

Sea esto lo que quiera, el caso es que se presenta en el punto inicial de la coagulación (válvula) un nódulo rojizo que más tarde, endureciéndose, contrae fuerte apegamiento á la vena y queda á ella sólidamente adherido.

A partir de este núcleo sanguíneo, se van depositando nuevas capas de fibrina, y observándolo bien, se nota que éstas son tanto más blandas cuanto más recientes, y que, en conclusión, el trombus aparece formado por una masa extratificada, tanto menos dura cuanto menos central. Este coágulo afecta disposiciones distintas, pero lo común es que presente una forma alargada y adelgazada en el extremo: otras veces se bifurca moldeándose en las dicotomías venosas, y tal puede ser la forma ramificada del coágulo, siguiendo los vacíos de las venas, que constituya una red impenetrable muy importante, y una obstrucción completa á la circulación de retorno. No siempre el coágulo obtura plenamente la vena, y, en este caso, aun puede la sangre circular, si bien con dificultad; pero es verdaderamente curioso lo que se ha notado alguna vez, en que el coágulo es como un cilindro hueco y la sangre va enfilando como por el interior de un túnel.

Este coágulo, después de algunos días, experimenta la degeneración gránulo-grasosa, lo cual hace que se disgregue y se preste mejor á ser reabsorbido por las vías linfáticas: si tal cosa ocurre, el órgano no experimenta gran quebranto. Pero puede suceder que el coágulo se cargue de sales calcáreas, en cuyo caso se endurece cada vez más y la circulación se hace imposible. Pueden ocurrir aún otras cosas á cual peores: formado el coágulo en el curso de la flebitis, puede suceder que se desprenda un pedazo de masa fibrinosa y convertido en movetiza embolia, viaje venas arriba, hacia las cavas y vaya á parar al pulmón, ocasionando una isquemia más ó menos temible: también puede presentarse un cuadro como de puohemia, por la disgregación de la sangre en pequeñísimos coágulos que, distribuyéndose por muchos órganos, altera sus funciones.

**Sintomatología.**— Ordinariamente se presenta la flebitis en

las extremidades inferiores y aquí es donde podemos estudiarla con más provecho. Lo más común es que se desarrolle en un solo miembro, pero puede presentarse en los dos, ya simultánea, ya sucesivamente. El miembro afecto se hincha, se presenta todo abotagado, abultado enormemente, indicando allí un gran edema; pero edema que llama la atención por su gran dureza, tanto, que si apretamos con los dedos no llega á formarse la fovea, lo cual acusa gran tirantez en los tejidos. Al propio tiempo se nota un dato característico, y es la blancura del miembro, y de aquí el nombre de *flegmasia alba dolens* con que se conoce. Hay también dolor espontáneo producido por la gran distensión de los tejidos, pero esto ya no es constante y á veces el enfermo siente tan sólo hormigueos y aun puede no sentir nada.

Otro dato muy expresivo es que la pierna no se enfría, sino que posee cierta temperatura, lo cual se explica, porque si bien la circulación de retorno es difícilísima, la arterial se hace bien y la sangre arterial sabemos ya que es la distribuidora, entre otras cosas, del calor. También es efecto de la gran distensión y del edema, el que el juego de la articulación sea torpe; de suerte que los movimientos del miembro son muy pesados y aun imposibles.

Al propio tiempo que lo anterior, se presenta opresión de pecho, palpitaciones cardíacas, el enfermo no puede estar echado y algún otro síntoma que se explica por la repleción del árbol vascular: cosa que sucede igualmente y por idéntica razón en los amputados de pierna. En estos casos, la misma sangre contenida en una capacidad que se ha reducido, no se mueve con holgura y produce los fenómenos propios de una especie de plétora transitoria.

**Terminación.**—Puede ser de varias maneras, como indicamos en la anatomía patológica. Lo común es que el coágulo se reabsorba transcurrido cierto tiempo, y gracias á esto y al desarrollo de la circulación colateral, más tarde vuelve todo á su estado normal. Otras veces no se resuelve el proceso morboso y el edema se hace crónico, en cuyo caso constituye una enfermedad fastidiosa que debe conlle-

vase toda la vida. Si se disgrega el coágulo, es inminente el peligro de los trastornos viscerales, que serán de tanta mayor cuantía cuanto mayor sea la categoría del órgano donde han ido á implantarse dichas partículas sueltas de fibrina. La manera de terminar la flebitis más gravemente es produciéndose una gran embolia que, corriendo por el árbol pulmonar, determine una gran zona de isquemia.

**Diagnóstico.**—No es difícil, porque son varios los datos que ilustran al médico. El aparecer un edema rápidamente, blanco y doloroso, ya indica mucho por sí.

Podría confundirse con la arteritis, pero obsérvese que en ésta, la pierna, si es este el miembro afecto, se enfría rápidamente: además, no es posible hallar el latido arterial, lo cual no sucede en la flebitis. Además, la coloración del miembro afecto es distinta en uno y en otro caso: en la flebitis el edema es blanco, mientras que en la arteritis el color es lívido, color de muerto, como primera manifestación de la gangrena. Otro dato, muchas veces significativo, es la presencia del edema: con efecto, éste es más propio de la flebitis: no obstante, puede también presentarse en la arteritis, ya que habiendo dificultad en el curso de la sangre arterial, el *vis á tergo* es menor, y haciéndose perezosa la circulación venosa, hay condiciones abonadas para que se efectúe la trasudación á través de los capilares: pero de todas maneras, lo natural es que en la arteritis no haya edema ninguno, sino más coarrugamiento de los tejidos anemiados.

**Pronóstico.**—Más que nada hay que tener en cuenta el sitio del mal. Una flebitis en una pierna, brazo, etc., no mata generalmente: lo que sí puede ocurrir, y esto es cosa de tener al médico muy vigilante, es que se efectúe un arrastre embólico y vengan lesiones graves en otro órgano: pero si no sucede esto, la circulación venosa se compensa por el mayor trabajo en otras venas y quedan las cosas en un *statu quo* no del todo fisiológico, pero que se puede soportar con bastante facilidad. Pero si en vez de ser una flebitis periférica, es central, por recaer, v. g., en la vena porta, en los senos cavernosos ó

en otras por el estilo, en este caso el pronóstico será muy grave, porque vienen edemas que perjudican en alto grado los más nobles órganos de la economía.

**Tratamiento.**—Contra la flebitis no hay remedio directo, porque es imposible llegar al coágulo y deshacerlo. Lo que puede hacerse es auxiliar á la Naturaleza, activando la circulación venosa de las inmediaciones, avivando la fuerza del corazón, manteniendo la temperatura de la parte con los medios que hemos citado en otra ocasión, etc. Hay muchos prácticos que recomiendan las fricciones con unguento mercurial, benzina, esencia trementina, aceite de Gábán, y otras, como también el masaje y la aplicación de un vendaje en espiral, todo con el objeto de favorecer la circulación de retorno; pero si se quiere hacer esto, no se debe olvidar la posibilidad de que se desprenda un coágulo que, convertido en embolia, traería complicaciones de gravedad suma. De suerte que lo mejor es mantener la temperatura de la parte, el reposo absoluto, en posición horizontal, y los tónicos cardíacos (cafeína, quinina, diuretina, esparteina, etc ), que aumentan la potencia del centro circulatorio.

