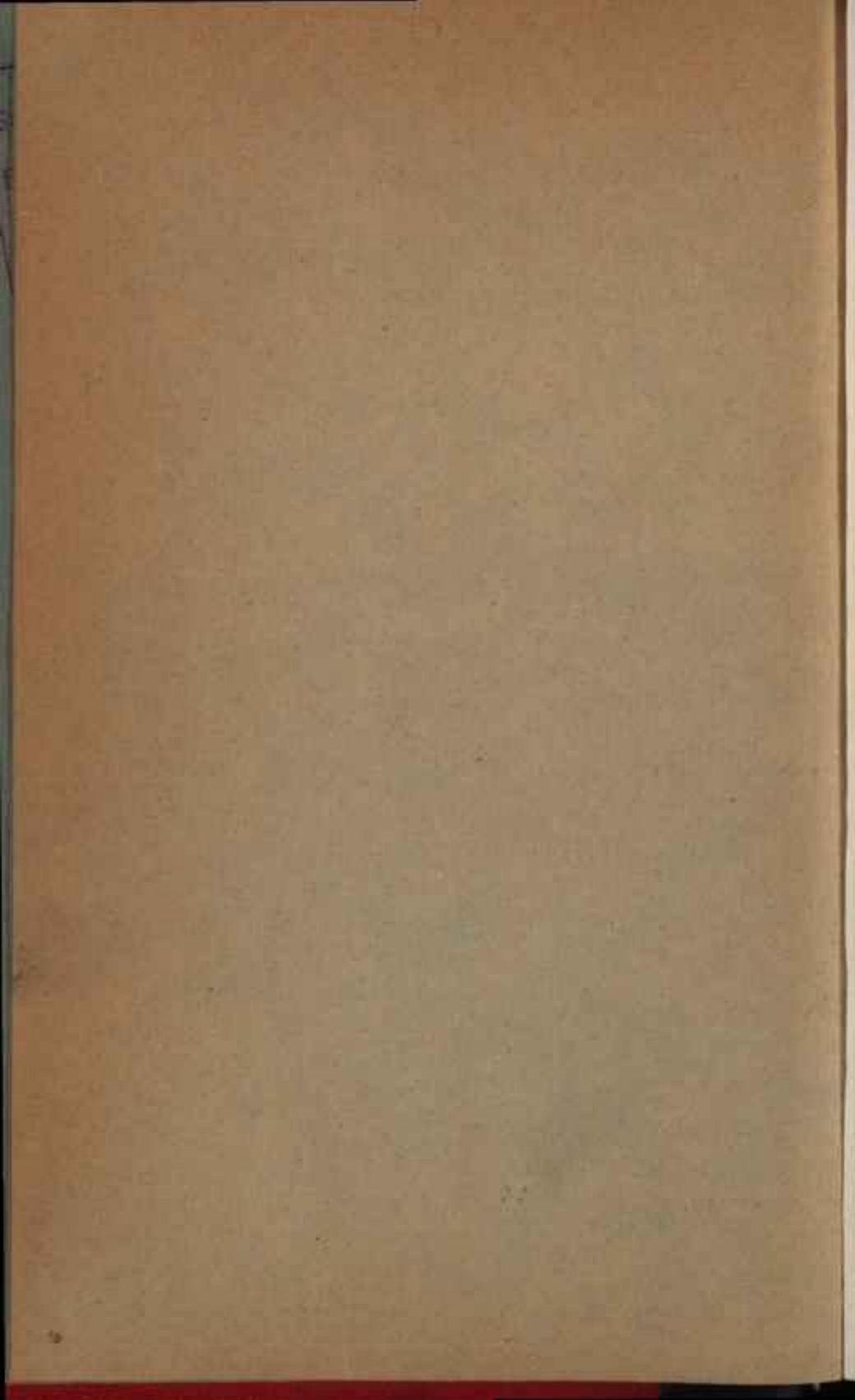




LECCIONES CLÍNICAS

SOBRE LAS

ENFERMEDADES DE LA GARGANTA.

616
MAS
lee

5586

B-1958

LECCIONES CLÍNICAS
SOBRE LAS
ENFERMEDADES DE LA GARGANTA

DADAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE NAPOLES

DURANTE EL AÑO ESCOLÁSTICO DE 1882-83

POR EL

Doctor Fernando Massei

PROFESOR DE LARINGOIATRÍA EN LA REAL UNIVERSIDAD DE NÁPOLES

traducidas directamente del italiano

POR EL PROFESOR

RAMON DE LA SOTA Y LASTRA

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA Y EN FILOSOFÍA Y LETRAS.

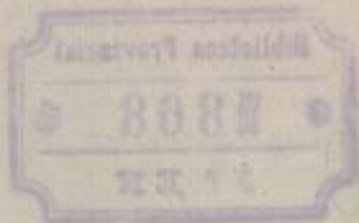


SEVILLA.
LIBRERIA DE TOMÁS SANZ,
Sierpes, 92.

MADRID.
LIB. DE VICTORIANO SUAREZ,
Jacometrezo, 72.

1885.

Es propiedad de la Biblioteca.
Queda hecho el depósito que marca
la Ley.



PRÓLOGO DEL TRADUCTOR.

El Profesor Massei, tan conocido y apreciado en el mundo médico por sus trabajos laringológicos, acaba de publicar un hermoso libro, cuyo estudio de tal modo nos complació desde las primeras páginas, que no nos dimos momento de reposo hasta haber leído la última. Conforme adelantábamos en nuestro empeño, iba siendo mayor el deseo que sentíamos de dar á conocer esta obra á los médicos españoles, creyendo firmemente que habia de ser recibida por éstos con el aprecio que merece la materia de que trata, y la manera como es tratada.

La tuberculosis de la laringe, la difteria y el ozena se estudian magistralmente en estas lecciones; nada se omite de lo que conviene saber, no se emplea una sola palabra inútil, su exposición es metódica, su estilo sencillo y claro, su contenido comprende los últimos adelantos científicos. Ninguna teoría se presenta como verdad científica si no es proclamada por la mayoría de los autores y comprobada por la experiencia personal. A la hipótesis, por seductora que aparezca, se la coloca en el lugar que merece, se indican las probabilidades de certeza que tiene, se exponen las dudas que levanta, lo que necesita para ser considerada digna de figurar en la ciencia constituida.

Como obra clínica se da en ella más importancia á

la práctica que á la teoría: se dibujan, por decirlo así, los caracteres anatómicos propios de la enfermedad, y que se descubren con el sentido de la vista, ayudado por los recién inventados instrumentos. Los síntomas funcionales se relacionan con las lesiones, y por éstas se explican. El diagnóstico se expone con extraordinario esmero. El pronóstico se estudia con grande diligencia, porque, como el autor dice, *il pronosticare esattamente é certe volte un merito grandissimo*. En el tratamiento es en donde principalmente el sábio laringologista hace alarde de un juicio claro y severo para descartar de las medicaciones tantas drogas inútiles ó perjudiciales, indebidamente recomendadas, y sólo aconseja aquéllas que en su larga experiencia ha encontrado verdaderamente eficaces.

La obra, pues, que hoy ofrecemos á los médicos españoles es digna del Profesor, cuyo nombre en laringología será siempre pronunciado con el mismo respeto que los de Mackenzie, Solís-Cohen, Elsberg, Tobold, Schnitzler, Isambert, Ariza, Labus, y los de otros hombres ilustres por sus trabajos y descubrimientos en este importantísimo ramo de la ciencia médica.

En cuanto á la traducción sólo diremos que hemos procurado conservar íntegro no sólo el pensamiento del escritor napolitano, sino hasta el giro del lenguaje en cuanto ha sido compatible con el genio de la lengua española. Afortunadamente ésta y la italiana son dos hermanas gemelas, igualmente ricas, igualmente elegantes, que si la una excede á la otra en dulzura, ésta aventaja á aquella en majestad; pero en una y en otra pueden expresarse en forma bella los más profundos pensamientos y las más brillantes ideas,

RAMON DE LA SOTA Y LASTRA.

Sevilla Junio de 1884.

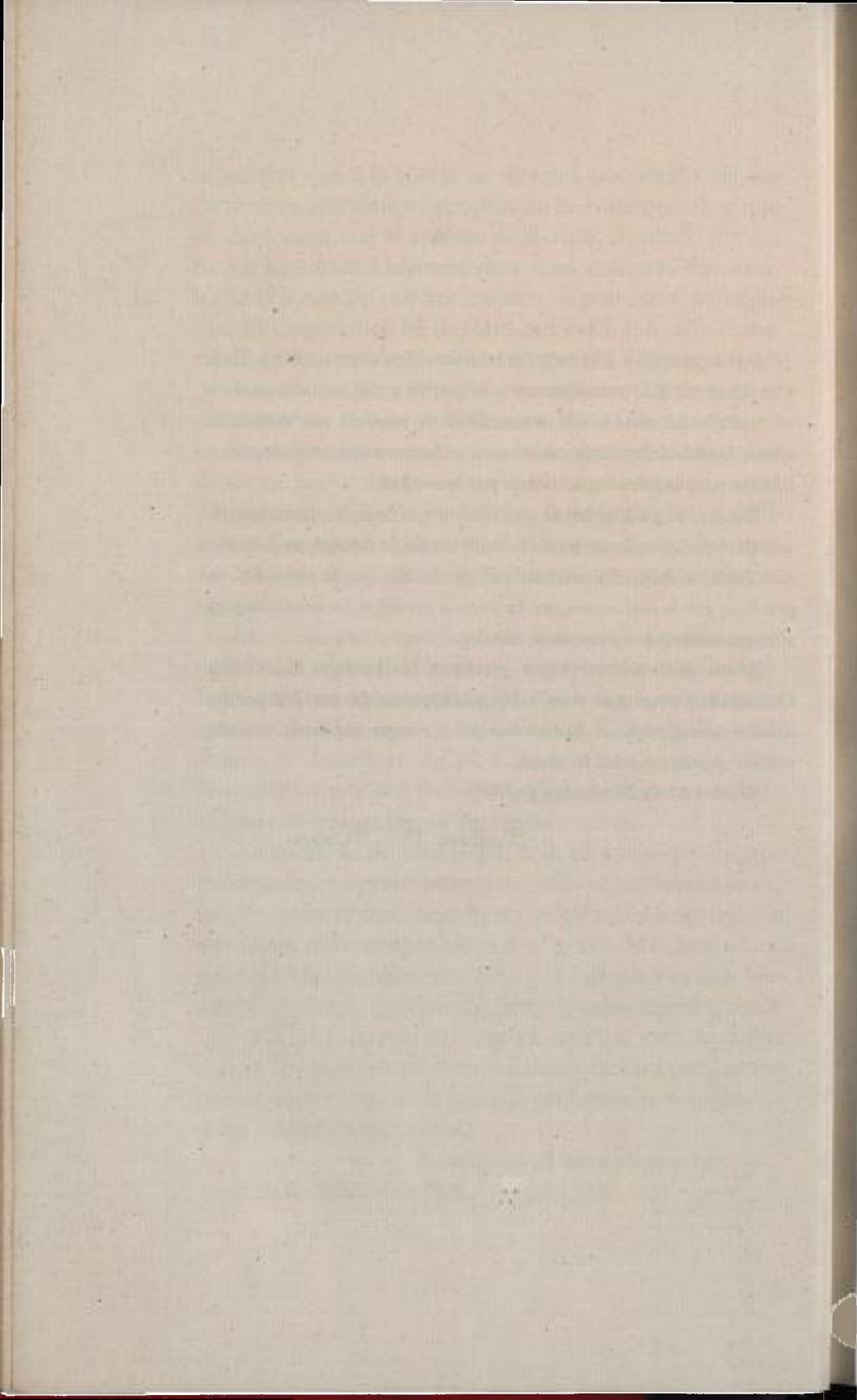
Dedico este libro á la culta y laboriosa JUVENTUD DE LA UNIVERSIDAD DE NÁPOLES, que con inteligencia y celo me acompañó en mi trabajo. Mi alma siente la necesidad de rendirle este tributo de afecto, despues del cuidado puesto para redactar estas lecciones, desaliñadas, pero inspiradas solamente por la verdad.

Empero, al publicarlas he querido suprimir aquellas nociones elementales que se refieren, ya á la anatomía de la laringe, ya á la técnica laringoscópica. De este modo no queda más que la parte útil, la práctica; por lo cual espero que su lectura produzca la misma impresión que cuando se oyeron en la cátedra.

A mis distinguidos amigos y colegas, los Doctores MASUCCI y CICCONARDI tengo que manifestar públicamente mi gratitud por todas las molestias que se han tomado para recoger taquigráficamente, revisar y ordenar estas lecciones.

Nápoles 1.º de Noviembre de 1883.

Professor F. Massei.



LECCION PRELIMINAR.

Resúmen.—Eleccion de plan.—Razones de preferir el clínico.—El estudio de las enfermedades de la laringe es importante, porque las lesiones se ven en su realidad—*a)* son frecuentes y comunes—*b)* á veces no se anuncian más que por un solo síntoma—*c)* á veces son signos de enfermedades de órganos muy próximos, ó de enfermedades generales—*d)* á veces reclaman curas solícitas—*e)* el estudio de las enfermedades laríngeas no puede separarse del de las fosas nasales, de la faringe y del trayecto superior del esófago.

SEÑORES:

El saludo que os dirijo, al inaugurar hoy el nuevo año escolástico, es la espresion de mi más cariñoso afecto.

Vuestra presencia en este sitio, para seguir un curso complementario y libre, sobre el cual no pesan exámenes, es la mejor afirmacion de que la Juventud Italiana al ingenio sutil y perspicaz, une la voluntad decidida y el amor al estudio.

