Sinonimia.—Dilatación de los brónquios.

Definición.

Historia.—Laennec en 1825 la observó por vez primera. Barth, Stokes, Corrigan, Luys, Combault, Trousseau y otros han publicado trabajos importantísimos sobre esta afección.

Anatomía patológica.—Formas principales de dilatación: cilíndrica y sacciforme. Dilatación moniliforme de Cruveilhier: es una variedad de la sacciforme. Síttios en que con más frecuencia tiene lugar la broncoectásia. Estado de las paredes del brónquio dilatado: varía según sean incipientes ó antiguos los casos; en los primeros tumefacción catarral simple y relajación consecutiva de los elementos elásticos del brónquio; y en los segundos, paredes engrosadas por hipertrófia, rígidos y tiesos, mucosa rugosa y formando rodetes en los brónquios mayores y adelgazada en los brónquios pequeños. Ulceraciones de la mucosa y perforación consecutiva. Exámen del contenido de los brónquios dilatados. Alteraciones del parénquima pulmonar consecutivas.

Patogénia y etiología. — Mecanismo de la dilatación bronquial. Opiniones de Laennec, Stokes, Barth, Corrigan, Rokitansky y Luys. Las bronquitis repetidas y particularmente la crónica y la capilar son una de las principales causas de esta afección.

Sintomatología. — Los principales síntomas están representados por la tós, expectoración y los fenómenos físicos. Carácter de la tós y de la expectoración. Datos estetoscópicos y pleximétricos. La fiebre y la demacración aparecen en el término de la enfermedad.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico. — Distinguir esta enfermedad de la bronquitis crónica, de la gangrena del pulmón y de la tuberculosis pulmonar.

Pronóstico.

Tratamiento. — El mismo que en la bronquitis crónica. Dieulafoy recomienda la aplicación de puntos de cauterio sobre el tórax. Importa muchísimo levantar las fuerzas por medio de un régimen bromatológico nutritivo; inspiración de aires puros y sanos; la quina, el hierro, el aceite de hígado de bacalao, etc. Indicación de los tetánicos y de la eserina.

LECCIÓN 43.

Rino-bronquitis espasmódica. — (Gueneau de Mussy.)

Sinonimia. — Hay fever (de los ingleses).

Definición. — Estado catarral espasmódico de la pituitaria y de la mucosa bronquial.

Historia.

Anatomía patológica. — Las alteraciones propias de la rinitis, laringitis y bronquitis simples.

Patogénia y etiología. — Los enfriamientos, la predisposición catarral y el nervosismo como causas de esta enfermedad.

Sintomatología. — A más de los síntomas propios de los estados catarrales de la mucosa de la nariz, de la laringe y de los brónquios, el carácter principal de esta dolencia es la rápida cesación de los fenómenos catarrales y su nueva aparición con los mismos caracteres á los 2 ó 3 días.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico. — La intermitencia es el carácter distintivo.

Pronóstico.

Tratamiento. — Los amoniacales, el bromuro potásico y el de alcanfor, el sulfato de quinina, los arsenicales, los sulfurosos y los narcóticos.

ASMA.

Etimología. — Del griego $\zeta\epsilon\beta\eta\alpha$, á su vez de $\alpha\omega$, yo aspiro.

Sinonimia. — Asma bronquial. — Hiperkinésia de los brónquios (Romberg).

Definición. — Es una neurósis protopática ó deuteropática que reviste un carácter intermitente, que aparece casi siempre de noche y cuyo principal síntoma es la dificultad de respirar.

Divisiones. — Protopático ó esencial y deuteropático; el primero constituye todo el proceso morboso y puede existir sin lesión orgánica alguna por un largo espacio de

tiempo, áunque él de por sí pueda determinar lesiones orgánicas.

Anatomía patológica.—Del protopático no se conoce.

Patogénia.—Las teorías de Louis y Rostán, Beau, Laennec y Bretonneau no son admisibles por excluir el mecanismo de producción del asma. Teorías de Biermer, Williams, Sée, Wintrick, Trousseau y Jaccoud: esta última es en nuestro concepto la más aceptable.

Etiología.—Influencia de la edad, de la herencia, de las diátesis artrítica y herpética, del estado atmosférico y del estado moral en la producción de esta enfermedad.

Sintomatología.—Asma protopático. Distinguir los accesos asmáticos del ataque de asma: la reunión de varios accesos constituye el ataque. Descripción de un acceso: presentación casi siempre en las primeras horas de la noche y sin prodromos, gran opresión, respiración sibilante, tós y expectoración. Fisonomía especial de los enfermos durante el acceso. Carácterés de las orinas. Exámen estetoscópico y pleximétrico. Frecuente repetición de los accesos, duración de cada uno de ellos y modo de terminar.—Asma deuteropático: distínguese del protopático por continuar en el intervalo de los accesos el síndrome de la enfermedad causal.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamiento.—Triple indicación que debe cumplirse. Modo de combatir el acceso: inhalaciones de estramónio de papel nitroso, de cloroformo; los cigarrillos de Espic y Levasseur; inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina (de un centígramo); el cáñamo indiano, el yoduro

potásico añadido á la tintura de *lobelia inflata*; los vomitivos y los revulsivos sobre el pecho cuando predomina el elemento catarral.—Tratamiento especial de Trousseau. Las inyecciones hipodérmicas de pilocarpina á la dosis de 2 centigramos diarios recomendadas por Makenzie, nos han dado brillantes resultados, pues hemos logrado en un caso, muy reciente por cierto, que los accesos que se repetían diariamente desde algunos meses cedieran después de una semana de tratamiento.—De la belladona, del bromuro potásico y los arsenicales una vez terminados los accesos.