## ANEURISMAS DE LA AORTA

La aorta es quizás el vaso que con más frecuencia sufre aneurismas, en cualquier trozo de su trayecto, bien que es innegable que van siendo menos frecuentes á medida que nos alejamos del corazón; así la aorta ascendente y el cayado son los puntos más fácilmente afectos de la lesión; sin embargo, en la aorta abdominal vuelven á presentarse con cierta frecuencia, aunque menor que en los puntos indicados.

**Etiología.**—Los aneurismas son propios de determinadas edades. Frecuentes antes de los treinta años, y lo son menos á medida

que se adelanta en edad. Los ejercicios mecánicos son causa abonadísima de tal lesión; pero me refiero á ejercicios fuertes, vigorosos y al despliegue de una gran fuerza en un momento dado; á esto se debe que abunden los aneurismas en las personas que se dedican á tareas rudas. Pero aun esto no sería quizás motivo suficiente para producir un trastorno total del vaso, si no concurriese en el individuo algo que pueda favorecer la dilatación vascular, algo que previamente haya modificado la textura de sus paredes; así es muy común ver un aneurisma consecutivo á una aortitis. Otras veces no es propiamente la inflamación de la arteria, sino un reumatismo, la gota, la sífilis ó el alcoholismo que, habiendo producido alteraciones tróficas del gran vaso, son causa de aneurisma. Figura también como causa una pasión de ánimo, una impresión moral, sobre todo la que es determinada por el miedo, el terror, el pánico.

**Anatomía patológica.**—Sabemos que la aorta está constituida por tres capas: la interna, muy delgada, formada de epitelio pavimentoso, que más que capa parece una especie de barniz que da suavidad al vaso y evita los roces con la sangre; la media, resistente y formada de tejido riquísimo, esencialmente elástico, pero pobre hasta cierto punto de fibras musculares (al revés de las pequeñas arterias en las que hay gran riqueza muscular), y finalmente la externa, formada de tejido conjuntivo, no muy gruesa en estado fisiológico, pero que puede ser objeto de esclerosis y engrosarse considerablemente. Pues bien: el aneurisma toma diferentes nombres según las capas que se destruyan ó dilaten. Se dice que es *verdadero* cuando está formado por la dilatación uniforme de las tres capas; cuando hay destrucción de las tunicas media é interna, el aneurisma se llama *mixto externo*, en cuyo caso la túnica externa se engruesa para formar una barrera; el aneurisma es *mixto interno*, cuando por el contrario se ha destruído la túnica externa y se conservan las otras dos. Puede también darse el caso de la destrucción de las tres tunicas (*aneurisma falso*) y entonces, como se comprende, sería imposible la vida si no fuera porque la

inflamación que el aneurisma provoca á su alrededor es causa de la formación de una capa improvisada, de tejido conjuntivo de nueva formación. Sólo por curiosidad, pues es muy raro el caso, diremos que algunos autores admiten el aneurisma *disecante*, que consiste en que, destruídas las tónicas media é interna én un punto dado, parte de la sangre enfile por allí y por haberse desprendido la tónica media de la externa, corre entre las dos, que forman como un túnel, hasta que vuelve, por otro orificio como el primero, al centro del vaso.

Por la forma se dividen los aneurismas en *fusiformes* y *sacciformes*: en los primeros, ó en forma de huso, no hay destrucción de ninguna de las tónicas arteriales y la dilatación de las mismas es igual. Los aneurismas en forma de saco son los más frecuentes y la forma de los mismos es diversa. El punto de entrada del saco puede ser estrecho ó ancho. Este aneurisma produce gran alteración de las tónicas arteriales, alteraciones correspondientes al mixto externo y se observa siempre en él el sello de una arteritis antigua. Viene representado por la destrucción de las capas interna y media, al paso que la externa, engrosándose, endureciéndose y volviéndose resistente constituye la verdadera valla. Las lesiones que acabo de apuntar son las mismas, sea cual fuere el punto de la arteria lesionado; pero se comprende que habrá modificaciones especiales según se trate de la aorta torácica ó de la abdominal; así es que desde este momento voy á referirme á la aorta torácica.

### A.—ANEURISMA TORÁCICO

Es común que este aneurisma vaya seguido de una hipertrofia del ventrículo izquierdo, y que hasta se acompañe de insuficiencia de las sigmoideas aórticas; y se comprende que sea así, en virtud de las resistencias que el corazón ha de vencer. El saco aneurismático produce trastornos de grandísima importancia en los órganos con que se

relaciona; además de esto determina fenómenos de orden irritativo, de verdadera flogosis que llega á producir en algunas ocasiones, no sólo la alteración, sino la destrucción de dichos órganos. El saco aneurismático puede estar en relación inmediata con un bronquio, con el esófago, etc.; con la particularidad de que los órganos que más se destruyen no son, como pudiera creerse, los de textura más delicada, sino los que más resistencia opongan el aneurisma. Es por eso que mientras un nervio, por ejemplo, sólo queda dislocado, el esternón, ó las costillas son fácilmente destruídos, y aun, lo que es más notable, se han visto casos de destrucción de los cuerpos de las vértebras.

Antes de pasar al estudio de los síntomas de esta enfermedad, es preciso recordar las principales relaciones que la aorta tiene con los demás órganos contenidos en la cavidad torácica, y por tanto haré un breve resumen de anatomía topográfica. La aorta sale del ventrículo izquierdo, sube hacia la derecha del corazón, forma el cayado y luego se hace descendente para correr adosada á la columna vertebral y un poco á la izquierda; franquea el orificio diafragmático y se hace abdominal. De esto resulta que un aneurisma de la aorta torácica puede relacionarse con el corazón, quedando éste influido, no sólo por la hipertrofia, sino de un modo mecánico. Al arrancar del corazón, la aorta se entrecruza con la arteria pulmonar, de tal modo que se yuxtaponen estos dos vasos; se comprende, pues, que una dilatación aórtica ha de influir sobre la arteria pulmonar. El cayado de la aorta pasa, de derecha á izquierda, inmediatamente por delante de la tráquea; y además al hacerse descendente, pasa cabalgando por encima del bronquio izquierdo. También se relaciona la aorta, bien que por el intermedio de la tráquea, con el esófago; de ahí que un aneurisma del cayado, además de comprimir al tubo aéreo, pueda ejercer presión en el esófago, determinando dificultad al paso de los alimentos. Los pulmones pueden también sentir la influencia de un saco aneurismático. La dirección que sigue la aorta ascendente hace que tenga relaciones con la cava superior. Pero lo que sin duda importa

más conocer son las relaciones de la aorta con los nervios, para explicar los fenómenos, al parecer raros, que un aneurisma determina: así, el cayado se relaciona á derecha é izquierda con los pneumogástricos, con los frénicos, con el plexo cardíaco y los plexos bronquiales; y desde el instante en que la aorta se adosa á la columna vertebral, se pone en relación con los ganglios del gran simpático y los nervios espinales, á su salida por los agujeros de conjunción. Por último, hay una relación curiosa que conviene recordar: me refiero á los nervios recurrentes, ramas del pneumogástrico. El izquierdo, desciende por detrás del cayado, da la vuelta y sube por delante del mismo, para ir á inervar la laringe; de ahí los curiosísimos fenómenos fonéticos que pueden presentarse

**Sintomatología.**—Por lo dicho se comprende que los síntomas han de ser de dos clases: los directos, que resultan de los caracteres propios del tumor, y los resultantes de la compresión sobre órganos vecinos. Claro está que estos últimos han de ser posteriores á la formación del tumor, pues para que haya compresión debe haber necesariamente un cuerpo que comprima; sin embargo en Clínica es lo más común que aparezcan los fenómenos de compresión, semanas y aun meses antes de los directos, y no es que éstos no existan sino que son inapreciables ó poco menos.