Vosotros, persuadidos de la utilidad práctica de la Laringoiatria, sabeis encontrar tiempo, entre tantas y tan graves ocupaciones, para cultivar esta otra rama de la ciencia médica; y si en diez años de enseñanza os ví siempre asiduos y celosos, debo ahora mostrarme ufano al encontraros todavía en mayor número en este insigne Ateneo, al que he venido á en-

señar por el voto lisongero de nuestra Facultad, por la benevolencia del ministro y por el afecto que siempre habeis demostrado en favor de esta disciplina.

La honrosa mision que se me ha confiado es tanto más delicada, cuanto que á mi parecer sería yo muy culpable si olvidase el sacrificio que os cuesta el amor á la Laringoiatria, y todo lo que debeis esperar de ella en el ejercicio práctico á que sois llamados, ó lo sereis muy pronto.

Aunque limitado en los medios, no teniendo aún salas clínicas ni un gabinete especial, yo haré todo lo posible por que vuestra asistencia á mis lecciones y á la consulta, os sirva de gran aprovechamiento. Por esto seguiré rigurosamente aquel plan que yo sostuve en el breve curso del año último: el plan clínico. Las varias doctrinas sobre esta ó aquella otra laringopatía, la descripcion clásica de los principales tipos morbosos, la crítica sobre la patogenesis de una ú otra afeccion, todo lo podeis encontrar en los libros: pero necesitais algo más: saber lo que padece el que os consulta; cuál es el tratamiento mejor y más pronto. Os importa, pues, adiestraros en la técnica laringoscópica y apreciar exactamente los síntomas objetivos, que el espejo laríngeo nos presenta.

Con un poco de paciencia y frecuentando con asiduidad la consulta, pronto aprendereis la técnica: el valor semeiológico, el contenido laringoscópico, es toda una ciencia que se desarrolla bajo nuestra mirada y que recorreremos juntos dentro de los límites que nos consienta el tiempo. El gran mérito de este estudio especial consiste, en que nosotros, partidarios de la escuela naturalista moderna, y viendo la lesion material, nos remontamos desde ésta á su significacion, á las causas, á las relaciones que tiene con el organismo en el cual se ha desenvuelto, por lo cual esta simple exploracion, á veces completa el diagnóstico de una enfermedad que está fuera del órgano de la voz, ó con fundado motivo nos obliga á pensar en ella, cuando estábamos muy lejos de sospecharla.

Con este mismo plan clínico, al cual me he aficionado con el tiempo y la experiencia, procuraré transmitir, para que lo conserveis, este convencimiento que bajo forma aforística os

anuncio, á saber: que el estudio de las enfermedades laríngeas no es un lujo reclamado por el deseo de un diagnóstico local preciso, sino un complemento necesario del exámen clínico general.

Si en esta conferencia preliminar consigo demostraros en general la tesis que os he anunciado, creo que la solicitud con que habeis venido aquí, se convertirá en un febril deseo de reunir medios y armas, para poder luchar con mayores probabilidades de triunfo en el ejercicio clínico.

Muchas veces os consultarán enfermos que han perdido la voz. Este es un jovencito de aspecto florido y sano; aquella una niña de buena constitucion; esta otra, anémica ó histérica; aquel un abogado; este un artista, ó uno que vive de un limitadísimo comercio, y que se vé obligado á hablar y á gritar mañana y tarde. La edad, la constitucion, el sexo, la ocupacion, el curso, el exámen de todo el organismo, la coexistencia ó la falta de otros fenómenos funcionales referentes á la laringe, son los datos sobre los que tendreis que fijar vuestra atencion, y vosotros sobre este plan que habeis formado siguiendo un exacto método diagnóstico, trabajareis por llegar á una conclusion que satisfaga vuestra conciencia, y dé á vuestro juicio la seguridad de la conviccion. Pero, ¿qué hareis cuando vuestras preguntas queden sin respuestas, cuando una anamnesis dudosa é incierta deje vuestro ánimo en tinieblas, cuando todo punto de apoyo semiológico os falte? Notad que este individuo en el cual la vida de ningun modo está amenazada, ántes tal vez, es vigorosísima, os reclama la voz, porque sin ella como está, no puede dedicarse á aquellas ocupaciones que le proporcionan el sustento, ó si es rico, pasará dias tristísimos condenado á no poder espresar con la palabra sus pensamientos, ni ponerse en relacion con el mundo exterior, que él vé, oye, toca, pero en el cual solo dificilmente logra hacerse entender.

A veces, la afonía, es decir, el hecho culminante que ha obligado al enfermo á llamar á vuestra puerta, es, en el orden nosológico, el fenómeno último, que por vuestra parte podeis enteramente descuidar: supongamos la afonía por parálisis del recurrente izquierdo debida al aneurisma aórtico.

Ir pasando revista á todas las posibles lesiones materiales que turban ó quitan la voz, es capaz de hacer desmayar á cualquiera. En cambio, ver la alteracion morbosa en su realidad, significa averiguar no solo la verdadera causa de la disfonia, sino allanar el camino para un diagnóstico etiológico en el cual puede figurar algun otro órgano ó tejido, próximo ó lejano, ó alguna enfermedad general. Detenerse en la lesion local significa encerrarse dentro de los límites del puro tecnicismo: poner en relacion lo que se vé con todo el organismo significa comprender la entera mision del clínico, que es noble y difícil.—Señores, hay tuberculosis lárigeas primitivas; hay sífilis antiguas que se pierden en el tiempo, y encienden en la laringe solapadamente sus fuegos; hay aneurismas de la aorta y neoplasmas del mediastino, que casi no se revelan más que por la presion sobre el laríngeo inferior; hay tumores laríngeos de curso equívoco, de los que muchas veces, sin fenómeno alguno colateral, la afonía es el solo síntoma que el enfermo revela y que el médico encuentra. O porque el fenómeno demasiado aislado no es por sí bastante concluyente, ó porque la lesion es demasiado limitada, ó porque el asiento del mal explica plenamente el modo como se desarrollan los hechos, solo existe la afonía, en presencia de la cual no queda más que indagar las causas íntimas, por medio de la inspeccion directa, ó bien contentarse con alzar los hombros y repetir interiormente: «con voz ó sin voz, lo mismo se vive, sea laringitis, sea tumor; mi conciencia está tranquila.» Pero prescindiendo de que en tal caso condenais á vuestro cliente á continuar padeciendo, podeis alejaros de un diagnóstico importante, desconociendo una enfermedad torácica ó general de carácter dudoso. Abstraccion hecha de estas consideraciones, que tambien son en la práctica de un interés inapreciable, las causas que alteran la voz (esta funcion tan caracterísca de la laringe) son variadísimas. Buscadlas en el elemento motor, que es toda la caja torácica y el aparato bronco-pulmonar; en las cavidades en las cuales la voz resuena, quiero decir en la naso-faríngea y en la oral; buscadlas en la laringe misma.

Esté alterada, ó no sea isócrona la vibracion de las cuer-

das; esté impedida su union por obstáculos mecánicos ó por inercia muscular; esté debilitada la contractilidad de los tensores de los ligamentos vocales, el efecto será el mismo—la disfonía ó la afonía.—Y bien, estos obstáculos y estas lesiones funcionales son frecuentes y comunes, porque no solo frecuentes y comunes son algunas afecciones primitivas de la laringe, sino tambien porque este órgano, por razones topográficas, por efecto de los nervios que lo dominan, por las simpatías que lo unen á la esfera sexual, enferma muchísimas veces. Cuando se presenta la pubertad, el jóven cambia la voz; testimonio de la virilidad, el cambio de la voz tiene en la serie inferior de los animales su correspondencia en el grito, que como imán le atrae á la multiplicacion y conservacion de la especie. En el hombre, este periodo evolutivo decide del volúmen de la voz y de las dimensiones del órgano, puesto que, en el intervalo de algunos meses, todos los diámetros aumentan, especialmente el antero-posterior que tanto influye sobre la cualidad de la voz.

Esta rapidez del proceso formativo que se despierta en aquel periodo dicho, fácilmente se une á un defecto de coordinacion de los movimientos en algunos músculos fonadores, ó á una notable hiperemia y á una funcionalidad secretoria exagerada de las glándulas—cuyos hechos se anuncian con la disfonía, la cual, aunque consecuencia fisiológica y necesaria de aquel periodo, puede hacerse patológica, traspasando sus límites.

Las parálisis de las cuerdas vocales pueden ser centrales y periféricas—y si las primeras son raras, las segundas son frecuentes.—Los nervios que van á los músculos de la laringe son ramos importantísimos, sobre todo porque antes de terminar en las fibras musculares cuya contractilidad aseguran, recorren un largo trayecto. Numerosas son las ocasiones en que los recurrentes están comprimidos en el cuello y dentro del torax, y la voz se ha perdido por efecto de esta compresion.—Otras muchas causas hay tambien: las infecciones, los envenenamientos, la extenuacion, las impresiones morales, etc. Las úlceras laríngeas, que principalmente están bajo el

dominio de la sífilis y de la tuberculosis—dos grandes factores que con demasiada frecuencia veremos salir á la escena—tienen predileccion por las cuerdas vocales y tendencia á destruir las partes que invaden: así llevan consigo la propension á alterar la voz. Y cuando la úlcera está situada en las cercanías de las cuerdas, ó en la proximidad de las articulaciones á que está confiada la posibilidad del movimiento de las mismas cuerdas, aún permaneciendo íntegras éstas, puede suceder que el edema colateral determine una afonía completa.

Las neoplasias laríngeas de un tiempo á esta parte han sido reconocidas con frecuencia, y las papilares son comunísimas en la edad juvenil. No es menester que el tumor tenga gran volúmen para apagar ó suprimir la voz. Basta una escrescencia microscópica en el borde de una de las cuerdas vocales, para que impedida la union de estas, la columna de aire espirado pierda su sonoridad, y este hecho forma extraño contraste con la posibilidad de que permanezca inalterada la voz aunque haya gruesos pólipos, siempre que permitan la union y la vibracion de las cuerdas.

Lo mismo que los tumores obran los edemas de puntos limitados, y así á veces se pierde la voz aunque el abultamiento es pequeño y completa la integridad de los ligamentos vocales.

Por esto frecuentemente sereis llamados para curar enfermos disfónicos, y muchas veces el síntoma que obliga al enfermo á buscar al médico es falaz ó efímero. Pero si podeis inspeccionar directamente la laringe, reconocereis la verdadera causa del mal, y las relaciones y el significado, y todo cuanto se necesite para completar vuestro diagnóstico.

Las mismas apreciaciones podeis hacer respecto á la laringostenosis: su importancia diagnóstica es igual á la de la disfonía; y la inspeccion local puede descubriros nuevos horizontes. Además de estas ventajas que son indiscutibles, está la urgencia del caso que reclama seguridad de juicio y prontitud de accion. El enfermo se ahoga: vosotros lo veis en uno de aquellos tristes momentos en los cuales las esperanzas y las ilusiones palidecen ante la inexorabilidad de la amenaza.

dora asfixia. Vosotros debeis averiguar con prontitud la verdadera causa del estrechamiento; os importa conocer si una medicacion general ó local puede intentarse con fortuna, ó si conviene más bien abrir la tráquea y asegurar la vida del paciente. Vuestras diligentes observaciones acreditan el diagnóstico de una sífilis constitucional, pero en vuestro ánimo quedan siempre graves dudas. ¿Es quizá una complicacion extraña á la sífilis la laringostenosis actual? ¿La naturaleza de la lesion puede experimentar los efectos prontos y benéficos de la cura específica? Señores, independientemente de la urgencia, que quizá no admita discusion, os recomiendo que haciéndoos siempre esta pregunta, sea vuestra respuesta la clave de las indicaciones para la traqueotomía. Si, señores, es una sífilis laríngea la que se tiene delante; pero si se trata de estenosis por cicatriz, por luxacion de los cartilagos ó por otra lesion inamovable, el mercurio dado por vía hipodérmica, que tiene merecida fama de remedio potentísimo, de nada servirá en este caso.

Despues vosotros os vereis obligados á discutir otro argumento, esto es, si convendrá intentar la dilatacion mecánica ó proceder desde luego á la traqueotomía; empero habreis adquirido la certeza de que la cura específica será ineficaz, y así aumentais á vuestro cliente las probabilidades de vivir, dirigiendo vuestros pasos hácia los medios más ventajosos, más racionales y eficaces. Viceversa, suponiendo que haya tiempo para intentar la cura mercurial, vosotros, por la falta de mejoría, ó renunciáis al medicamento, calumniándolo, ó bien malamente iluminados por el criterio terapéutico, confesareis un error que no habeis cometido, porque verdaderamente, en el caso que yo he supuesto, fué la sífilis la causa del estrechamiento laríngeo.

Imaginad ahora si la sífilis, este cabron expiatorio de muchas laringostenosis, es insostenible, cuantas serán las dudas, las probabilidades, los temores, si no se practica el exámen laringoscópico.

Las estenosis de las primeras vias de la respiracion son, por su forma y por su grado, variadísimas. La estenosis puede ser funcional, esto es, puede depender del espasmo de los

constrictores de la glotis, y sabeis, sin que yo tenga que repetirlo, á cuantas causas morbosas responde lo que llamamos en la práctica el espasmo glótico. Desde la laringitis intensa, á los neoplasmas, hay una larga serie de causas orgánicas, que reducen el espacio de la laringe.