LECCIÓN 44.

Enfermedades del pulmón.

Recuerdo anátomo-fisiológico.

HIPERHÉMIA PULMONAR.

Sinonimia.—Congestión pulmonar. — Fluxión de pecho.

Definición.

Divisiones.— Activa y pasiva; simple y doble; protopática y deuteropática.

Anatomía patológica.—Caractéres especiales de los pulmones hiperhemiados: aumento de volúmen, color violáceo, inyección de los vasos, aumento del peso específico, salida de una gran cantidad de líquido sanguíneo espumoso y de coloración rojiza, seccionando el órgano. Estado de la superficie de la sección. Id. de los brónquios. Por lo general preséntanse lesionados los dos pulmones; no obstante,

el derecho es el que con más facilidad se congestiona.

Patogénia y etiología.—Mecanismo de la hiperhémia activa y de la pasiva; causas de cada una.

Sintomatología.—Tós seca y corta con expectoración mucosa y sanguinolenta, dolor en el pecho, respiración frecuente y superficial. Datos estetoscópicos y pleximétricos. La fiebre, cuando existe, es continua con recargos vespertinos.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir esta enfermedad de la pneumónia y de la bronquitis.

Pronóstico.—Varía según sea activa ó pasiva.

Tratamiento.—En la activa: antiflogísticos, eméticos, contraestimulantes y revulsivos. En la pasiva los tónicos, los incipientes y los revulsivos. — Importancia suma de la indicación causal siempre que podamos conocer la causa.

LECCIÓN 45.

Hemoptisis.

Etimología.—De *αἷμα*, πινω, expectoración de sangre.

Sinonimia.—Pneumorrágia.—Tós de sangre.—Brónquiohemorrágia.—Espujo de sangre.—Apoplejía pulmonar (Latour).

Definición.

Divisiones.—Activa y pasiva; protopática y deuteropática.

Anatomía patológica.—Lesiones superficiales cuando las hemorrágias proceden de los vasos de la tráquea y de los

brónquios. En la hemorrágia pulmonar puede suceder que la sangre proceda de una rotura que desgarre el parénquima y se reuna en *focos* (apoplejía pulmonar), ó que se infiltre en los alvéolos y en el parénquima sin destruirle, formando núcleos (infarto hemorrágico).—Forma, volúmen y número de los núcleos.—Modificaciones que pueden sufrir ó provocar.—Lesiones pulmonares y bronquiales consecutivas.

Patogénia y etiología.—Condiciones individuales é influencias atmosféricas que contribuyen al desarrollo de las hemoptisis protopáticas ó esenciales.—Relación que existe entre la menstruación y la hemoptisis.—La tuberculósis puede ser causa de hemoptisis y ésta serlo de aquélla. Las cardiopatías, lesiones arteriales y alteraciones cualitativas y cuantitativas de la sangre como causa de hemoptisis.—Hemoptisis parasfímicas y perisfímicas (Peter).

Sintomatología.—Variable según sea la hemorrágia bronquial ó pulmonar. En la primera, el síntoma principal es la expulsión de sangre por tós. Cantidad y calidad de la sangre expulsada. Generalmente no vá precedida de prodromos; éstos, cuando existen, consisten en opresión de pecho, palpitaciones de corazón y vértigos.—Estado del pulso.—Datos pleximétricos y estetoscópicos.—Perioicidad de los ataques hemoptóicos en las hemoptisis suplementarias.—Cuadro clínico de la hemorrágia pulmonar. —Síntomas generales consecutivos á las hemorrágias de los brónquios y de los pulmones.—Estado moral de los enfermos.

Curso y terminaciones.

Diagnóstico.—Distinguir la hemoptisis de la hematemesis y de la epistáxis; la broncorrágia de la pneumorrágia. Es también de suma importancia distinguir la hemorrágia

activa de la pasiva y la protopática de la deuteropática.

Pronóstico.—Grave en general.

Tratamiento.—Indicaciones que hay que llenar: primero combatir la hemorrágia y segundo la causa que la ha motivado.—Importancia de la medicación vomitiva (tártaro emético é ipecacuana á altas dosis) para cumplir la primera indicación. Manera de obrar. Contraindican únicamente la prescripción de los vomitivos, el estado febril continuo. Casos clínicos que vienen en apoyo de la medicación vomitiva (1). La sangría cumple también la primera indicación. Ni el agua de Rabel, ni la ratánia, ni el percloruro de hierro pueden nada contra la hemoptísis. Argumentos en que nos apoyamos para sustentar esta tésis. El percloruro de hierro tan útil en las hemorráguas externas es, no tan solamente inútil, sinó perjudicial en las internas, pués, á más de no poder obrar directamente y necesitarse bastante cantidad para poder formar un coágulo obliterador, tiene todos los inconvenientes y en mayor escala, de todos los preparados ferruginosos de ser congestivantes y por lo tanto provocar más la hemorrágia.—La ergotina y el cornezuelo de centeno, tan útiles en las hemorráguas uterinas son de poca eficacia en las brónquio-pulmonares. Debemos ser muy parcos en la prescripción del hielo al interior y al exterior.—Importancia de la medicina moral.—Utilidad de los revulsivos cutáneos é intestinales. La segunda indicación podremos cumplirla por los diferentes medios indicados para combatir la enfermedad causante.

(1) Hemos conseguido en varios casos de nuestra clínica particular, detener abundantes y repetidas homoptísis por medio del tártaro emético á dosis Rasorianas administrado bajo la forma de poción. (N. del A.)