El tumor aneurismático á medida que va creciendo puede dar lugar á manifestaciones distintas. Durante un largo período de tiempo no forma tumor apreciable y perceptible, pero cuando lo forma, notamos una ampliación de las líneas pleximétricas cardíacas que acusan un movimiento hipertrófico, y aparte de esto se nota en la región preesternal alta un latido, una pulsación, tal como si allí hubiese otro corazón. Cuando se ausculta la región esternal del pecho, en su parte alta, que comprende los focos aórticos, se perciben ruidos más fuertes que en la región precordial, de un timbre y tono iguales á los cardíacos; pero es muy frecuente que los ruidos normales estén substituídos por los de fuelle, suaves ó ásperos según las condiciones del tumor. Si



se trata de un aneurisma fusiforme, el ruido es suave; si es sacciforme, y sobre todo si la entrada del saco es estrecha, el ruido es áspero como el producido por una lima ó escofina. El ruido del fuelle no falta casi nunca en el primer tiempo, pudiendo presentarse también, aunque más raramente, en el segundo. El fuelle en el primer tiempo se explica fácilmente, porque al contraerse el ventrículo (primer tiempo), la sangre es lanzada con fuerza á la aorta; pero como ésta está lesionada, por producciones ateromatosas ó fibrosas, y además el líquido circulante enfila por la abertura del saco aneurismático, se producen roces y de ahí un ruido de fuelle. El segundo ruido puede depender de varias causas. Supongamos que hay un aneurisma sacciforme: en el sístole ventricular, la sangre entra en la aorta y penetra también dentro del saco, produciéndose el primer fuelle; pero este saco es contráctil y movable y expulsa parte de la sangre que contiene, en el momento del diástole de los ventrículos, y es entonces que se produce el segundo ruido de fuelle que, por tanto, es de segundo tiempo; pero es de advertir que á veces este fuelle depende de que hay también una insuficiencia de las sigmóideas

Cuando el tumor crece hasta ponerse en contacto con las superficies óseas, puede producir en ellas alteraciones de cuantía. Lo común, lo clásico, es que se relacione con el esternón, en la parte derecha del mismo, por debajo de la clavícula. Si el aneurisma radica en la aorta descendente deja sentir su acción á lo largo del cuerpo de las vértebras; pero como el tumor puede ser verdaderamente enorme, colossal, resulta que puede aparecer á la vez en distintos puntos de la caja torácica, hacia la escápula, por ejemplo, abombando los huesos de una manera extraordinaria. Recuerdo que vi un enfermo que presentaba una verdadera joroba, siendo así que en otra época era aquel individuo esbelto y bien formado; pero se le destruyeron cinco costillas y la escápula. A medida que el tumor va siendo mayor, aparecen nuevos fenómenos físicos: se nota un latido que va á compás del cardíaco; este latido, en el aneurisma de la aorta torácica, no es tan fácil

que lo confundamos con un latido transmitido, como sucede en el abdomen, en donde una producción carnososa puede caer sobre el gran vaso y transmitir la pulsación del mismo; además, hay un dato que es característico, y consiste en que, circunscribiendo el tumor aneurismático con los dedos, éstos, no sólo se levantan, sino que se separan, gracias á la dilatación ó expansión de saco aneurismático, cosa que á tratarse de un latido transmitido no podría suceder, pues no habría esta dilatación.

Las modificaciones que el pulso sufre son importantísimas y de gran valor diagnóstico en muchos casos. Si el tumor radica en la aorta ascendente, se concibe que tanto el tronco braquio-cefálico, como la carótida primitiva y la subclavia izquierdas, recibirán la sangre con la misma presión y los pulsos de las dos radiales serán iguales; pero si el aneurisma radica en el cayado, en la porción que media entre el tronco braquio-cefálico y la carótida y subclavia izquierdas, tendremos que el tronco braquio-cefálico recibirá la sangre con presión aún superior á la normal, pues que hay hipertrofia del ventrículo izquierdo, y el pulso de la radial derecha, será fuerte, si no resistente; mientras que la subclavia izquierda recibirá la onda sanguínea más allá del aneurisma y por tanto débil; de ahí que la radial izquierda presentará un pulso inferior al normal. Esto es tan gráfico, que muchas veces basta para el diagnóstico de un aneurisma.

Otra alteración del pulso, notable, consiste en la falta de isocronismo entre el latido de la punta del corazón y el de las arterias. En estado fisiológico, ese isocronismo no es matemático, pues para transmitir la oleada sanguínea que arroja el corazón á las arterias, sobre todo á las periféricas, precisa un período de tiempo, que será tan pequeño como se quiera, pero que al fin existe; sin embargo, como nuestra sensibilidad no alcanza á percibir este tiempo, hemos de admitir, clínicamente por lo menos, ese isocronismo. Pues bien, un aneurisma, es un obstáculo á la circulación, la sangre se entretiene en él, es por eso que si aplicamos una mano en la región precordial y

con la otra pulsamos la pedia, sentiremos el latido del primero antes que el de la segunda.

Y pasemos ya á exponer los síntomas de compresión. Desde luego el dolor es uno de los síntomas más prematuros, tanto que, á menudo, mucho antes de que podamos físicamente diagnosticar el aneurisma, existe ya el dolor. En cuanto á su subjetividad, ofrece condiciones muy distintas: unas veces la sensación es de fatiga, ó de opresión fuerte; en otras el dolor es intenso, agudo, fuerte, constante, horrible, y se siente á nivel de los espacios intercostales, especialmente del lado derecho; estas crisis de dolor son debidas generalmente á la compresión de los intercostales, y á veces son tan rebeldes, que no ceden ni á las inyecciones de morfina; también puede irradiar hacia arriba é invadir el brazo y la mano, produciendo hasta el adormecimiento de los dedos anular y meñique, remedando un ataque de angina de pecho. Por lo demás, puede el dolor constituir el único síntoma durante mucho tiempo, y á este propósito recuerdo un caso gráfico: se trataba de un marinero alto, robusto, hercúleo, que presentaba como síntoma único una neuralgia intercostal del lado derecho y que no había cedido á ningún tratamiento; pero un día murió casi de repente á consecuencia de una hemoptisis colosal y resultó que se trataba de un aneurisma de la aorta ascendente, pero tan raro, que era sacciforme, á modo de una pera prolongada, que iba titilando primero un nervio intercostal, y después contrajo relaciones con el bronquio derecho, produciendo la destrucción del mismo y la formación de un agujero que parecía hecho con un punzón y por el cual se abrió el saco. La compresión de los pneumogástricos da lugar á accesos de disnea y palpitaciones. Si es el nervio recurrente izquierdo el que sufre la compresión, se producirán alteraciones de la voz, ronqueras y hasta afonías. La disfonía, que está motivada por la compresión de un filete quedando el otro en estado normal, es gráfica y característica, porque coincide con la caída de las cuerdas de un lado, fláxidas y sin movimiento alguno. Pueden ser comprimidos los frénicos, uno ó

ambos, manifestándose entonces alteraciones de la motilidad del diafragma; unas veces presentándose rígido y como convulso, otras parético, pero dificultando siempre la respiración ó hasta dando lugar al hipo.