El edema de las partes, el prolapso de la mucosa del ventrículo, las anquilosis crico-aritenoideas, la parálisis unilateral ó bilateral de los crico-aritenoideos posteriores, los cuerpos extraños (que á veces son secuestros cartilaginosos desprendidos del mismo órgano de la voz) ved aquí tantas lesiones materiales capaces de reducir el espacio de la laringe, á proporciones muy angostas, y que en vano intentareis precisar, á pesar de vuestro sutil ingenio y buen sentido clínico, sin la inspeccion directa. Añadid, que teniendo presente que los momentos etiológicos capaces de suscitar esta lesion son muchos; que algunos áun permaneciendo siempre los mismos, pueden determinar lesiones polimorfas; las dificultades diagnósticas se multiplican en razon directa de vuestros conocimientos, hasta el punto que cuanto más alargais el campo de vuestras vistas, mayores son las perplejidades, y aquel que más sabe, más reservado se hace en sus juicios. Pero, señores míos, la reserva ante el enfermo que muere asfítico, es una culpa, y los mismos datos de acierto de la operacion (que tiene en sí graves peligros) están en estrecha relacion con la naturaleza del proceso causal. Sin el laringoscopio, vosotros correis la suerte de indicar ó hacer mal á propósito una traqueotomia, dejando correr al enfermo todos los riesgos á ella subordinados, ó de tener el remordimiento de no haberla indicado y hecho, cuando todo os sonreia con una probable victoria. Estamos, respecto á la laringostenosis, en aquel mismo punto en que estábamos respecto á la afonía: un solo síntoma culminante, que absorve quizás á todos los otros; un solo fenómeno que amenaza al enfermo y que le hace ir á buscaros, estudiando el mal, á pesar de todos los auxilios que la clínica y la práctica os presten, no llegais á sacar conclusiones precisas; mientras mirando de qué se trata, os dais cuenta del daño local y estableceis con buen criterio, las relaciones que lo unen

á otras condiciones patológicas, desenvueltas en el mismo organismo.

Un análisis semejante merece la disfagia: otro epifenómeno que puede por sí solo compendiar los sufrimientos del órgano de la voz, el cual, por su posición topográfica y por sus relaciones anatómicas, tanta parte toma en la deglución.

Cuando el bolo alimenticio y los líquidos que se quieren ingerir pasan el istmo de las fauces, es indispensable que el orificio de la laringe se cierre: solo así las sustancias alimenticias y las bebidas, hallando cerrado el vestíbulo de las vías respiratorias, se deslizan hacia el canal que debe guiarlas hasta el estómago. En este momento, que comprende el segundo tiempo de la deglución, la laringe se eleva al mismo tiempo que el embudo faríngeo, que se prepara, por la contracción de los músculos de la región supra-hioidea y del tiro-hioideo, á recibir el bolo: la epiglotis no está adosada solo mecánicamente y pasivamente sobre la abertura laríngea, sino que verifica esta oclusión activamente, merced á sus músculos depresores, que son el tiro-epiglótico y el ari-epiglótico. Ahora, si hay parálisis de este esfínter, fácilmente pueden penetrar en la laringe partículas alimenticias, y esto es una causa de disfagia. La epiglotis, los aritenoides, son los puntos de predilección de las úlceras sifilíticas y tuberculosas, y al pasar de continuo sobre estas lesiones los alimentos y las bebidas, provocan dolor: por acción refleja se contraen los constrictores faríngeos, la cavidad del canal alimenticio que debía permanecer expedita, se cierra; los alimentos y las bebidas se expulsan, y existe otra forma disfágica que llamamos odinfagia, vocablo que denota deglución dolorosa. En estos casos que os he señalado, la voz y la respiración, pueden conservarse íntegras, y sin la observación directa, no comprenderíais la verdadera causa del fenómeno, el cual (sea la parálisis, sea una úlcera) tiene, como la afonía ó la laringostenosis, un valor clínico inmenso para hacer un diagnóstico completo. Sé bien, que por un diagnóstico diferencial, se podría llegar á reconocer el punto de partida de la disfagia, cuando la exploración de la nariz, de la cavidad faríngea y del esófago no fuesen concluyentes; pero no se

puede desconocer que la observacion de la laringe es en los casos de que estoy hablando, necesaria como la de los otros órganos, y aunque sea negativa, es útil para estender nuestras investigaciones ó desplegar otros medios de inspeccion clínica. Cuando coexiste una lesion en las partes accesibles á la simple vista, nosotros quedamos satisfechos con este exámen, olvidando que puede ser incompleto cuando el proceso es extenso, difuso, como sucede principalmente en las infiltraciones gomosas.

Os he hablado de aquellos trastornos que intervienen en las principales funciones que desempeña la laringe; voz, respiracion, deglucion—esto es, considerándolo como órgano de la fonacion, segmento de las vias respiratorias, esfinter de estas vias, órgano anexo á la deglucion. Debo añadir que mirando á la laringe como instrumento de accion refleja, gracias á la sensibilidad de que está dotada, estamos obligados á contar con otros dos fenómenos: la tos y el espasmo.

La tos y el espasmo, revelan como la laringe responde á los estímulos directos. El aparato sentivo, que está representado únicamente por el laríngeo superior, siempre está actuando, ya entren principalmente en juego los músculos espiradores (tos), ya se contraigan los constrictores, interrumpiendo la inspiracion libre (espasmo). El diverso modo de atestiguar las ramas periféricas terminales del laríngeo superior, estas dos diferentes cualidades—sensibilidad general comun,—sensibilidad refleja—está completamente subordinado á la intensidad del estímulo, el cual si es ligero, provoca sólo cosquilleo y tos; si es intenso, dolor y espasmo.

El sistema nervioso que recibe la impresion siempre es el mismo; solo que él reacciona de diverso modo, prevaleciendo sobre la contraccion de los músculos glóticos ya la tos violenta y áspera, ya la oclusion convulsiva de la glotis, miéntras los movimientos espiratorios permanecen inalterados. Este experimento trivial, cuya clara contraprueba se tiene haciendo simplemente caer en la cavidad laríngea algunas gotas de agua, ó cauterizando enérgicamente, se reproduce en muchos estados morbosos desarrollados dentro de la la-

ringe, ó que obran á distancia; y si por lo comun coexisten con otros hechos funcionales, pueden, como he dicho al hablar de la afonía, de la estenosis y de la disfagia, ser tambien la única espresion de la enfermedad.

El exámen de la laringe tiene en casos semejantes mucho valor, porque las lesiones bronco-pulmonares, que provocan tos y espasmos, son á veces latentes y equívocas, y la imágen laríngea, ya revele daños limitados ó ligeros, ya sea negativa, intervendrá muy á propósito en vuestros juicios, para asignar á los hechos su justo valor.

Por este exámen crítico que yo os he desenvuelto rápidamente, habreis comprendido ya las conclusiones que yo quiero sacar: esto es, que las enfermedades de la laringe, idiopáticas ó secundarias, se anuncian con fenómenos limitados á la esfera de las funciones á que contribuye la laringe: trastornos de la voz, dificultad de la respiracion y de la deglucion, tos y espasmo—y á veces—por razones de sitio ó por limitacion del proceso, uno solo es el que existe ó domina la escena. Tenemos, pues, un grupo bastante limitado de síntomas que puede pertenecer á lesiones variadas y múltiples, un grupo de síntomas, que estudiado y analizado en conjunto, puede resultar falaz ó engañoso, un vestido estereotípico que cubre procesos variadísimos y parece hecho á propósito para inducir engaño.

Para demostraros que las enfermedades de la laringe son múltiples y frecuentes, no tengo necesidad de fatigarme. Me bastará recordaros cuán espuesto está el órgano de la voz á los estímulos—estímulos fisiológicos que fácilmente exageran su influjo;—cuán repetidas veces está llamado á funcionar, cuán delicadas son estas funciones y la disposicion de los cartílagos que forman su esqueleto; qué predileccion tienen por él la sífilis y la tuberculosis, y tambien ciertas enfermedades exantemáticas y algunas infecciosas; la analogía de extructura con la mucosa que reviste, arriba y abajo, las partes contiguas, su posicion topográfica; la importancia y el trayecto de los nervios motores y sensitivos que lo gobiernan; las glándulas y los vasos que tienen relacion con estos troncos nerviosos y

con el órgano mismo; las simpatías con la esfera sexual. Muchas veces, y de una manera indudable veremos figurar estas condiciones anatomo-fisiológicas, como momentos etiológicos en la génesis de los varios procesos morbosos, cuya descripción é historia han sido ilustradas y ampliadas en un período de tiempo relativamente breve, en el cual las aplicaciones del laringoscopio han formado época. Así, á medida que este proceso de endoscopia ganaba terreno, estendia tambien sus dominios á los órganos anexos, y el mismo espejo laringoscópico, fué útilmente aplicado al exámen de las fosas nasales y del esófago. Así naturalmente la rinoscopia y la esofagoscopia se hicieron hermanas de la laringoscopia, y la especialidad legítimamente encerró en su perímetro las enfermedades de la nariz, de la cavidad faríngea y del trayecto superior del esófago. Como habeis ya comprendido por algunos ejemplos, que yo elegí para señalar el plan que deberemos seguir, á fin de dar cuenta de algunos fenómenos, es muy necesario que el exámen se estienda á aquellos órganos que tienen con la laringe ciertas funciones comunes.

El elemento primitivo formador del sonido es la cuerda vocal, pero el sonido glótico, repercutiéndose en las cavidades anexas (las cuales vibran al mismo tiempo que los ligamentos vocales), se agranda, se modifica en timbre, fuerza é intensidad, lo que nos explica las infinitas modulaciones de la voz humana, la cual, puede decirse fundadamente, es característica de cada individuo. Cuando las vías nasales no están libres, el timbre de la voz adquiere un carácter especial; la voz se hace ininteligible cuando el velo del paladar está destruido; se hace nasal si está paralizado ó si las tonsilas están abultadas; guttural cuando la epiglotis está engrosada, ó cuando hay neoplasmas voluminosos que impiden la libre salida de la columna de aire ascendente.

La laringe puede estar abierta y la respiracion ser estertorosa, siempre que haya notable dificultad para la circulacion del aire en el istmo, ó cuando la cavidad naso-faríngea y las vias nasales no están libres. La disfagia es el esponente clásico de la mayor parte de las enfermedades del esófago, de la

flogosis flemonosa de las tonsilas, ó de otras condiciones patológicas del velo, y en los niños de pecho la succion puede estar gravemente impedida por efecto de un simple coriza.

El exámen de la laringe no puede ser completo sin que se practique tambien el de la faringe y el de la nariz, y á veces el del esófago.

Muchas enfermedades se difunden por contigüidad de tejido, se repiten por analogía de estructura, por razones topográficas de vecindad, y ciertas veces la causa de una enfermedad laríngea reside en la faringe, en la cavidad naso-faríngea, ó dentro del esófago.

Este estudio incompleto, fraccionado, se hacía antes interrumpidamente, en la Patología quirúrgica ó en la médica, ya en el párrafo sobre las enfermedades del conducto digestivo, ya en el de las afecciones respiratorias, un poco entre las enfermedades de la cara (nariz), un poco en el capítulo de las enfermedades infecciosas (sífilis, difteritis, sarampion, tifus) y hasta entre las enfermedades cutáneas (lupus, lepra, muermo, lamparones, etc.)

Pero quedaban enormes lagunas—y ciertas enfermedades vulgares se dejaban á la perspicacia del médico jóven, el cual aunque sea muy erudito é inteligente, se halla á veces embarazado por cosas sencillísimas. Hoy afortunadamente, estas enfermedades reunidas en una rúbrica, se os ofrecen al estudio con límites precisos, con vida autónoma, y se pueden seguir con ardor y diligencia.

Las especialidades son una necesidad hoy que los medios de investigacion se han multiplicado, pero seria una equivocacion inexcusable creer que la laringoiátria debe pesar sobre vuestros hombros como pesado fardo. La observacion clínica, por orden lógico, es siempre una y constante: los procesos patológicos, cualquiera que sea el órgano en que se desarrollan, obedecen á las mismas leyes de funcion y de evolucion.

El secreto para no estraviarse entre tanta erudicion y para llegar á ser un buen médico práctico, está en seguir constantemente un método conveniente (y este le teneis ya aprendido de vuestros distinguidos maestros) usando debidamente

de todos los medios que el arte nos ofrece. El espejo laríngeo en las manos del que cree que todo está reducido á la lesión local, es como la escopeta que una mano inesperta dispara; pero para el que se vale de él como medio diagnóstico complementario, sin olvidar que el órgano vive en el organismo, es el arma de precision que hiere en el blanco.

Interpretando los deseos de algunos de vosotros, alternaré estas lecciones clínicas con algunos trataditos completos sobre las enfermedades más frecuentes, y por ahora os prometo dos: sobre la tuberculosis laríngea y sobre la difteritis faringolaríngea. Empero deseo vivamente que asistais asiduamente á la consulta, para que podais haceros dueños de la técnica, y ejecutar vosotros mismos algunas operaciones que quizá serán las primeras para que sereis llamados.

He aquí mi programa—oh jóvenes estudiosos—os lo presento con el profundo sentimiento de llenar plenamente mi deber, y con la certeza de que vosotros con ingenio y buena voluntad, hareis fértil el campo en que trabajaremos juntos, bajo los auspicios gloriosos de la ciencia.

LECCION PRIMERA

Tuberculosis laringea y sus formas.

I.

Historia, Etiología y Patogenesis.

Resúmen.—La tuberculosis laríngea era llamada por los antiguos *tisis laringea*. Solo en un sentido restringido es exacto este segundo nombre. Poco exacto es también el nombre de *laringitis tuberculosa*. La tuberculosis, como enfermedad, es antiquísima; reciente como conocimiento anatómico. El período histórico se divide en tres épocas: 1) desde los tiempos más remotos hasta Morgagni. 2) Desde Morgagni hasta Louis. 3) Desde la primera mitad del siglo XIX hasta nosotros. Valsalva, por consejo de Morgagni, fué el primero que abrió la laringe, é hizo su exámen anatómo-patológico. Louis lo siguió en 1825 y vislumbró el lazo de union entre la tuberculosis pulmonar y las úlceras laringeas. Opinion de Trousseau, de Belloc, Fleury, Monneret, Barth, Rokitansky.—Patogenesis. Es bastante frecuente. Estadística de Heinze y por qué esta es inferior á la verdad. Hay tuberculosis laringeas primitivas? Razones que obligan á afirmarlo. Es aceptable siempre la opinion de los que sostienen que los esputos que provienen de las partes más bajas de las vias respiratorias inducen la tuberculosis laringea?—La edad infantil es causa predisponente: el sexo. Otras causas que predisponen son la sífilis, la reabsorcion de los productos morbiógenos.