Cuando el saco del aneurisma comprime el gran simpático, como quiera que éste forma parte de los plexos bronquiales y cardíacos, pueden producirse trastornos en el aparato respiratorio (espasmos, bronquitis) y la aritmia del corazón. Pero, sin duda que la manifestación más curiosa es la alteración del iris, que está inervado por el motor ocular común y por el simpático, de ahí que en el curso de un aneurisma veamos á veces una pupila completamente dilatada, mientras que la otra está completamente normal. Si la compresión llega á operarse sobre el esófago, se presentará el cuadro de una esofagitis. Si se ejerce sobre un bronquio, generalmente el izquierdo, prodúcese en el enfermo esta respiración ruidosa, que se oye á distancia, y que es parecida al ruido que hacen los caballos de tiro, disneicos, al subir una pendiente; y por el contrario, el ruido ó murmullo vesicular está muy disminuído, ya que no enfila por el bronquio toda la cantidad de aire necesaria; en cambio, en el bronquio y pulmón sanos se nota una respiración exagerada por virtud de funciones suplementarias. Puede quedar comprimida la cava superior (si el aneurisma es en la aorta ascendente) y presentarse edema de las partes que proporcionan sangre á dicha cava, cosa muy característica. Así, cuando veamos enjutas las piernas y abotagados el rostro y las manos, lívida la cara, los ojos saltones, las venas del cuello repletas de sangre y hasta con pulso venoso, sospecharemos la existencia de una compresión de la cava superior, y cuando esto ocurre se presentan también fenómenos cerebrales: vahidos, adormecimiento, insomnio, etc.

**Curso y terminaciones.**—Muchas son las circunstancias que pueden influir en la marcha de un aneurisma. El sitio es, desde luego, una de las condiciones que más se han de tener en cuenta, pues un aneurisma de la aorta ascendente no producirá las mismas com-

presiones que otro del cayado ó de la descendente; en este último caso queda ya bastante libre la circulación, con lo cual estará el enfermo libre de ciertos fenómenos vasculares que precipitan el desenlace. Influye también la forma del tumor; así los aneurismas fusiiformes tienden menos á producir aplastamientos, y, por tanto, son menos peligrosos que los sacciformes, los cuales obran á manera de cuña y van avanzando sin cesar. La resistencia de las paredes del saco influye también poderosamente: un aneurisma verdadero, representado por la dilatación de las tres tunicas arteriales, claro es que estará menos expuesto á la perforación que un aneurisma mixto, en que hay ya destrucción de parte de las paredes del vaso. No tiene menos importancia el dolor que se produce, pues si es tan violento y persistente que fatigue y aniquile al enfermo, el curso del mal será más rápido. Son muchos, en una palabra, los accidentes que pueden acelerar la muerte del aneurismático; pero sin duda que el más grave de todos, es la perforación del saco, que ocasiona casi siempre una muerte instantánea. Hay enfermos que sucumben víctimas del afecto pulmonar, bien por congestión, bien por una bronquitis ó una neumonia, que tan fácilmente se desarrollan como afectos intercurrentes. Los desórdenes renales aceleran también la marcha, ya que pueden producir la muerte por uremia. La rotura del aneurisma puede operarse por distintos sitios; el clásico, el más común es el bronquio ó la tráquea, pero especialmente el bronquio izquierdo, pues la acción continua del saco aneurismático acaba por producir su perforación; pero tampoco es infrecuente que el saco aneurismático vierta su contenido en la cavidad de la pleura y mate el enfermo á favor de un pneumotórax colosal. Otras veces produce el aneurisma la perforación de una aurícula; y no hay que decir la catástrofe que ocurrirá si esto acontece. Ya como accidentes más raros diré que puede el saco aneurismático atravesar el diafragma ó el exófago y cualquier órgano con que se ponga en contacto. La superficie cutánea es otro de los puntos por que puede aparecer el aneurisma después de haber des-

truído los huesos que encuentra á su paso (costillas, esternón, escápula, etc.), y así puede abrirse por fuera del pecho.

**Diagnóstico.**—El del aneurisma torácico no suele ser difícil, pues bastan algunos de los síntomas expuestos para formularlo. Sin embargo, siempre hay que contar con lo raro y lo imprevisto. Puede ofrecer dudas, por ejemplo, la diferenciación de una aortitis crónica y un aneurisma: en ambos casos pueden producirse los dos ruidos de fuelle descritos, pero en la aortitis crónica faltan por completo los fenómenos de compresión, ya que sólo las paredes del vaso están engrosadas, pero sin gran aumento del diámetro del vaso. Los primeros pasos del aneurisma son muy oscuros y en ocasiones es preciso esperar que aparezcan fenómenos de compresión para poder formular el diagnóstico del aneurisma. Además, en el mediastino podrá haber un tumor no aneurismático, y claro está que entonces se producirán compresiones en los órganos vecinos, para los cuales lo mismo importa que se trate de un aneurisma, que de un fibroma, lipoma ó lo que sea; sin embargo, en este caso, faltarán por completo los fenómenos estetoscópicos. De todas maneras, siempre que veamos un enfermo con un tumor en el mediastino, nos hemos de inclinar á la sospecha de un aneurisma de la aorta, ya que todos los demás tumores son sumamente raros en aquel punto.

Pero esto no basta: hemos de saber el sitio en que el aneurisma radica, lo cual es ya más difícil, pues un tumor que arranca de la aorta ascendente podrá, por la dirección que siga, parecernos del cayado, ya que al fin, éste no podrá menos que experimentar trastornos de consideración. En el aneurisma de la aorta ascendente hay, por lo general, insuficiencia de las sigmoideas, pues la dilatación del vaso llega hasta el arranque del ventrículo y el orificio aórtico se ensancha, habiendo dos fuelles, de primero y segundo tiempo; es en este caso también, cuando hay mayor hipertrofia cardíaca, y además las dos radiales latirán con igual vigor, pues la lesión reside en un sitio anterior al arranque del tronco braquio-cefálico, y de la subclavia izquier-

da. Si el aneurisma radica en el cayado, entre el tronco braquio-cefálico y la carótida primitiva y subclavia izquierda, se presenta aquel fenómeno característico de desigualdad de pulso en las dos radiales, derecha é izquierda. Las compresiones más ó menos distantes nos aclararán también el punto de la lesión: si es el bronquio izquierdo el que está comprimido, sospecharemos un aneurisma en las inmediaciones del punto de unión entre el cayado y la aorta descendente, y así en los demás casos. Otra cosa que conviene saber es si el aneurisma es fusiforme ó sacciforme; respecto de esto podemos decir que en el fusiforme hay menos compresiones que en el otro, el cual forma un promontorio de gran consideración; además, en el aneurisma verdadero no hay tanta tendencia al taladro y de consiguiente á su perforación. A pesar de todo lo dicho es frecuente en muchas ocasiones la duda de cuál sea el sitio del tumor.

**Pronóstico.**—Del estudio hecho se desprende que deba ser gravísimo, mortal de necesidad en plazo más ó menos corto. Sólo diremos que, por lo general, vive más tiempo un individuo con un aneurisma fusiforme que con uno sacciforme.

**Tratamiento.**—Hay uno directo y otro sintomático; prescindiré de este último que, como se comprende, podrá variar tanto como varían los síntomas que el aneurisma desarrolla. Se han intentado una infinidad de cosas para combatir dicha enfermedad; pero hasta ahora no hay ciertamente nada que dé resultados positivos. El tratamiento clásico consiste en la administración de los yoduros, que podrán modificar más ó menos la textura de los vasos, pero incapaces en absoluto de influir en lo más mínimo para variar las condiciones de un vaso que ha sufrido tamaña destrucción. Sin embargo, el yoduro de potasio es, cuando menos, dilatador de los vasos capilares, y en este concepto, puede disminuir la presión de la aorta y del órgano cardíaco. Es por eso que la digital sienta pésimamente á los enfermos que sufren un aneurisma. La trinitrina, el yoduro de amilo, el nitrito de amilo, pueden emplearse; bien que al cabo de poco tiempo, por

ineficaces, ya los hemos de abandonar. Se ha intentado también la aplicación del hielo: yo mismo lo he empleado; pero aparte del pobre papel que puede desempeñar el hielo sobre el vaso, encerrado en el mediastino, ¿quién es capaz de resistir durante muchos días la sensación de un cuerpo frío sobre la parte?; además de que no tardan en producirse fenómenos de catarro, y si el enfermo sufre una bronquitis, una fluxión pulmonar, ó lo que sea, la tos aumentará la presión en los vasos y se agravará la situación. Otros recursos hay más racionales, encaminados á facilitar la coagulación de la sangre en el interior del saco por medio de la electrolisis, estableciendo una corriente eléctrica á través del vaso, con lo cual se logra un resultado parecido al que se determina introduciendo cuerpos extraños en el interior del saco aneurismático. Pero este medio, como se comprende, es sólo aplicable en aneurismas sacciformes y de boca no muy ancha, y aun así nos exponemos á la desigual coagulación de la sangre y á la producción subsiguiente de fenómenos embólicos. Esto mismo se ha querido lograr posteriormente por medio de la *acupuntura*. Se toma para ello un alfiler largo y fino, se atraviesa la pared del saco hasta llegar á tocar la parte opuesta y entonces se procura traumatizar la túnica interna de la misma, con lo cual se provoca la formación de un *trombus* en aquel sitio y la coagulación de la sangre, coágulo que, con nuevas punturas, podrá llegar á ocluir el saco por completo.

Todo esto es muy hermoso para decirlo aquí, pero delante del enfermo la tarea ya es más ardua. En primer lugar ya no podremos emplearla en los aneurismas fusiformes, pues no podremos medir el grado de estratificación de la sangre coagulada, como quien estuca una pared. Son más lógicas estas intervenciones en el aneurisma sacciforme; pero aun así, son arriesgadísimas, sobre todo la introducción de cuerpos extraños; no lo es tanto la acupuntura, pero ya quedan indicados los peligros de una embolia, pues ¿quién impedirá que un coágulo, en vez de quedar adosado á la pared, circule con la sangre?; y si hay insuficiencia de las sigmoideas aórticas y la sangre coagulada retro-



cede al corazón? Es más: ¿podremos tener la seguridad de que el aneurisma es sacciforme? Difícilmente. Sea como sea, contando con la venia del enfermo, al que no ocultaremos los peligros que corre, nos decidiremos á emplear estos medios, en especial la electro-puntura.

## B.—ANEURISMA ABDOMINAL

Todo lo dicho respecto á etiología y anatomía patológica de los aneurismas, tiene aquí perfecta cabida. El aneurisma de la aorta abdominal puede presentarse en toda ella; sin embargo, el sitio reglamentario está al nivel de la región umbilical. El tumor no llega quizás á ser tan grande como el torácico, cosa que parece contradictoria; no parece sino que las mismas compresiones que la aorta torácica sufre avivan su crecimiento. La irrupción del aneurisma lo mismo puede efectuarse á un lado que á otro, ó hacia adelante ó hacia la columna vertebral, destruyéndose entonces el cuerpo de las vértebras.

**Sintomatología.**—El aneurisma de la aorta abdominal es un proceso muy doloroso: el dolor puede presentarse á nivel del saco ó á distancia, como reflejado; así vemos enfermos que acusan una neuralgia lumbo-abdominal, lumbo-escrotal, lumbo-ovárica, ó crural, ó ciática, etc. Este dolor es continuo y rebelde, tanto, que á veces no cede con la morfina; contribuye mucho al desmejoramiento de los enfermos, y su intensidad es quizás superior á la del aneurisma torácico. Como la aorta está en un punto accesible á nuestra exploración nos será posible palpar el tumor al través de las paredes abdominales, tumor de tamaño variable que en general no pasa del de una naranja. Si el individuo tiene flácidas las paredes abdominales será posible circunscribir con los dedos el tumor y entonces percibiremos que es pulsátil, que sufre un movimiento de vaivén, de contracción y de dilatación, isócrono con el pulso, todo lo cual es muy gráfico. Auscultando percibiremos un fuelle que irá perdiendo su intensidad á medi-

da que nos alejamos del sitio del tumor, siguiendo la dirección del vaso; y que, apretando la boca del estetoscopio contra dicho tumor, aumenta en intensidad. La pulsación de las crurales y pedias es más débil que en estado normal, y las arterias que salen de la porción aórtica, que queda por encima del tumor, están, por el contrario, con aumento de presión, y su latido es más fuerte del normal. No es infrecuente observar, bien que es preciso alguna práctica para ello, una falta de isocronismo entre el latido cardíaco y de las radiales, con el de las pedias. Estos son los fenómenos capitales, pero habrán, como se comprende, muchos síntomas dependientes de las compresiones y dislocaciones que ocasione el tumor; es por esto que son casi constantes los desórdenes del aparato digestivo, ya que de la aorta salen los vasos que riegan el tubo gastro-intestinal. Lo propio sucede con la circulación renal; y la orina podrá presentarse modificada en su cantidad y calidad.

**Curso y terminaciones.**—Este estado de cosas puede sostenerse por espacio de meses y años, pero la muerte es el fin de tal afecto. Y puede sobrevenir de distintas maneras: ó reventándose el saco aneurismático, ó estableciéndose adherencias, v. g., con un intestino, y abriéndose por allí el tumor, dando lugar á una enterorragia colosal; ó puede morir el individuo por el gravísimo estado en que se encuentra el tubo intestinal, ó por destrucción de las vértebras, etc.

**Diagnóstico.**—Es más difícil que el del aneurisma torácico, porque los fenómenos de compresión tardan en manifestarse, debido esto á que unos órganos ceden el paso á otros. Cuando hay ya tumor, es más fácil, puesto que es accesible á la exploración directa. Hay casos, sin embargo, cuyo diagnóstico es casi imposible. Yo he visto un enfermo que presentaba síntomas mielíticos, entre ellos una paraplegia, con trastornos de la sensibilidad, y que, practicada la autopsia, se encontró un aneurisma abdominal, operándose la dilatación hacia atrás, destruyendo los cuerpos de las vértebras y produciendo fenómenos compresivos sobre las meninges y la médula. También he

visto un enfermo explorado por cuatro facultativos, que habían sostenido opiniones distintas acerca de la existencia ó no de un aneurisma, lo cual prueba las dudas que podrán ocurrir en el diagnóstico de esta afección.