SEÑORES:

Al presente hay en la consulta varios enfermos de tuberculosis laríngea, algunos de los cuales os he presentado ya. Es una enfermedad frecuente, que encontrareis muchas veces en la práctica; por ambas razones comienzo un estudio acerca de esta grave é importante afeccion. Para no quitar carácter á

estas lecciones, haré dicho estudio desde los puntos de vista anatomo-patológico y clínico. Desde el punto anatómico, para precisar la verdadera naturaleza de la enfermedad; desde el punto clínico para relacionar con un preciso diagnóstico genérico la lesion material que nos revela el laringoscópio.

Algunos llaman todavía hoy á la *tuberculosis laringea* con el nombre de *tisis laringea y traqueal*, ó con el de laringitis úlcero-tuberculosa. Los antiguos, que empleaban bastante este vocablo, *tisis*, lo aplicaban á todas aquellas enfermedades que producian caquexia, marasmo, consuncion; y ciertamente, respecto á la laringe han debido confundirse procesos diferentísimos: el cáncer, que como la tuberculosis se acompaña de tos, expectoracion y desnutricion; la sífilis laríngea, que á veces tiene una escena parecida; sin decir que en general, todas las laringostenosis, de cualquier causa que se originen, quitando al organismo el más vital alimento, el oxígeno, conducen tambien al marasmo. En el estado actual de nuestros conocimientos, puesto que no es posible suprimir un vocablo que ha adquirido los derechos del tiempo, podemos todavía servirnos de él, con tal que limitemos su significado patológico á la tuberculosis propiamente, y en el caso de que tratamos á la tuberculosis de la laringe.

No sucede lo mismo con la denominacion *laringitis úlcero-tuberculosa*, que es impropia porque, como lo vereis luego, y como desde ahora os lo anticipo, la úlcera de ningun modo es la nota constante de la tuberculosis.

Ciertamente la tuberculosis de la laringe ha debido coexistir con el hombre, y os admirará mucho que apesar de esto su historia anatómica precisa y exacta haya sido apenas completada en los tiempos modernos.

Dividiré este gran periodo histórico en tres épocas, y me complazco en hacerlo no por un lujo inútil, sino con la intencion de grabar en vuestro ánimo el verdadero concepto de la enfermedad que nos ocupa.

La primera época se estiende desde los tiempos más remotos hasta nuestro inmortal Morgagni; la segunda desde Morgagni hasta Louis, con toda la escuela francesa; la tercera des-

de la primera mitad de este siglo hasta nosotros. Apesar de las negaciones de un autor doctísimo, no se puede desconocer que la idea de abrir la laringe para apreciar las lesiones existentes en una señora muerta de asma, le ocurrió á Morgagni. El fué quien indujo á Valsalva á seccionar la laringe, y debajo de las cuerdas vocales se encontró una úlcera y un tapon de exudados concretos, que habia ocluido por la parte inferior la abertura de la glótis. Fué un débil rayo de luz entre tantas tinieblas, que más tarde dió lugar á útiles investigaciones. He aquí el primer paso, he aquí la primera piedra para el cimiento del edificio de la tuberculosis laríngea.

El segundo paso lo dió Louis en 1825, cuando vislumbró un lazo de union entre las ulceraciones laríngeas y la tisis pulmonar, lazo que habia pasado desapercibido para dos eminentes contemporáneos suyos, Laennec y G. Frank. Ciertamente el primero dirigió su atencion hácia las lesiones intestinales en la tuberculosis, pero no se ocupó de las de la laringe: el otro confundió bajo el nombre genérico de tisis, ulceraciones de diverso carácter, afirmando que por lo demás los pulmones estaban sanos.

En 1837 la Academia de Medicina de París propuso un premio á la mejor memoria sobre este asunto, premio que fué ganado por Trousseau y Belloc con un trabajo que indudablemente vosotros habeis oido citar. Mas comparado con nuestros actuales conocimientos, este libro clásico resulta incompleto. Trousseau y Belloc tuvieron el gran mérito de reconocer una tisis tuberculosa, una tisis sifilítica, una tisis cancerosa, pero consideraron la primera efecto de la enfermedad general (pues eran partidarios del humorismo) y no ya una simple tuberculizacion, que creian posible, pero no la afirmaban.

La historia de la tuberculosis siguió sufriendo curiosas vicisitudes en Francia; Fleury y Monneret negaban la tuberculosis; Barth y sus discípulos la admitian (aunque rara vez) y la demostraban; Andral equivocaba su significado, y describió los falsos tubérculos en los folículos hipertrofiados y promi-nentes, en los cuales se condensaba la secrecion.

Muy diferentemente se pensaba en la escuela de Viena, y

Rokitansky, que con razon podemos llamar el padre de la medicina moderna, no solo afirmó que la tuberculosis laríngea era frecuente, sino que describió su asiento y sus caractéres, haciéndonos así tocar con la mano la verdad. Lhéritier, Gunsburg, Tobold en Alemania, afirmaron esta opinion, que á su vez fué negada por Seul, Rühe y Empis, hasta que la gigantesca figura de Virchow vino á dirimir la cuestion, á la cual Heinze ha dado posteriormente el golpe de gracia con su docta publicacion.

Virchow no solo afirmó que la laringe merecia recomendarse á cualquiera que quisiese tener idea del tubérculo, que en ella se desarrollaba como un pequeño gránulo gris y transparente, organizado y compuesto por células linfoideas; indagó tambien las causas de tan varios pareceres, y las encontró en dos hechos: 1) en querer absolutamente atribuir y buscar en el tubérculo la fase caseosa; 2) en demostrar que el tubérculo tomando en la laringe un carácter complejo, oscurece su esencialidad. Efectivamente cuando la infiltracion tuberculosa se estiende y gana en profundidad, se desarrollan graves peritondritis y estensas necrosis, en las cuales los elementos flogógenos, el infiltrado y el detritus ocultan el gránulo miliar, el cual fué la chispa que produjo el incendio.

Así nosotros podemos, por las investigaciones microscópicas y laringoscópicas, no solo afirmar que en la laringe existen realmente los tubérculos, en el puro sentido de su valor, sino repetir que son frecuentes y fáciles de distinguir de las otras lesiones, que de continuo observamos acompañando á la tisis ó tuberculosis pulmonar.

ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS.—Al hablaros de las causas y de la génesis del tubérculo dentro del órgano de la voz, limitaré este estudio á aquellos momentos que favorecen su desarrollo.

Invadiria un campo que no es mio y me alargaria demasiado, si quisiera indicaros todas las teorías que en breve tiempo se han sucedido: deciros si el tubérculo se desenvuelve en el endotelio de los vasos, en las células de la adyenticia de estos, ó en las células fijas y parietales del tejido conjuntivo: aludir

á la inoculabilidad de este producto morbozo, á la teoría de Waldenburg que enseña la reabsorcion de los materiales orgánicos que provienen del mismo organismo, á la naturaleza infecciosa negada por Rindfleisch, Klebs y Conheim, á las acen tuaciones que Koch ha dado á los *bacilli* de la tuberculosis. En cambio parto de un dato preciso: la tuberculosis desarrollada, y me pregunto cuáles son las condiciones especiales que favorecen su concentracion dentro del órgano de la voz.

A esta pregunta se debe responder discutiendo primera mente la frecuencia, después la posibilidad á lo menos de una tuberculosis laríngea primitiva, y por último todas aquellas causas que pueden favorecer su desarrollo.

FRECUENCIA.—Es natural que me pregunteis si la tisis laríngea se observa muchas ó raras veces. En cien enfermos de tuberculosis pulmonar, por ejemplo, ¿cuántos enferman de tuberculosis laríngea? Heinze se ha ocupado de esto, y con mucha precision. En el Instituto patológico de Lipsia ha abierto 1226 cadáveres de enfermos de tuberculosis pulmonar, y ha observado la proporcion del 30,6 por 100.

Debo desde luego haceros reflexionar que esta cifra puede aumentarse por poco que nosotros recordemos que en los hospitales se albergan la mayor parte de estos infelices en un periodo avanzado de la enfermedad, y que los otros enfermos de la garganta pueblan los dispensarios y se observan en la práctica privada. A nosotros vienen casi todos los enfermos de la garganta, y si quisiésemos redactar una estadística, podríamos obtener un resultado de 100 por 100; pero si esta es una exageracion de la cual es fácil hallar la causa, no podemos negar que este contingente comparado con el obtenido por los nosocomistas, aumenta la proporcion; y nosotros legítimamente, como yo os decia, podemos sostener que no solo es verdadera, sino quizá inferior á la verdad, la proporcion que ha señalado este docto anatómico.

Otro argumento de gran interés es el que se refiere á la posibilidad de una tisis laríngea primitiva. ¿Es posible que enferme de tuberculosis la laringe antes que los pulmones? Esta pregunta hay que resolverla, tanto por el lado anatómico co-

mo por el lado clínico. Para que anatómicamente se demuestre con seguridad que es verdad, sería necesario que de las autopsias resultase: 1) la integridad de los pulmones, 2) lesiones inequívocas en la laringe. Pero vosotros comprendéis también que esto es un *desideratum*, y si hasta ahora no se ha oído hablar de casos de este género, no se puede decir por esto que el hecho es imposible. Sabéis que la tuberculosis es una enfermedad general, que tiende á localizarse pronto en ciertos órganos, por los cuales muestra predilección. En el adulto al menos no se ha observado la tuberculosis intestinal ó cerebral sin que los pulmones estuviesen invadidos, y supuesto por un momento verdadero el origen primitivo del gránulo miliar en la laringe, es fácil comprender cuán presto tiene que ser atacado el pulmon. La tuberculosis es una enfermedad que tiende á generalizarse y tiene un curso progresivo: para demostrar anatómicamente que es verdadera la tuberculosis laríngea primitiva, sería necesario que antes de agravarse la lesión laríngea, y de determinarse la localización pulmonar, el enfermo perdiese la vida por una complicación accidental, y el anatomo-patólogo pudiese analizar el proceso en esta faz inicial. Pero es también verdad, que en muchas autopsias suele resultar una desproporción entre las lesiones laríngeas y las pulmonares, de modo que las primeras están muy avanzadas y las segundas incipientes.

Desde el punto de vista clínico, tenemos argumentos á millares para sostener la tuberculosis primitiva de la laringe. Importa precisar la verdadera naturaleza de las lesiones descubiertas con el laringoscopio, no equivocarlas con otras de naturaleza diferente, empleando todos los criterios diferenciales, y además comprobando con el exámen estetoscópico y pleximétrico la integridad de los pulmones. No se puede desconocer que á veces esta exploración es difícil, cuando las alteraciones son ligeras y están centrales; pero hipótesis por hipótesis, la una no destruye la otra.

Por otro lado vosotros, que pronto estareis en el caso de juzgar por vosotros mismos la cuestión clínica, convendréis conmigo que persistiendo en una observación libre de preocupa-

cion, no se puede dejar de convenir en esto. Estas impresiones sobre las relaciones entre la tuberculosis laríngea y la pulmonar, fueron establecidas de la misma manera por mi ilustre ayudante, el Profesor Masucci, y por dos aventajados jóvenes de esta escuela, los doctores G. Cicconardi y L. Bonomo, que recientemente han publicado interesantes trabajos. Cicconardi apoya la opinion que Masucci sostiene en este asunto, espli-cando como él la predileccion por la laringe con la teoría pa-rasitaria que Koch ha sostenido con ardor. Dicen ellos: si to-do hace creer que la tuberculosis depende de la instalacion de un gérmen morbosos particular, ¿por qué maravillarse de que con el polvillo atmosférico el elemento eficiente de la enferme-dad se detenga en la laringe, que es el primer baluarte, y en el cual los pliegues de la mucosa se prestan admirablemente á retenerlo? Esta manera de pensar encuentra un apoyo en las recientes revelaciones de Fränkel de Berlin, esto es, en la pre-sencia de los *bacilli* de la tuberculosis en las ulceraciones la-ríngeas que ella determina.

No puede tener valor la objecion de que permanecen in-cólumes las partes que están delante de la laringe (amígdalas, istmo de las fáuces, etc.) no sólo porque hay tambien casos de tuberculosis faríngea, sino porque la estructura de las otras partes es distinta, especialmente por la cualidad de los epite-lios y de las glándulas, que positivamente se modifican en el trayecto respiratorio.

Bonomo ha mirado la cosa desde otro punto de vista, y fundándose en un criterio de analogía, ha invocado para la laringe el escaso material nutritivo que le suministran los va-sos arteriales. Y en verdad, si nosotros recordamos que los ramitos de las laríngeas, superior, inferior y posterior (que co-mo es sabido se derivan respectivamente de la tiroidea supe-rior y de la inferior) deben irrigar los músculos, la mucosa, el pericondrio, etc., comprenderemos bien pronto que no es cier-tamente caudalosa la circulacion en este órgano. En cambio troncos nerviosos notables é importantes lo gobiernan, y bien se puede decir que la vida de relacion prevalece sobre la de nutricion. Este órgano se asemeja á aquellos débiles organis-

mos anémicos, en los cuales predomina el eretismo nervioso.

Ahora si en los pulmones, en estos órganos tan predilectos del tubérculo, la preferencia es para aquellas partes que son menos ricas en vasos y funcionan menos (los vértices), no es maravilla si para la laringe se pueden invocar estos mismos criterios.

Aparte del valor que esta teoría seductora, y que voluntariamente hago mía, puede tener para explicar la génesis primitiva del tubérculo en el órgano de la voz, es innegable que ella, juntamente con la sostenida por Masucci y Cicconardi, puede utilizarse muy a propósito para darnos cuenta de aquellas íntimas causas que favorecen, aunque en segunda línea, el desarrollo del tubérculo.