Hay mujeres histéricas cuya aorta abdominal pulsa con gran fuerza, tal como si el vaso estuviera dilatado, y aun auscultando podrá percibirse ruido de fuelle, sin que exista aneurisma. Es más: se da el siguiente caso: una mujer con aspecto de desnutrición general, con neuralgia horrible, tumor abdominal en el centro de la línea media, pulsátil y con ruido de fuelle evidente, ¿quién no diagnosticaría un aneurisma?; y sin embargo, muere la enferma, se hace la autopsia, y se ve completamente sana la aorta. Pero en este caso de mi clínica había una enorme váriz ó dilatación de la cava inferior, que descansaba sobre la aorta, dando lugar á la equivocación expuesta. Pero el caso más notable que yo he visto es el siguiente: un enfermo acusaba dolor intensísimo lumbo-abdominal, con irradiaciones hacia la pierna y trastornos de la sensibilidad táctil de las extremidades derechas; el dolor era tan vivo que sólo se calmaba algo con inyecciones de morfina. En este caso nos preguntábamos de qué se podría tratar, y naturalmente, ocurrió la idea de que si habría aneurisma de la aorta abdominal. La exploración de la parte fué negativa, á pesar de que el enfermo se prestaba á ello, pues era sumamente flaco; entonces creímos se trataba de una mielitis de causa obscura, en el sitio *x* del trayecto. Pasó el tiempo y volvimos á explorar el enfermo, apareciendo entonces el tumor, bastante grande y pulsátil, con ruido de fuelle y expansión del saco: claro está que se modificó el diagnóstico aceptando el de un aneurisma que, en la primera exploración, sólo formaría relieve hacia atrás titilando un par espinal, causa del dolor. Pasaron algunos meses, otros médicos vieron al enfermo y le encontraron en la situación de la primera vez, es decir, sin tumor, pero con dolores. Lo supe y quise ver otra vez al enfermo. Había desaparecido, en efecto, el tumor y entonces quedé perplejo; pero murió el enfermo, se le

hizo la autopsia, y se encontró un aneurisma de la aorta abdominal, cuya sangre se había coagulado rellorando el saco que á la vez se coaguló; en una palabra: se había hecho naturalmente lo que nosotros hacemos alguna vez por medio de la electrolisis.

• **Pronóstico.**—No hay que insistir en él: es grave, gravísimo, lo mismo que el del aneurisma torácico: es afección mortal.

**Tratamiento.**—Cabe aplicar aquí todo lo dicho respecto del aneurisma torácico, bien que tampoco podremos esperar grandes resultados de ello. Quizás mejor que en el torácico puede apelarse á la aplicación del hielo sobre la parte; verdad que tampoco podrá sostenerse esta aplicación por espacio de meses. Fuera de esto sólo podremos apelar, si es sacciforme, á las inyecciones de percloruro de hierro y á la electrolisis, á menos que no se nos ocurra como á Cooper, (por fuerza había de ser un inglés), hacer la ligadura de la arteria por encima del aneurisma, logrando sólo con ello la muerte del enfermo: ¿Qué circulación suplementaria puede tener lugar para la mitad inferior del cuerpo? ¿Cómo se evitará que sobrevenga la gangrena de las extremidades abdominales?

---





## ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

---

### ENFERMEDADES DE LAS FOSAS NASALES

---

#### CORIZA AGUDO

*Rinitis* ó catarro de la membrana pituitaria. Es un proceso sumamente común: no hay persona que en su vida no haya tenido coriza.

**Etiología.**—Generalmente es debida á una acción *à frigore*. Bien sabido es que los catarros son raros en verano y abundan en invierno; y que puede muy bien contraerse un coriza por la influencia de una corriente de aire frío. Sin embargo, hay causas de orden infectivo que lo motivan; como la infección sarampionosa, la tifódica y la variolosa. Otras veces depende de la impresión directa que ejercen ciertas substancias irritantes sobre la parte; así, v. gr., las personas que no están acostumbradas á tomar rapé, pueden contraerla, como las que aspiren vapores nitrosos, amoniacales, de cloro, etc. O depende de un traumatismo; por ejemplo, una contusión en la nariz, la introducción de un cuerpo extraño en las fosas nasales, etc.

**Anatomía patológica.**—Desde el punto de vista anatómico, el proceso es sumamente sencillo: un trabajo fuerte de fluxión, con gran riqueza vascular, y se presenta la mucosa inyectada; después se forma el exudado y se produce una secreción de moco abundante; primero, claro y aguanoso, y después espeso y amarilloso. No hay más lesiones que éstas, y es muy raro el caso, en el proceso agudo, que se fragüe verdadera ulceración de los tejidos.

**Sintomatología.**—Casi es inútil hablar de ella, porque todos podemos describirla por experiencia propia. Sin embargo, como recuerdo diré: que cuando hay un catarro se observan fenómenos distintos, según el período de la evolución. Así que empieza el catarro siente el enfermo como una sensación de ardor; molesta el paso del aire, sobre todo si es frío, por las fosas nasales; tanto, que algunos se tapan la nariz con un pañuelo para que el aire se tamice y no y no moleste tanto. En este primer período el enfermo no tiene necesidad de sonarse, porque todavía no hay exudado; pero se produce un acto reflejo, que es el estornudo. El catarro suele propagarse á las células frontales, y de ahí que se sienta pesadez supra orbitaria, así como lagrimeo abundante á causa de propagarse el catarro á la mucosa conjuntival. Se entorpece un poco el sentido del olfato, así como el del gusto. No tarda en aparecer un movimiento de secreción abundante, habiendo necesidad de sonarse muy á menudo; exudado claro, aguanoso, que irrita las partes con las que está en contacto, tanto, que las alas de la nariz y el labio superior algunas veces ofrecen un aspecto como de estar escaldados. Siguen los estornudos, molesta la sensación de peso, que se convierte en verdadero dolor de cabeza; se altera la voz, haciéndose nasal. Este período se sostiene tres ó cuatro días, al cabo de los cuales sobreviene un cambio representado por modificaciones en la secreción, que se espesa, ofreciendo el moco un matiz amarillento ó verde amarillento, declinando entonces el catarro, en cuyo caso se dice que “el catarro madura.” Desaparecen los síntomas apuntados y se obtiene la curación.

Hay enfermos que sienten fenómenos generales, sobre todo cuando el catarro es debido á una influencia *à frigore*: escalofríos, dolor á lo largo del espinazo, quebrantamiento de huesos, y hasta ligera fiebre, que aumenta cuando está relacionado con las fiebres exantemáticas.

La terminación del coriza es favorable, excepto en algunos casos, muy contados, en que un coriza agudo abre las puertas á la cronicidad.

**Diagnóstico.**—No hay dudas de ningún género: siempre que el enfermo experimente irritación en la nariz, estornudos, abundante secreción, pesadez de cabeza y lagrimeo, podemos decir que hay coriza.

**Pronóstico.**—Es leve, ya que la enfermedad puede pasarse por las calles, sin quebranto, si no se desarrolla calentura.