Entre estas es necesario tomar también en consideración los esputos que provienen de las partes más bajas de las vías respiratorias. Esta teoría, acariciada por Louis, Trousseau y Belloc, se puede contradecir fácilmente si se la interpreta en un sentido; pero mirada bajo otro aspecto, puede ser aceptada con algunas reservas. Si los exudados que parten de los pulmones gozasen verdaderamente de la triste propiedad de producir las ulceraciones laríngeas, producirían antes otras en los bronquios y en la tráquea, que sufren la misma influencia. Si el hecho fuese constante, deberíamos ver siempre las alteraciones dichas, cuando hay apreciables lesiones pulmonares, y esto no sucede. Ciertamente, sería necesario invocar otros momentos etiológicos, cuando falta todo exudado. Las ulceraciones del tubérculo proceden de las partes más profundas a la superficie, cuando debería suceder lo contrario.

Todo esto es innegable, y nosotros hemos visto ya por qué vías podía localizarse en la laringe el tubérculo. Hemos hecho notar que Louis y su escuela, estaban en un error, cuando querían explicar por la vía de la crasis los daños laríngeos, negando la tuberculización de la mucosa. Pero si la naturaleza infectiva del tubérculo gana terreno, como lo parece; si los *bacilli* especiales fuesen mejor observados en su evolución, cierto que su presencia en los esputos no podría ser insignificante en ciertas regiones, que representan el punto de confluencia de estas mismas escreciones, y que por su estruc-

tura anatómica tienen grandísima disposición á enfermar.

Trataré ligeramente de las otras causas ocasionales, que no tienen otro valor que el de la preponderancia.

La tuberculosis laríngea es más frecuente entre 20 y 40 años que no en los extremos de la vida. Es rara, pero no imposible de verse en la niñez. Mackenzie la ha observado hasta en los pequeñuelos de 5 años, y yo recuerdo algun caso en niños. Rara es tambien en la vejez. Es creíble quizás que en el primer periodo de la vida el órgano, siendo todavia rudimentario, evita los dardos de la enfermedad?

Los hombres la padecen más que las mujeres—y esto lo vereis claramente en nuestra consulta.—No creo que la vida más espuesta y más desarreglada en los hombres explique este predominio, porque estoy convencido de que todos los estímulos locales de cualquier naturaleza (humo, alcohol, tos, gritos, sufrimientos) no pueden producir más que una flogosis de carácter comun. Y recuerdo haberlas visto y curado, con resolucion completa, en individuos afectos de tuberculosis. Se necesita otra cosa: una condicion íntima que se nos escape ó apenas llegamos á tocar.

Una consideracion última sobre la sífilis laríngea, y he concluido.

A veces es bastante difícil distinguir una lesion sífilítica de la laringe de una de carácter tuberculoso. Es un error que se puede cometer, que confieso haber cometido yo mismo. Pero cuando, comprobado el hecho, he vuelto sobre ciertos casos, he adquirido tambien otro convencimiento, esto es, que á una lesion sífilítica se puede unir una tuberculosa. No que la una se trasformen en la otra; pero dada por ejemplo una infiltracion gomosa, si en el mismo sugeto se desarrolla la tuberculosis, la laringe puede representar el punto débil, y ser el motivo de que la enfermedad se declare en ella. Menos impugnable es pensar que los productos morbosos preexistentes reabsorbidos pueden por via embólica despertar la tuberculosis. Me basta solamente haber llamado vuestra atencion; juntos veremos, en nuestros estudios, si esta hipótesis es verdadera y hasta donde lo sea.

LECCION SEGUNDA

II.

Notas anatómicas.

Resúmen.—Estructura del tubérculo y existencia en él de la célula gigante.—Opinion de Heinze sobre la limitacion de los tubérculos en la mucosa y en la sub-mucosa.—Lesiones de los cartílagos y fibrocartilagos.—Modo de comportarse de los vasos en la infiltracion tuberculosa.—Participacion del tejido muscular (Heinze).—Opinion contraria de Mackenzie, Massei.—Cuántas y cuales sean las formas que toma la tuberculosis laríngea: 1) úlcera tuberculosa; 2) pericondritis aritenoides; 3) infiltracion de las cuerdas; 4) depósito de gránulos miliares sobre las cuerdas (Massei).—Caracteres particulares de estas formas.—Posibilidad de la tuberculosis en las partes más próximas á la laringe—velo del paladar—espacio naso-faríngeo—septum nasal—lengua—tráquea.—Complicaciones que pueden encontrarse en la tuberculosis laríngea: anemia: hiperemia: catarro descamativo: condicion papilomatosa (Isambert:) parálisis de las cuerdas y afonía.—Opinion de Mandl sobre esta parálisis.—Opiniones de otros autores.—Rareza de las ulceraciones no tuberculosas en la cavidad laríngea.

SEÑORES:

Por lo que os dije en la leccion anterior, habreis comprendido ya que el tubérculo verdaderamente se encuentra en la laringe, y que podemos hablar claramente de tuberculosis laríngea. Ahora importa ver cuales son las LESIONES ANATÓMICAS, que el tubérculo determina en este órgano. Naturalmente si quisiera hablaros de la histología del tubérculo en general,

traspasaria mi objeto; en cambio os indicaré las modificaciones que este producto patológico experimenta en la laringe, ó el modo de comportarse el tubérculo relativamente á los varios tejidos que forman la laringe.

El tubérculo, considerado por Virchow como un granuloma, como un linfo-adenoma por Wagner, se presenta como un pequeño nódulo gris, transparente, el cual puede alcanzar hasta el volúmen de un grano de mijo, y en su centro contiene una célula gigante á la cual rodean numerosas células linfóideas, y otras más raras y mayores, que contienen numerosos núcleos, los cuales tienen un gran poder reflector. Estas células gigantes, que Brodowsky llama angio-blásticas, han sido negadas por algunos, y Cacciolla, Taon, Cornil y Ranvier dudan mucho de ellas. Pero segun las últimas investigaciones de Heinze y de Esteban Mackenzie parece que no se puede dudar de estas células gigantes; antes su presencia, cuando el tubérculo ha experimentado la degeneracion, se hace importantísima; pues por su solo hallazgo podeis asegurar el carácter tuberculoso de la infiltracion.

Parece que los tubérculos siguen ordinariamente el curso de los vasos; pero algunos han hecho ver que, siendo dichos vasos tortuosos, puede decirse que son estos los que van al encuentro de los gránulos, y no que estos se desarrollan inmediatos á aquellos. Empero es escepcional que en la laringe se encuentren simples depósitos de gránulos miliares; la nota clásica es la infiltracion del tejido, que no se diferencia de la que se observa en los otros órganos de la economía. Sin embargo, hay un modo curioso de comportarse el infiltrado, que debemos saber. Por ejemplo, es bien sabido que estas colecciones (permitidme la palabra) de células linfóideas, en torno de las cuales se hallan esferas de protoplasma con núcleos vesiculares y sutiles ramificaciones, es bien sabido, digo, que ellas se anidan en la mucosa y en la sub-mucosa, quedando, diré, casi secuestradas entre el epitelio por arriba y la capa glandular por abajo. Este es el hecho más frecuente; pero cuando el tubérculo experimenta la trasformación ulcerosa, ó se profundiza, aparecen otras lesiones, toman un carácter com-

plejo, y esto nos explica porque durante un largo periodo de tiempo ha sido desconocido ó negado el tubérculo en la laringe. La ulceracion, que depende de la degeneracion grasienta de los elementos de nueva formacion, se manifiesta en la superficie, cuantas veces los elementos que forman el tubérculo caminan hacia adelante; el epitelio se reblandece, sus células quedan degeneradas y entonces él avanza desde las partes más profundas á las más superficiales, hasta encontrarse alrededor de los bordes y sobre el fondo de la úlcera. Viceversa, puede suceder que el proceso camine hácia la parte subyacente hasta llegar al cartilago. Y aquí las investigaciones de Heinze no están de acuerdo con lo que hemos observado en repetidos exámenes laringoscópicos: él admite la limitación de los tubérculos en la mucosa y en la sub-mucosa; y la inflamación del pericondrio se verificaria por la difusion del proceso reactivo que el tubérculo debe despertar. Yo, con Mackenzie y otros, sostengo que la infiltracion puede comenzar por el pericondrio, especialmente por el de los aritenoides, que son el punto más frecuente de ella. Pero bien haya este depósito, como yo me inclino á pensar, bien se trate de una alteracion sucesiva, en la tisis laríngea puede haber notables lesiones de los cartilagos, y basta el anuncio de que esto es posible para darnos cuenta de los estragos que la tisis laríngea produce. Entonces entre las láminas del pericondrio se forma abundante cantidad de pus, la sustancia hialina primero se pone opaca y despues experimenta la degeneracion grasosa. Por esto á veces, cuando el proceso supurativo es activísimo é intenso, los cartilagos quedan libres, y otras veces abriéndose el absceso, eliminase el cartilago entero, suponemos los aritenoides, que son tan pequeños que se prestan á la eliminacion total. Si se trata de los fibro-cartilagos, los elementos cartilaginosos experimentan la degeneracion grasosa, mientras las fibras elásticas se infiltran de pus, así la epiglottis puede aparecer hendida, y yo recuerdo haber visto un ejemplo clásico de esto, en el cual se notaban dos colgajos laterales y movibles. El proceso ulceroso se verifica, pues, porque los elementos que constituyen el tubérculo se acercan cada vez más

á las capas epiteliales, las cuales se reblandecen, se necrosan y efectúan por último la necrosis local.

La infiltracion del tejido se puede conocer bien por su espesor, porque la mucosa puede triplicar y cuadruplicar su volumen, y en medio de este engrosamiento se observan los puntos centrales pálidos y necrosados. La infiltracion puede tambien permanecer estacionaria durante un cierto tiempo, y así nos damos cuenta de ciertas formas de pericondritis que no se ulceran.

El proceso ulceroso debe estudiarse además en ciertas particularidades, porque á veces el punto de partida son los *acini* glandulares. La multiplicacion de estas células redondas se verifica dentro de las cápsulas de los folículos acinosos, y la compresion que se ejerce en el interior de las cápsulas mismas reduce los *acini*, que en un saco eran 20 ó 30 á 4 ó 5. Es singular que los conductos escretorios de las glándulas puedan permanecer ilesos, por lo cual á veces se dilatan y dejar salir el pus que se acumula en ellos. Interesante es tambien el modo de comportarse de los vasos en el infiltrado, porque cuando la infiltracion es escasa, podeis tener células redondas en el exterior, y entre los espacios de la túnica adventicia; la cual, si la tuberculosis está en un grado avanzado, acaba por ulcerarse; lo cual no sucede á la túnica muscular ni á la interna. La túnica muscular de las venas tiene una vulnerabilidad especial, por lo que estrechada la capacidad del vaso, se produce fácilmente la trasudacion serosa. Los capilares resisten tambien muchísimo á la infiltracion tuberculosa, y sin embargo en la region de esta abundan. Tenemos la contraprueba en el modo como se desenvuelve la úlcera, esto es, procediendo de lo interior á lo exterior, en el hecho que las capas más vecinas al epitelio están infiltradas de células redondas, células que no tienen el carácter particular de la infiltracion tuberculosa.

La capa muscular parece que á veces toma parte en el proceso tuberculoso. Se ha notado, por ejemplo, la degeneracion grasosa del perimisio interno, de la sustancia contráctil y de las fibras musculares. Otras veces Heinze ha hallado deformaciones recientes de los gránulos tuberculosos entre

las diversas fibras musculares. Sin embargo declaro, y en esto estoy conforme con Mackenzie, que nosotros podemos sostener que estas alteraciones son más bien efecto de «alteraciones crónicas que experimenta la nutrición» que de la verdadera infiltración tuberculosa, aunque el microscopio no nos revele la presencia de los pequeños corpúsculos redondos entre los diversos haces musculares.

Estas pocas noticias histológicas que he querido daros para entender mejor las lesiones primitivas de la tuberculosis laríngea, quedarían sin efecto, si yo ahora no os dijese cuales son los signos, las notas que reveladas por el laringoscopio, nos anuncian el desenvolvimiento de la tuberculosis laríngea. Reclamo sobre esto vuestra atención, porque la breve clasificación, que os expondré, tiene el mérito de estar basada en una larga experiencia, y á medida que avanceis en estos ejercicios clínicos, conoceréis toda su importancia. Os he dicho que la tuberculosis laríngea tiene un carácter autónomo, que á veces puede ser primitiva, y si no convenís conmigo desde el punto de vista anatómico, debeis concederme que por el lado clínico es una distinción muy verdadera. Ahora, si con el laringoscopio podeis averiguar que la lesión es de carácter tuberculoso, teneis un signo precioso para el diagnóstico.

Yo he reducido á cuatro estas notas, porque son las que verdaderamente he podido encontrar. Las enumero por orden de frecuencia: 1) úlcera tuberculosa, 2) pericondritis aritenóidea, 3) infiltración de las cuerdas vocales, 4) depósito de gránulos miliares en las cuerdas vocales. El tubérculo toma un carácter complejo, la úlcera es hija del infiltrado: éste, después de haber permanecido estacionario, puede experimentar la transformación ulcerosa; pero al describiros estas cuatro formas, entiendo aludir á las formas clínicas y anatómicas que llamen la atención del observador. Quiero decir que, sea el infiltrado escaso, sea que la ulceración se haya formado rápidamente, vosotros interviniendo á tiempo no encontrareis otra cosa que la úlcera, comprendiendo sin embargo que el período neoplástico ha debido preceder.

La úlcera, pues, puede pertenecer bien á una forma de la

tuberculosis laríngea, la forma ulcerosa que es la más frecuente. Pero ella no es la nota constante, y vosotros os engañaríais mucho si quisiéseis sostener que la tuberculosis laríngea debe siempre anunciarse con la úlcera; la ulceracion no es más que un hecho frecuente. ¿Cómo es esta ulceracion? ¿En dónde reside? La mucosa aritenóidea é inter-aritenóidea es su sitio más frecuente, y este sitio es tanto más característico, cuanto que si la lesion está limitada en aquel punto, vosotros con este único criterio podeis completar el diagnóstico etiológico. Las ulceraciones se forman porque las acumulaciones se reunen; son tantos puntos ulcerosos independientes, que convergen en uno, y entonces la pérdida de sustancia que se presenta á vuestra observacion resulta de la suma de los puntos necrosados. Si recordais que, para que la úlcera se verifique, es necesario que los elementos neoplásticos se acerquen al epitelio, comprendereis desde luego que la úlcera tuberculosa no es por sí misma muy profunda, á no ser que exista aquella multiplicidad de fenómenos de que ya os he hablado. Que sí á veces á la vista la úlcera parece bastante profunda, esto se debe al edema, que hace que los bordes parezcan elevadísimos. Hay sin embargo dos caracteres, á los cuales es necesario atender, esto es, el brillo del edema colateral y la palidez de la mucosa circundante. Esta infiltracion edematosa, que naturalmente es muy diferente de la infiltracion neoplástica tuberculosa, suele ser bastante constante, y se propaga, por las mallas del tegido cojuntivo submucoso, á puntos lejanos. Suponiendo la úlcera inter-aritenóidea, tenemos frecuentemente la infiltracion edematosa en los ligamentos ari-epiglóticos, que adquieren un aspecto especial, por algunos llamado piriforme, porque esta tumefaccion se parece á una pera con el vértice vuelto hácia la epiglotis y la base hácia el cartílagos aritenóides. La tumefaccion de las partes borra las prominencias normales que forman los cartílagos de Wrisberg y los corniculados, por lo cual muchas veces el infarto edematoso es considerable, tiene forma de pera, é invade todo el ligamento ari-epiglótico de un lado.

La infiltracion puede ser unilateral ó bilateral; no porque

sea necesaria la presencia de dos úlceras distintas, sino porque las vías de comunicacion del tejido conjuntivo submucoso son amplias. Otro punto frecuente de ulceracion es la epiglottis, y mientras en la sífilis está atacada la cara lingual, en la tuberculosis lo está la cara laríngea. En la superficie interna de la epiglottis observareis, pues, úlceras de forma irregular más ó menos estensas, debidas á los gránulos miliare, como revela el microscópio. La ulceracion puede existir tambien sobre las cuerdas vocales falsas y verdaderas, pero aquí marchan muy lentamente, porque la trama que forma el ligamento vocal verdadero es un tejido fibroso; aquí el proceso ulcerante comienza verdaderamente por las glándulas mucosas, las cuales, como Coyne ha demostrado, por medio de los conductos escretorios se abren en el borde libre de las cuerdas vocales. La ulceracion puede ser única ó múltiple, circunscrita ó difusa, y cuando se generaliza, se observa lo que hemos visto suceder en un enfermo de nuestro dispensario, refugiado ahora en la clínica del Profesor de Renzi que benignamente lo acogió. En aquel paciente toda la cavidad aparecia cubierta por un exudado que provenia del grave proceso ulcerante, muy difuso. Esta es una forma de ulceracion clásica que no muchas veces tenemos posibilidad de observar, y que forma extraño contraste con aquellas ulceraciones parciales y circunscritas que he podido mostraros en muchas ocasiones.

La segunda forma es la pericondritis aritenóidea. La tuberculosis tiene una predileccion por los aritenóides; y lo que os he dicho de la úlcera, os repito del infiltrado: el asiento es muchas veces característico de la lesion. Cuando os he señalado las notas histológicas de la infiltracion tuberculosa, os he indicado que la mucosa puede triplicar y cuadruplicar su volumen. Suponed que la infiltracion se verifique en los cartílagos aritenóides, en este caso es casi siempre bilateral: es una hinchazon enorme que se estiende igualmente por toda aquella region, ya más pronunciada en un lado, ya más en el otro. Por más cuidado que pongais para descubrir el punto de partida de este edema, no encontrareis ninguna pérdida de sustancia, y os persuadireis bien presto que es una infiltracion

neoplástica y no serosa. Si os fijais en la tension de la mucosa, en su brillo y fulgor, en su palidez, comprendereis que no se trata del verdadero edema, en el sentido literal de la palabra. Os recordaré lo que sucede en los flemones superficiales y profundos de la piel. Cuando el flemon es superficial, la piel que lo cubre se pone rosada y turgente; pero cuando el flemon es sub-aponeurótico, el cutis está tenso y pálido. Y bien, la palidez, la tension extrema de la misma mucosa, son bastante significativas de la pericondritis, en la cual la forma ulcerosa es posible, pero rara. Para que se verifique, es necesario que la infiltracion se forme en las capas más superficiales, y llegue hasta el epitelio; pero generalmente la pericondritis persiste como nació.

Estas son las formas más comunes; hay otras dos más raras, que tambien conviene estudiar.

La tercera forma, de que voy á hablar, es la infiltracion de las cuerdas vocales. El proceso anatómico es siempre el mismo: la forma es la que varía. Pero hay circunstancias, en las cuales no se observa más que aumento de espesor de las cuerdas vocales, y casi siempre unilateral. La cuerda vocal no tiene ya su márgen rectilíneo, está áspera en su superficie, llena de abultamientos: su color de perla se cambia en rojo oscuro. El infiltrado puede permanecer estacionado durante largo tiempo, pero puede tambien sobrevenir ulceracion, y recordareis muy bien á un enfermo, en el cual la ulceracion estaba limitada en las dos cuerdas; pero mientras la de la izquierda estaba sometida á un grave proceso ulceroso, la de la derecha apenas estaba interesada: prueba de que la ulceracion habia empezado á desenvolverse en diferente tiempo, y que habia comenzado por el lado izquierdo. Un proceso así limitado en un tejido fibroso y resistente, que no tiene amplias comunicaciones con la mucosa circundante, no produce edema colateral; el proceso queda limitado allí, y todo lo más que se nota es una estrecha zona hiperémica al rededor.

De la cuarta forma, os hablaré solamente por deber científico, pues yo mismo no la he encontrado más que dos veces. Las formas, que acabamos de estudiar, prueban el carácter de

la infiltracion tuberculosa, infiltracion específica que se acompaña de infiltracion inflamatoria; pero puede darse en la laringe un verdadero depósito de gránulos miliares. Supongamos un momento la tuberculosis de las serosas: hay una meningitis tuberculosa, en la que teneis los productos estratificados, en medio de los cuales os será fácil reconocer gránulos miliares más ó menos esparcidos. Pero hay algunos gránulos miliares que existen sin síntoma alguno de flogosis. Y bien, en la laringe es posible el mismo fenómeno; esto es, es posible que preferentemente en las cuerdas vocales se observen algunos gránulos, que resaltan debajo del epitelio por su pequeñez, por su color gris súcio, por su forma perfecta, por los vasos capilares que los circundan; pero el mismo nódulo conserva bien su verdadero carácter, de modo que no podreis confundirlo con la simple hipertrofia glandular.

Puesto que hemos ya hecho un estudio bastante completo de las alteraciones propias de la tuberculosis laríngea, tengo el deber de señalaros tambien aquellas lesiones, que sobrevienen en los tejidos más próximos á la laringe, y que conservan el carácter de tuberculoso.

En la faringe es posible la tuberculosis. Tenemos ejemplos clásicos de ella: es posible que la tuberculosis se desarrolle en el velo, en todó el espacio naso-faríngeo, que tan rico es en tejido cistógeno, ya en las paredes laterales, ya en la bóveda. Efectivamente, con el exámen rinoscópico, ó sobre el cadáver, se ha observado en los sitios que os he mencionado, una lesion ulcerosa que se asemeja mucho al tubérculo. Me parece que en la cavidad naso-faríngea sucederá lo mismo que en la laringe; despues de una época de duda, se llega á la de la certeza y de la demostracion: es un estudio que apenas empieza á hacerse, y en el cual han tomado una buena parte Wendt y Ziemssen. Sin embargo, la anatomía patológica debe ilustrar mejor este grave asunto, y decirnos si verdaderamente hay, como en la laringe, en la cavidad naso-faríngea, gránulos tuberculosos.

Pocas observaciones se registran de tuberculosis en el *septum* nasal que haya producido ulceraciones, y pocas observa-

ciones tambien respecto á la tuberculosis de la lengua. En el congreso laringológico de Milan, el Doctor Lennox Browne, de Lóndres, (que me regaló un bello dibujo) habló de observaciones suyas personales acerca de la tuberculosis de la lengua, de las encias y de la faringe.

De modo que la tuberculosis no siempre está limitada á la laringe, porque puede extenderse á la cavidad naso-faríngea, al velo del paladar y á la lengua.

Las úlceras traqueales pueden ser como las de la laringe, tuberculosas ó catarrales, y se encuentran muy rara vez. En 1226 autopsias, Heinze ha encontrado 99 veces úlceras traqueales, pero 80 unidas á úlceras de la laringe, y 19 únicamente limitadas á la tráquea; esto es una proporcion de casi el 2 por 100.

Dos palabras más y concluyo. Las que os he descrito son alteraciones tuberculosas, pero me preguntareis: dado un individuo tísico, ¿hay otras lesiones de carácter no tuberculoso que se pueden encontrar en la laringe? Comprendeis que la pregunta tiene un valor grandísimo. Y bien, sí: en la laringe se dan, complicando la tisis ó tuberculosis pulmonar, otras alteraciones que resumimos aquí brevemente: 1) Anemia de toda la cavidad. En muchos individuos en quienes se prepara la tuberculosis, se observa una palidez clásica de todo el vestíbulo. Es una anemia marcada, típica, solemne. 2) Hiperemia. Es posible que en un periodo dado observeis hiperemia circunscrita principalmente al espacio meso-aritenodeo, lo cual no es contradictorio. 3) Una forma de catarro que llamamos *descamativo*. En ciertos individuos observais gran esfoliacion epitelial con ligera opacidad de la region inter-aritenodea. Si la hipertrofia se estiende al tejido sub-mucoso tenemos: 4) aquel estado morbosos que Isambert llama «*état velvétique*,» estado papiliforme, debido probablemente á repetidos estímulos que obran en aquella parte. Recordando cuán rica en glándulas es la mucosa en aquel punto, pudiérais daros cuenta de la predileccion que el tubérculo por él muestra, y antes de esto, de los estados patológicos comunes, flogísticos ó hiperplásticos. A estas formas, pues, las podeis llamar *laringi-*

tis en los tísicos, nó de los tísicos. La hiperemia circunscrita, el catarro, la hiperplasia, son otras tantas complicaciones que se pueden presentar en los individuos afectos de tísis, sin estar bajo el dominio del desarrollo del tubérculo. 5) En fin, puede haber parálisis de las cuerdas vocales y afonía. La parálisis es unilateral ó bilateral; en todos los casos es de difícil interpretacion. Si es bilateral, podreis invocar la debilidad de la columna de aire ascendente, y creer por lo tanto en una afonía funcional, como decimos en la práctica. Cuando la parálisis es unilateral, entonces debeis pensar en otra cosa. El malogrado Mandl, de quien tengo la honra de haber sido discípulo, habia hecho notar que la cuerda vocal del lado derecho se paralizaba más frecuentemente en la tísis, y hallaba una juiciosa esplicacion en las íntimas relaciones que el recurrente derecho conserva con el vértice del mismo lado. Las estadísticas de los otros autores no han corroborado esta opinion, y de las parálisis del lado izquierdo podemos sostener que por lo comun dependen del infarto de los ganglios linfáticos, los cuales comprimen el recurrente, y que con tanta facilidad se desenvuelven en la tísis.

Las úlceras de carácter no tuberculoso en la cavidad laríngea son escepcionales. Heinze dice: «es difícil que el laringoscopista pueda distinguir las úlceras tuberculosas de aquellas que no lo son.» Yo digo que este error sería posible en un sentido solo, esto es, que se puede creer simple una úlcera tuberculosa, pero nunca declarar tuberculosa una úlcera simple, porque la estension de la lesion es un hecho que por sí solo basta para evitar el engaño. Verdaderamente, las úlceras catarrales en la tísis se esplican precisamente del mismo modo que las que se verifican en la laringitis catarral comun: presentan ó el carácter folicular ó el de la esfoliacion epitelial. Solo que en el curso de la tísis ó tuberculosis pulmonar, una úlcera catarral puede hacerse tuberculosa, cuantas veces se desenvuelve la tuberculosis general, la lesion laríngea puede representar el *locus minoris resistentiæ*.

Señores, por esta esposicion vosotros adivinais que el perfecto reconocimiento de las variadas alteraciones es impor-

tante, no solo respecto al diagnóstico laríngeo, sino tambien para el del género que podeis completar, gracias al exámen laringoscópico, como espero poderos demostrar mejor en la próxima conferencia.

LECCION TERCERA.

III.

Sintomatología.

Resúmen.—Sintomatología.—*a)* La voz puede estar íntegra, alterada ó completamente perdida.—Causas que explican este triple estado de la fonación.—La pérdida de la voz no está siempre en relación con la gravedad del proceso.—*b)* Disnea. Causas que la determinan.—Por el grado de la laringostenosis tampoco se puede inducir el grado de la lesión.—*c)* Disfagia y odinofagia. Causas.—*d)* Tos. Puede depender del proceso pulmonar y del laríngeo, la lesión laríngea puede aumentar ó disminuir su intensidad.—Tos eruptante de los franceses.—*e)* Espectoración.—*f)* Dolor.—Espasmo.—Sus causas.—Irradiación del dolor á la oreja, y explicaciones del fenómeno dadas por Deele y por Beverey Robinson.—Importancia del examen laringoscópico en los casos dudosos de tuberculosis pulmonar.—La tuberculosis laríngea agrava el pronóstico.