**Tratamiento.**—Si el enfermo está calenturiento, aconsejaremos que guarde cama, que se abrigue y que tome bebidas teiformes, al objeto de producir una buena trasudación. Cuando queramos intervenir más eficazmente usaremos el espíritu de Minderero, ó cualquier otro diaforético. Respecto al tratamiento local, diremos que el coriza, como las anginas, puede hacerse abortar aspirando agua de Colonia, ó vapores de ácido salicílico ó tomando medio miligramo de sulfato de atropina. Ya en marcha el proceso, pueden aspirarse vahos de flor de saúco ó pueden hacerse inyecciones bóricas; aunque, en rigor, el proceso es tan simple, que casi no vale la pena de emplear tópicos de ningún género.

## CORIZA CRÓNICO

Desde luego hemos de distinguir el catarro crónico ulcerativo del no ulcerativo, toda vez que los síntomas son muy distintos y la importancia muy diversa.

**Etiología.**—El coriza crónico puede proceder de un coriza agudo, no resuelto; pero la mayor parte de ellos son sintomáticos y



vienen ligados á estados dicrásicos y constitucionales, como el escrofulismo, el herpetismo, la sífilis y la artritis, tanto reumática como gotosa. Hay una condición individual, que permite el desarrollo del coriza crónico: me refiero á la construcción nasal; personas hay que por sólo esto, presentan el máximum del catarro, esto es, el cuadro del ozena, que no es más que un catarro crónico nasal ulcerativo; la nariz achatada y las pirámides aplastadas, son los caracteres de construcción nasal que más facilitan el sostenimiento y hasta la clase de determinadas rinitis crónicas.

**Anatomía patológica.**—Hay catarros que sólo están representados por una fuerte inyección vascular y algún desprendimiento epitelial; pero, en otros casos, se ulcera la mucosa, interesándose á veces el periostio y hasta el mismo hueso; de manera que desde el simple trabajo hiperémico hasta la destrucción ósea, se puede formar una escala de lesiones intermedias. Según sean los trastornos, se puede propagar el catarro hacia atrás, interesando la región *faringo-nasal* (retro-rinitis) y observándose en esa parte un gran movimiento hiperplásico de la mucosa.

**Sintomatología.**—En la forma no ulcerativa, los enfermos tienen el olfato torpe y la respiración nasal se hace con más ó menos dificultad, porque la tumefacción de la membrana llega á dificultar el paso de la columna de aire. Las molestias que el enfermo experimenta en la parte no son muchas; pero acusa la sensación de ocupación, de embarazo, de abí que continuamente tenga necesidad de sonarse para desocupar las fosas nasales; los estornudos son raros, á menos que el catarro crónico adquiriera un carácter agudo. Si viene ligado con estados constitucionales, claro es que se presentarán las lesiones características de estas enfermedades. En el coriza ulcerativo sucede lo propio, pero lo que le caracteriza es el hedor que se expele en el acto de la espiración; olor que no puede describirse ni compararse con otro. Los franceses lo comparan al que despiden los chinches, pero entiendo que la comparación no es exacta, y sólo puede decirse que es un

olor característico y sumamente repugnante. El enfermo, en cambio, no lo percibe debido á que la corriente olorosa va de atrás á delante, ó á que el paciente llega á habituarse. El examen de las fosas nasales muchas veces no da por resultado el descubrimiento de las ulceraciones, porque las fosas nasales tienen una construcción especial, y según el sitio de la lesión se comprende que será imposible las podamos ver, ni con el auxilio del espejillo llevado á la región faringonasal.

**Curso y terminaciones.**—Este cuadro puede desaparecer por resolución del mal, ó puede sostenerse durante toda la vida, pero sin que llegue á comprometer la situación del enfermo. En el orden sociológico, algunas veces tiene el coriza fétido cierta importancia, y hasta se ha dicho si podría ser causa poderosa para la separación de los cónyuges.

Los que están al corriente del movimiento científico contemporáneo, habrán notado el esfuerzo que se ha hecho en demostrar que el coriza puede desarrollar fenómenos á distancia; así es que hay enfermos que tienen vértigos cuyo origen es nasal, á la manera que dijimos que había dispepsia vertiginosa; en otros se relaciona con los fenómenos disneicos y hasta se asocia al asma.

**Diagnóstico.**—Resulta fácil, por lo mismo que las lesiones radican en una región visible y que desarrollan los fenómenos gráficos descritos.

**Pronóstico.**—Por regla general no es grave, por lo que toca á la enfermedad en sí; sólo tendrá importancia desde el punto de vista social, y cuando dé reflejos sobre las vías aéreas en el concepto de producir asma, disnea.

**Tratamiento.**—El tópico ha de consistir en el uso de sustancias de acción substitutiva: así, se recomendará el ácido bórico, el sub-borato de sosa, el ácido fénico, el ictiol, el timol, la resorcina, etc., más ó menos concentrados, con cuyos agentes se logra una modificación notabilísima de la membrana mucosa nasal. Debe recomendarse,

al propio tiempo, una gran limpieza de la parte, con agua tibia ó con una infusión de flor de saúco ó de manzanilla, valiéndose de un tubo de goma á propósito. Cuando se trate del coriza fétido, debemos echar mano de soluciones con permanganato potásico, como desodorantes. Si al examinar directamente la parte anterior ó la posterior de las fosas nasales, se descubre una excrecencia ó tumefacción, entonces intervendremos de una manera más enérgica, modificando la parte con soluciones de nitrato de plata ó de cloruro de zinc, y hasta con el termo ó gálvano-cauterio.

En cuanto á tratamiento general, variará según los casos: si el coriza recae en un sifilítico, usaremos el mercurio, yoduro potásico, etc.; si se trata de un escrofuloso, recurriremos á los yoduros, á los ferruginosos, etc...

## EPISTAXIS

Así se llama la hemorragia nasal; por otro nombre, rinorragia.

**Etiología.**—Un traumatismo, cualquiera que sea, puede producir una epistaxis. A veces hay relación entre la epistaxis y la edad de los individuos, ya que la vemos frecuentemente en los niños y en los adolescentes, y alguna vez en los viejos; sólo que el mecanismo es muy distinto según se trate de un joven ó de una persona de edad. Las epistaxis en individuos de 60 á 70 años, suelen depender de un estado ateromatoso de los vasos que por cualquier accidente se rompen; al paso que en edades más tempranas, ora por la desproporción entre el volumen de la cabeza y el del cuerpo, ora por la simple viveza circulatoria, la mucosa nasal está muy vascularizada y prodúcense hemorragias. En las personas pletóricas y en las que padecen palpitaciones ó determinadas cardiopatías, especialmente la hipertrofia, suele presentarse la epistaxis. Pero si unas veces se ven estas hemorragias en personas robustas y de gran fuerza cardíaca, también se observan en casos contrarios, como en la anemia, en la clorosis, en el escorbu-

to, en la púrpura, en la hemofilia, y en muchas infecciones agudas. También las hay dependientes de la supresión de un flujo normal ó patológico, por ejemplo la menstruación ó un flujo hemorroidal.