SEÑORES:

Nos queda que hablar DE LA SINTOMATOLOGIA Y DEL DIAGNÓSTICO de la tuberculosis laríngea. Voy ahora á adelantar una breve declaración que os ruego tengais también presente cuando trate de la sintomatología y del diagnóstico de las demás laringopatías, esta es, que yo no espondré sistemáticamente todos los fenómenos funcionales con los cuales se anuncian las enfermedades laríngeas. En tal caso me apartaría de mi objeto; me vería obligado á una repetición inútil, y demostraría lo contrario de lo que he sostenido otra vez, es decir, que debemos buscar en el conjunto de las notas anatómicas la interpretación de los síntomas funcionales. Repetir

escolásticamente que este ó aquel otro proceso se acompaña de disfagia, de tos, de ronquera, etc., significa caer en el error. Por ejemplo, os he dicho ya que las formas tuberculosas que se encuentran en la laringe son cuatro; y bien, cada una de estas puede tener síntomas que en otra se encuentren perfectamente, mientras si partimos de la inspeccion laringoscópica, podremos adivinar y explicar bien las necesarias alteraciones funcionales. Partiendo, pues, de las notas anatómicas, no será difícil interpretar los fenómenos funcionales correspondientes á cada lesion: comienzo, pues, á analizarlos.

a) Alteraciones funcionales relativas á la voz.—En las formas tuberculosas es posible que la voz esté íntegra, alterada ó completamente estinguida. Dos son las condiciones esenciales para la formacion de la voz, considerado el fenómeno exclusivamente en la cavidad laríngea: la perfecta union de las cuerdas vocales y la perfecta libertad de los movimientos de las articulaciones cricoaritenoides. Voy á detenerme algo en este punto, porque lo que voy á decir respecto á la tuberculosis laríngea, podrá despues aplicarse á todas las otras alteraciones posibles. Ahora bien, el movimiento de abduccion y el de adduccion de las cuerdas vocales se efectúan en la articulacion crico-aritenoides, que pertenece al género de las artrodias: dos facetas articulares unidas por un ligamento capsular, por el cual son posibles movimientos en todos sentidos. Respecto á las articulaciones crico-aritenoides, sabemos que el cricoides suministra dos facetas articulares, una para cada lado, dirigidas de arriba abajo, de atras adelante y de dentro á fuera, y cada aritenoides, en su base presenta una faceta cóncava que corresponde á la convexidad de la faceta cricóidea, perpendicular á la misma, y que monta sobre ella. Siendo posibles los movimientos alrededor de un eje perpendicular, la apofisis interna ó vocal del aritenoides, que es una prolongacion formada por la union de las caras internas y anterior del aritenoides, puede experimentar dos movimientos: uno de adduccion hacia la línea media, otro de abduccion hacia fuera, y en este movimiento de rotacion no solo la cuerda es llevada adentro ó afuera, sino el mismo aritenoides se inclina respec-

tivamente adelante ó atrás. Esto nos explica como en la deglucion abatiéndose el opérculo laríngeo, se puede verificar la completa oclusion del vestibulo de este órgano.

Vosotros sabeis cuales son los músculos especiales encargados de esta funcion, pero además de la contraccion muscular que debe encargarse de funcion tan importante, es necesario que las articulaciones crico-aritenóideas estén libres. Y bien, ¿qué es lo que vemos en la tuberculosis laríngea? Que el sitio más frecuente del edema es precisamente la region aritenóidea. Ahora, si la tumefaccion se desarrolla un poco en la region meso-aritenóidea; si el edema invade la cara interna del cartilago aritenoides, las cuerdas vocales en los movimientos de adduccion no se pueden juntar; la potencia muscular está íntegra, los tensores de las cuerdas funcionan perfectamente, pero la cuerda misma halla un obstáculo material á su union, y este obstáculo se revela en la pérdida completa de la voz, ó en la disfonía. No es absolutamente necesario que haya una úlcera para que sobrevenga la afonía; puede bastar la pericondritis sola. Pero si la infiltracion respeta aquel sitio, la voz puede permanecer normal. En cambio las otras dos formas clásicas de la tuberculosis, esto es la infiltracion de las cuerdas vocales y el depósito de los gránulos miliares sobre las mismas, poco ó nada pueden turbar la voz. Suponed que haya infiltracion de una de las cuerdas vocales: por el aumento de espesor de la cuerda, el número de vibraciones que esta debe dar en un determinado tiempo será menor, por lo tanto la altura del sonido se modificará, la voz será baja, grave, pero no se extinguirá. Si en lugar del infiltrado hay úlcera, si la cuerda vocal no está ya regular en su borde libre, si presenta elevaciones, entonces la voz puede estar completamente perdida, porque en las tentativas de fonacion los ligamentos vocales no pueden venir á perfecto contacto y la columna de aire ascendente sale con menor dificultad, por lo cual el individuo ya no consigue formar el sonido glótico. Los gránulos miliares diseminados, dificultando la vibracion de las cuerdas, pueden producir una ligera disfonía, una ronquera poco marcada.

Por estas breves consideraciones comprendereis que la

pérdida de la voz no siempre está en relacion con la gravedad del proceso. Hay ulceraciones estensas que permitiendo la union de las cuerdas vocales no perturban la voz, y viceversa hay lesiones mucho más circunscritas que impidiendo la adducion de las mismas cuerdas la alteran profundamente. Vosotros, pues, correríais riesgo de caer en grave error si quisierais apreciar la gravedad del proceso midiéndolo por la afonía, ó pensárais que el daño no era grande solo porque la voz estaba poco ó nada alterada.

b) Otro tanto puede decirse de la disnea, la cual á veces es grave independientemente de las lesiones pulmonares y de las laringeas. Esta dificultad de la respiracion debemos estudiarla en la expresion de la laringostenosis y en las alteraciones de la oclusion de la glotis. Por las mismas razones que os he dado apóposito de la disfonía, puede suceder que el infarto de los tejidos peri-articulares dificulte la abduccion de las cuerdas. Aunque estén incólumes los crico-aritenóideos posteriores pueden las cuerdas vocales no separarse de la línea media durante la inspiracion, porque la rigidez de los tejidos periarticulares del lado externo del cartilago aritenóideo impide los movimientos de abduccion.

La estenosis laringea puede depender de otra causa. Las ulceraciones aritenóideas deforman los ligamentos ari-epiglóticos, dándoles aquel aspecto que hemos llamado piriforme; la epiglottis, igualmente, puede estar invadida por el proceso ulcerativo, y deformada y aumentada de volúmen. En tal caso la infiltracion edematosa es general, y por una parte esta, y por otra la rigidez de los tejidos, tenemos una suma de causas que conspiran al mismo objeto, la estenosis.

Esto se entiende fácilmente: pero hay otra especie de dificultad de la respiracion que se anuncia durante ó despues de la fonacion. Esta en algunos enfermos se observa fatigosa, y despues que han intentado producir sonidos, se fatigan enormemente. Esta forma disnéica no es del todo característica de la tuberculosis laringea; la encontrais en todos aquellos estados morbosos, que no permitiendo la oclusion de la glotis, hacen que el aire espirado por el pulmon pase al través de

una hendidura que tiene amplias dimensiones. Para que se produzca el sonido, las cuerdas vocales deben reunirse, pero esta union no es completa: si lo fuese, no habria sonido, por no haber espacio por donde el aire espulsado por los pulmones pueda salir. Verdaderamente, en el llamado espasmo glótico, si este se prolonga, si es completo, pronto cesa el estridor característico de la interrumpida inspiracion. Suponed ahora que las cuerdas en las tentativas de la fonacion no alcanzen aquel límite señalado á que deben llegar para que se verifique la formacion del sonido: todo el aparato motor, el conducto aéreo, el fuelle, acabará por agotar sus fuerzas y el enfermo hará esfuerzos inútiles para emitir un sonido: así vereis á estos enfermos cansados, rendidos, afanosos despues de haber procurado pronunciar algunas palabras.

c) Continuemos.—Vamos á estudiar otro fenómeno funcional que está en íntima relacion con la topografia del órgano, este es la disfagia. Uno de los hechos frecuentes que se observan en la tuberculosis laríngea es la disfagia, que tiene diferentes formas, y que debo esponeros. Hay una disfagia, mejor llamada *odinfagia*, que depende del paso de alimentos ó de las bebidas sobre el sitio en donde existe la lesion material. Cuando hay ulceracion sobre los aritenoides ó sobre la epiglottis, en el momento en que el bolo alimenticio ó los líquidos se introducen en el embudo faríngeo, rozan necesariamente sobre estas partes, de lo que resulta dolor que se revela por accion refleja sobre los constrictores de la faringe. Otras veces la disfagia tiene un carácter diferente: depende de que la epiglottis, los ligamentos ari-epiglóticos y los aritenoides, que deben intervenir en la oclusion del vestibulo laríngeo en el acto de la deglucion, no pueden llenar su oficio, y entonces los líquidos y los sólidos penetran en la laringe. Si se une la anestesia de estas partes, las moléculas alimenticias descienden á las partes inferiores de las vias respiratorias y son causa de aquella pulmonia séptica que los alemanes llaman *Schlucks pneumonie*.

La afonía, la disnea, la disfagia, fenómenos que nosotros encontramos ya aislados, ya reunidos en la tuberculosis larín-

gea, aunque en grado vário, pueden presentarse de tal manera que uno solo de ellos domine la escena ó prevalezca sobre los otros.

d) Además de estas perturbaciones conviene recordar aquellas que son el resultado de los trastornos funcionales que sobrevienen en la esfera de la sensibilidad me refiero á la tos, á la espectoracion, al dolor y al espasmo. He dicho que son los esponentes de los trastornos de la sensibilidad laríngea, considerada ya como sensibilidad comun, ya como sensibilidad refleja. Hay tos en la tuberculosis laríngea? No creais que la pregunta tiene fácil respuesta. Sabemos que la tuberculosis laríngea acompaña frecuentemente á la tuberculosis pulmonar, por lo tanto no podemos negar que el padecimiento del pulmon suministra á la tos un contingente notable. Pero conviene preguntarnos: dada una tuberculosis pulmonar y una complicacion laríngea del mismo carácter, ¿la tos aumentará ó disminuirá? Hay circunstancias en que la alteracion laríngea agrava la tos, pero hay otras en que la modera. Esta proposicion no debe pareceros arriesgada. La tos es un fenómeno reflejo, cuyo punto escito-motor puede tener diferente situacion; sabemos que hay una tos por enfermedades pulmonares y bronquiales, por enfermedades laríngeas, por compresion de los ramos nerviosos que van á la laringe, y en ciertas mujeres histéricas y en los niños hay una tos refleja de puntos lejanos, el útero ó el intestino (helminthiasis). Tampoco puede negarse que la tos es un fenómeno reflejo dependiente de estímulos que pueden tener su asiento en puntos variadísimos. En la laringe la sensibilidad es muy esquisita, y ciertos procesos morbosos que se traducen en estímulos locales deben agravar la tos, si existia ya provocada por otras causas. Ciertas formas hiperémicas, ciertas infiltraciones, ciertas irritaciones locales suscitan á menudo una tos frecuente, rebelde, molesta. Pero cuando se trata de un proceso necrótico que avanza y que acaba por anular la periferie nerviosa sensitiva terminal, á la tos rebelde puede suceder una tregua, la cual tal vez forma extraño contraste con las lesiones laríngeas ó con las pulmonares. La tos en la tisis laríngea tiene ade-

más un doble punto de origen; puede depender del estímulo que el aire inspirado produce sobre la mucosa, siempre que esta sea el asiento de procesos irritativos, y por lo mismo más susceptible, ó ser efecto necesario de la presencia de las secreciones que se forman y se detienen en ella. Y como á veces la tos toma el carácter de la voz, pudiendo ser ronca ó afónica como esta, vosotros os explicais aquel carácter especial que los franceses han designado en la tisis con el nombre de tos eruptante, esto es, de aquella tos que acompaña al escape de la columna de aire espirado al través de una glotis que no se contrae ya convenientemente. La tos, pues, en la tisis laríngea es un exponente verídico de la enfermedad, pero á veces puede no serlo, como no lo es la afonía, la disfagia, la disnea, ó al ménos no es expresion fiel del grado, de la estension y de la naturaleza de la lesion.

e) Espectoracion.—Se comprende muy bien que hagamos abstraccion del esputo que proviene de las vias inferiores de la respiracion. Cuando hay proceso ulcerativo, cuando hay catarro descamativo, se puede establecer una secrecion purulenta ó moco-purulenta en relacion con la superficie enferma; pero no es difícil que á este exudado se unan pequeños puntos hemorrágicos ó estrias sanguinolentas. Sobre este hecho me fijo algo para discurrir sobre la opinion que tengo acerca de los esputos sanguíneos, por los cuales sereis consultados muchas veces en vuestra práctica. Las formas hemorrágicas graves, que algunos creen que dependen de lesiones laríngeas, ¿son verdaderas? Señores, son rarísimas, y á veces fijamos el punto de partida de la hemorragia en la laringe mintiendo caritativamente. En la ciencia no se registra más que un solo caso de hemorragia letal proveniente de la laringe; pero esta tenia su origen en el seno piriforme, y dependia de necrosis por la presencia de un cuerpo extraño. Por lo tanto, el esputo sanguíneo solo se vé rara vez en la tisis laríngea.

f) Dolor.—Espasmo.—Nosotros tendremos ocasion de estudiar el fenómeno espasmo en todos aquellos estados que estrechan la cavidad laríngea; y sin embargo el espasmo es como la tos, un efecto de la accion refleja de los ramos periféri-

cos sensitivos sobre los grupos musculares. Puesto que las graves alteraciones de la tuberculosis laríngea tienden á embotar la sensibilidad de la mucosa, es raro que suceda el espasmo laríngeo; pero á veces este nos explica en las laringostenosis aquellas agravaciones que ponen la vida del enfermo en peligro. Otras veces observareis enfermos en los cuales hay un vivo dolor limitado en un punto de la laringe ó irradiado á una region lejana: el dolor persiste mientras la ulceracion es superficial; pero cuando profundiza, cuando destruye el pequeño nerviecillo que debía trasmitir la sensacion, cesa del todo. Verdaderamente yo he podido preveer algunas veces en mi práctica que la mejor cura del dolor intenso seria el mismo proceso de la enfermedad. La irradiacion más constante del dolor es á la oreja, y quizá se acentúa en el acto de la deglucion. Ha recibido dos diversas explicaciones, una de Decle y otra de Beverley Robinson. La opinion de Decle es algo fá-tua, pues admite que una complicacion de la tuberculosis laríngea es la faringitis granulosa, y como alrededor del orificio de la trompa de Eustaquio hay una aglomeracion de numerosas glándulas foliculares, explica el dolor por la inflamacion de estas glándulas y una posible propagacion á las mismas trompas. Esta teoría puede rebatirse en pocas palabras, y lo hace la observacion pura y simple. A veces existe el dolor, y faltan las notas de la faringitis. Verdaderamente es más lógico pensar con Beverley Robinson que los ramos auriculares que provienen del gánglio superior del neumo-gástrico pueden explicar el fenómeno. Sabeis que Arnold ha descrito dos sutiles filamentos que van al conducto auditivo y Sappey ha seguido á un tercero hasta la membrana del tímpano. Si preguntais á los enfermos, aún cuando el dolor no sea tan fuerte como ellos lo pintan, vereis que con una constancia bastante frecuente se le encuentra en la tuberculosis laríngea.