**Sintomatología.**—Desde luego digamos que una pequeña salida de sangre no llega á constituir epistaxis. La cantidad de sangre perdida puede variar entre un gramo, cuarenta, ochenta y muchos más. Esta hemorragia de ordinario se presenta por una sola de las aberturas nasales y siempre por la misma ó por una y después otra, indistintamente. La sangre sale roja, viva y rutilante ó rosada y con poco color y plasticidad, según las condiciones del individuo. Si la cantidad de sangre es considerable, puede correrse á la faringe y exófago, ó puede enflar por la boca, titilando á veces la epiglotis y determinando un golpe de tos. Examinando las fosas nasales se encuentran ocupadas por coágulos. Hay individuos que después de las epistaxis sienten marcado alivio; tal ocurre en los que tienen tendencia á un estado congestivo cerebral. Otros, los jóvenes, las resisten con indiferencia; pero si la cantidad de sangre perdida es mucha, sobrevienen fenómenos anémicos más ó menos graduados y que pueden extremarse hasta el punto de determinar pérdida del sentido.

**Diagnóstico.**—En la inmensa mayoría de casos no ofrece dificultad alguna. Sin embargo, á propósito de la gastrorragia, ya dije que podría confundirse con la epistaxis en razón á que la sangre, á veces, pasa por la parte posterior, llega al estómago y determina vómito; y si en algún caso provoca tos, puede ocasionar cierta confusión con la hemoptisis; pero la anamnesis del sujeto, la inspección de las fosas nasales y la carencia de lesiones gástricas ó del aparato respiratorio, aclararán toda duda.

**Pronóstico.**—Se subordina á dos factores: cantidad de sangre perdida y causa productora. Tanto como la apreciación de la cantidad de sangre perdida, tendremos en cuenta la causa del mal: así, en virtud de este juicio, una epistaxis tal vez corta dará lugar, á veces, á una gráfica significación pronóstica, mientras que á otra de más con-

sideración no le daremos tanta importancia, y aun la podremos juzgar beneficiosa. En un tifódico, una epistaxis, tres ó cuatro gotas de sangre tiene gran significación diagnóstica y pronóstica: al revés, en una persona de cierta edad que tienda á las congestiones cerebrales, vahidos, etc.... una hemorragia de la nariz produce verdadero alivio. Si en los jóvenes las epistaxis son muy repetidas, debemos reservar mucho el pronóstico, porque en tal caso pueden ligarse con trastornos cardíacos y hasta con afectos graves de pecho.

**Tratamiento.**—De lo dicho se deduce que no siempre debemos cohibir la hemorragia. Pero, supongamos que es preciso cohibirla por la excesiva cantidad de sangre, ó por otras circunstancias; en estos casos apelaremos á medios tópicos, de acción directa, y á medios de acción general. Los primeros son muchos y algunos hasta vulgares. Es útil colocar al enfermo en posición vertical al objeto de disminuir la presión vascular de la parte; también se puede sentar al enfermo, haciéndole inclinar la cabeza adelante, mientras se le comprime con el dedo el lado de la nariz correspondiente á la hemorragia; de esta manera, como la sangre no encuentra fácil salida, se coagula y hace el efecto de un tapón. También se puede recurrir á la aplicación del frío, por la isquemia que produce, aplicándolo en la nuca, en la frente ó sobre la nariz. En estos últimos tiempos un catedrático de la facultad de París, ha recomendado un procedimiento para cortar las epistaxis algo copiosas, y consiste en la aplicación de fomentos ó cataplasmas muy calientes sobre el hígado. Puede recurrirse, asimismo, á las inyecciones con soluciones de sustancias astringentes: sulfato de alúmina, sulfato de zinc, borato sódico, ratania, catecú, ácido gálico, etc.... y por último, al percloruro de hierro. Si todo esto resultara infructuoso, el recurso extremo consiste en el taponamiento de las fosas nasales. Puede echarse mano también de las sustancias isquémicas, al interior, ergotina, cornezuelo de centeno, ácido esclerotínico, extracto de ratania, etc. Ahora, según la causa, claro es que variará el tratamiento; así, si la epistaxis depende de una alteración en el

funcionalismo cardíaco, ó de una plétora, ó de una anemia, ó de la supresión de un flujo, es inútil decir que las indicaciones preventivas habrán de cumplirse de muy distintos modos.

---

## ENFERMEDADES DE LA LARINGE

---

### LARINGITIS AGUDA

La laringitis puede ser aguda y crónica. Empezaremos por la aguda. Es una enfermedad bastante común, aunque no tanto como los catarros nasales y bronquiales.

**Etiología.**—Abunda en las épocas del año de transición estacional, y, como causa abonadísima, reconoce el frío. Todavía no ha llegado el momento de considerar esta afección como parasitaria; el día que se descubran sus gérmenes, podrá darse de ella la explicación que los autores dan de la pneumonía, en sus relaciones con la influencia à *frigore*. A este propósito, los que tal sustentan, aducen la experimentación hecha en animales sometidos á la acción de un frío intensísimo, sin que en ninguno de ellos se desarrollase la pneumonía. Pero en cambio añaden que el pneumoco necesita, para mejor desarrollarse, la acción de un ambiente frío y húmedo. De manera que, en definitiva, aun no siendo el aire frío la causa inmediata, debe reconocerse en su manera de obrar una influencia real y positiva.

La laringitis aguda también puede ser producida por el cansancio del órgano ó por el trabajo excesivo del mismo, como ocurre en los cantantes y oradores. Puede á la vez ser debida á la respiración de

substancias irritantes y á la propagación de procesos análogos, por ejemplo, la bronquitis, ó un catarro de las fosas nasales. Se desarrolla asimismo en los procesos infectivos, fiebre tifoidea, viruela, sarampión, escarlatina, etc...

**Anatomía patológica.**—Se observa un trabajo hiperémico en la mucosa y así como en estado fisiológico presenta un color rosáceo, en el catarro la coloración es más viva y como escarlatada. Los vasos están repletos de sangre, con arborizaciones y puntitos más ó menos rojos ó lívidos; hay descamación epitelial, con desprendimiento de epitelios, pero sin llegar, en la forma aguda, á la ulceración. Aparece un exudado ligero y plástico que embadurna la superficie interna de la laringe, formando una especie de barniz depositado especialmente en los recodos que forman las cuerdas. En los niños es frecuente que la mucosa esté muy tumefacta, acompañándose de infiltración serosa del tejido celular, al nivel de los repliegues aritenopiglóticos, que se presentan flácidos, blandos é infiltrados, impidiendo el movimiento de válvula de la epiglotis. Además, infiltrado de serosidad el tejido submucoso, hay tendencia á la estenosis laríngea. Es común que el catarro no quede circunscrito á la laringe, sino que se extienda á la tráquea ó á los bronquios y que hasta se resienta la faringe.

**Sintomatología.**—Describiremos sólo la del adulto, porque la que ofrece el niño es algo distinta. El catarro laríngeo puede presentarse como fenómeno local sólo, ó como local y general á un tiempo. Los fenómenos locales guardan relación con la intensidad de la laringitis. Hay catarros que no llegan á producir más que una sensación de cosquilleo, como si hubiese algo que titilase la mucosa; otras veces la sensación es de ardor ó de sequedad: fenómenos todos que cada enfermo siente á su manera. Estas sensaciones que acabo de describir aumentan cuando el enfermo respira un aire más frío ó una atmósfera condensada é irritante, por humo de tabaco, polvo ó cosa parecida; también se acentúan cuando el enfermo se esfuerza en hablar y siempre que el órgano se pone en acción.