Antes de volver sobre las notas anatómicas y sobre los caracteres diferenciales, es necesario sintetizar las relaciones entre la tuberculosis laríngea y la pulmonar.

La tuberculosis laríngea es un fenómeno frecuente, pero no necesario de la pulmonar. Hemos establecido cifras apro-

ximativas de las cuales resulta que de 100 individuos afectados de tisis ó tuberculosis pulmonar, 30 ó quizás más la padecen; quiere decir que la complicacion laríngea es frecuente pero no constante, y que hay tísicos que bajan á la tumba con la laringe sana. Vice-versa, hay casos en los cuales las lesiones laríngeas ó son primitivas, ó están en desacuerdo con las pulmonares, hasta el punto de hacernos creer que se han desenvuelto primitivamente. En fin, á veces hay desproporcion entre las lesiones laríngeas y las pulmonares en el sentido de que mientras las del pulmon son escasas, las laríngeas están avanzadísimas, y vice-versa. Ahora comprendéis que en las circunstancias en que el exámen pleximétrico del pecho es nulo ó poco concluyente, importa hacer un diagnóstico preciso de la tuberculosis laríngea para completar el general. Un individuo tísico puede tener una complicacion de carácter no tuberculoso: puede haber el catarro simple, la anemia de la mucosa, la úlcera catarral, el catarro descamativo, la parálisis, etc., lesiones que hemos estudiado, separándolas del cuadro de la verdadera tuberculosis. Este diagnóstico exacto, preciso, exige un juicioso pronóstico igualmente preciso, porque si nosotros debemos en algunas circunstancias no abrigar ilusion alguna, en otras bien podemos abrir el ánimo á la esperanza. Reconocida la tuberculosis laríngea, tendremos que agravar el pronóstico; pero si fuésemos partidarios de la teoría dualista y quisiésemos continuar distinguiendo una tisis pulmonar inflamatoria de una tisis tuberculosa, admitida la tuberculosis como enfermedad general, toda esperanza se habría perdido. Es indispensable hacer un exacto diagnóstico local, esto es, no confundir la úlcera, la pericondritis, el infiltrado, el depósito de gránulos miliares con otros procesos. Y bien, yo me detendré en este diagnóstico diferencial en la próxima leccion.

LECCION CUARTA

IV.

Diagnóstico, Curso, Terminacion, Pronóstico.

Resúmen.—Como se diferencia la úlcera tuberculosa de la sifilítica y de la del lúpus.—Como se diferencia la pericondritis tuberculosa del edema, y de la infiltracion gomosa de los aritenoides.—Criterios para diferenciar la infiltracion tuberculosa de la gomosa de las cuerdas y de la corditis tuberosa.—Como se distingue el depósito de los gránulos miliars tuberculosos de una hipertrofia de las glándulas. En los casos dudosos se puede utilizar el exámen microscópico (Fränkel).—Los caracteres generales son de poca ó de ninguna importancia.—Curso de las formas tuberculosas.—Terminaciones: muerte, cronicismo, recidiva, curacion. Causas de la muerte.—Como se debe entender la curacion de la úlcera tuberculosa; valor de esta en el sitio y en el organismo.—Importancia del exámen laringoscópico en cuanto al pronóstico.

SEÑORES:

Si yo quisiese presentaros un *exámen diferencial* de las ulceraciones laríngeas dependientes de otros procesos morbosos distintos de la tuberculosis, tendria que estenderme mucho. Tendria que deciros que hay neoplasmas estendidos á lo largo de la tráquea, los cuales no presentan á la observacion más que la superficie superior, aquella en que se verifica la ulceracion y que puede verse. Tendria que deciros como y por qué la ulceracion catarral se distingue; cuales son las formas de la úlcera del lúpus, cosas que vosotros conocéis ya, ó que tendreis ocasion de aprender muy pronto. Reclamaré en

cambio vuestra atencion sobre los hechos más salientes y más útiles en clínica, y estableceré el paralelo sobre todo entre la úlcera tuberculosa y la úlcera sifilítica.

Intentar el diagnóstico con los caracteres generales y con el exámen estetoscópico, que por una parte atestigüen la lesion pulmonar, y por otra confirmen la sífilis en el individuo, significaría no llegar nunca á la verdad. Cuando el exámen del pecho es poco concluyente ó nada dice, se inclina uno, contra su voluntad, á admitir la sífilis, y pomposamente se repite que la anamnesis puede ser engañadora, porque los recuerdos se borran ó se ofuscan cuando ha pasado mucho tiempo. Conviene, pues, preguntar ¿podemos por los caracteres locales distinguir la úlcera sifilítica de la tuberculosa? Debo declararos que se trata de un diagnóstico aproximativo, y yo engañaría la fé que teneis en mí si repitiese que podemos completarlo por el solo cuadro objetivo: es un error que he cometido yo, y conmigo otros muchos bastante más hábiles, hasta que el tiempo y el criterio curativo vienen á sacarnos del embarazo. El tiempo, porque las lesiones torácicas, que no podemos encontrar, no tardan en darse á conocer; el criterio terapéutico, porque sabeis cuanto puede el mercurio sobre las lesiones sifilíticas, y cuanto daña en las tuberculosas.

Pero aparte de esto, hay criterios que estudiados pueden sacarnos de engaño: son pocos y voy á enumerarlos. En las lesiones tuberculosas las úlceras son por lo comun múltiples, pequeñas, confluentes; en la infiltracion gomosa la úlcera es las más veces unilateral. En la infiltracion gomosa el color de las partes es rojo vivo; en la tuberculosis el color es pálido. En la sífilis la tumefaccion es desigual; en la tuberculosis es uniforme: en ésta el asiento de predileccion es la mucosa interaritenóidea ó los aritenoides, la cara laríngea de la epiglotis; en aquella la cara lingual, los ligamentos arilepiglóticos y las cuerdas vocales. La úlcera sifilítica cuando ataca á las cuerdas es unilateral, y la úlcera tuberculosa es bilateral. En la tuberculosis el curso es lento; rápido en la sífilis, y los estragos y las cicatrices consecutivas deformantes son casi característicos de esta última. Y como á veces los caracteres de

la una se asemejan á los de la otra, llamo vuestra atención principalmente sobre dos: la palidez y la pequeñez y superficialidad de la ulceracion, aunque no tengan un valor decisivo, sino simplemente aproximativo.

Por último, me preguntaré: ¿hay diferencias claras entre una úlcera tuberculosa y una luposa? Evidentemente sí. Prescindiendo de que el lúpus primitivo de la laringe es muy raro, y si invade este órgano lo hace despues de haber atacado algunas partes de la cara, hay que notar iguales criterios. Las úlceras luposas tienen los bordes duros, elevados, el fondo estrecho y sinuoso; las de la tuberculosis son pequeñas, irregulares, con fondo súcio y grisáceo; aquellas se desenvuelven sobre una mucosa que conserva todos los caracteres normales; éstas sobre una mucosa pálida, anémica, blanquecina; y respecto á la cicatriz, las primeras la forman irregular, elevada en unos puntos, deprimida en otros, aquí blanca, allí roja: mientras la de las últimas es uniforme, siempre pálida, pudiendo á veces brotar sobre ella vegetaciones y escrescencias de vário volúmen.

Ocupémonos ahora del diagnóstico diferencial de la pericondritis.

La pericondritis tuberculosa tiene predileccion por los aritenoides, por lo cual vemos esta region tumefacta y pálida. Este carácter de la palidez es constante en la tuberculosis laríngea. ¿Cuáles son los procesos que pudieran confundirse con la pericondritis? El primero el edema. Supongamos una ulceracion sifilítica situada en un punto lejano; yo recuerdo que algun tiempo antes de comenzar estas lecciones, se presentó en nuestra consulta una mujer que tenia edema en la region aritenóidea ó interaritenóidea; pero el conjunto de los hechos y el aspecto local alejaban de nuestra mente la idea de la tuberculosis; las cuerdas vocales no se separaban, y por consiguiente habia una grave estenosis laríngea. Sospechamos la sífilis: en la autopsia, porque aquella desgraciada murió, se halló efectivamente una ulceracion de carácter sifilítico debajo de la cuerda vocal del lado izquierdo. Os cito el ejemplo únicamente para demostraros que las úlceras que residen en pun-

tos lejanos de la mucosa aritenóidea, como el caso de que os he hablado, en el cual la úlcera estaba en el espacio infra-glótico mientras el edema estaba mucho más elevado, pueden ir acompañadas de edema colateral propagado por los espacios conjuntivos submucosos á regiones lejanas. En la pericondritis tuberculosa se ve que la tumefaccion parte de las capas profundas: quiero decir que, mirando bien la parte y estando habituados á la exploracion laringoscópica, podeis distinguir lo que es infiltracion neoplástica, como en la pericondritis tuberculosa, de lo que es infiltracion serosa, como en todos aquellos procesos que llevan consigo inflamacion y edema colateral. Frecuenta tambien el dispensario un individuo afecto de sífilis, en el cual los dos aritenóides están hinchados; en quien hemos diagnosticado goma y no pericondritis tuberculosa; lo que quiere decir que tambien la infiltracion gomosa de los aritenóides, que no se ulcera, puede simular la pericondritis tuberculosa. Os haré reflexionar que en estos casos podeis reconocer claramente los dos aritenóides aunque deformados en su volúmen, nunca ocultos como en la pericondritis, en la que, por la tumefaccion, la mucosa distendida é hinchada borra las desigualdades que á lo largo de los ligamentos ari-epiglóticos forman los dos cartílagos de Wrisberg.

Tercera forma: infiltracion tuberculosa de las cuerdas.— He dicho que á veces el proceso tuberculoso principia por los ligamentos vocales, y se anuncia bajo la forma de infiltrado; he descrito las cuerdas vocales hipertrofiadas, rojas, desiguales, ásperas en su superficie, y he repetido que la infiltracion puede permanecer estacionaria por algun tiempo, y despues comenzar el proceso ulceroso, lento, parcial, poco profundo.

Hay dos condiciones morbosas que pueden simular la infiltracion tuberculosa, y estas son: la infiltracion gomosa sifilítica, y aquella forma de *corditis* que se llama *tuberosa*. En la infiltracion gomosa de las cuerdas vocales, que constituye una forma por sí y que yo he ilustrado, la superficie atacada es preferentemente la inferior, mientras en la tuberculosis es la superior; quiero decir que en la infiltracion gomosa de las cuerdas vocales, podeis reconocer las cuerdas íntegras; pero

ellas aparecen festoneadas por un marco formado por la prominencia de la mucosa que reviste su cara inferior. Se entiende bien que al hablaros de estos caracteres, trato de aludir á los locales; pero el diagnóstico siempre será completado por los fenómenos generales. Os recuerdo, pues, la diversidad de la superficie atacada en la sífilis y en la tuberculosis, y la unilateralidad del fenómeno que persiste en la sífilis y falta en la tuberculosis laringea. Dejo para luego el diagnóstico diferencial de la corditis tuberosa.

Depósito de gránulos miliares.—Es raro, pero posible, que los tubérculos se depositen en forma de gránulos miliares sobre las cuerdas vocales, y constituyan elevaciones redondas, pequeñas, miliares, brillantes, cubiertas por un epitelio casi íntegro y rodeadas de vasillos varicosos que se concentran hácia la elevacion miliar. Este estado pudiera confundirse con una hiperplasia de las glándulas; pero los fenómenos inflamatorios que se desarrollan en estos folículos se acompañan de aumento de volúmen del mismo folículo y del tejido conjuntivo que lo rodea: difícilmente hay un nódulo perfectamente redondo y una elevacion desigual; el color es rojo oscuro; apesar de transcurrir el tiempo este color rojo no se pone pálido, constituyendo así los que hemos llamado nódulos blancos (crónicos) y que se distinguen de los rojos, los cuales conservan un carácter más inflamatorio que hiperplástico.

Ahora reanudo el diagnóstico diferencial de la corditis tuberosa. Cuando estos folículos se multiplican y se reúnen, toda la superficie de las cuerdas simula la infiltracion tuberculosa, porque está áspera, es desigual, y tiene elevaciones rojas que concurren á formar pequeñas anfractuosidades, donde se depositan los escasos exudados.

El aspecto local en estos casos no es decisivo; debeis ayudaros con los criterios de la marcha y repitiendo las observaciones; pues si la corditis tuberosa permanece estacionaria por largo tiempo, el infiltrado de las cuerdas vocales experimenta modificaciones, y especialmente, la forma ulcerosa en que altera los bordes de las cuerdas, como tenemos un ejemplo claro de esto en el individuo que frecuenta nuestro dispensario. Y si

todos estos caracteres desaparecen, y se trata de una forma segregante, podeis utilizar el exámen microscópico.

Fränkel ha demostrado últimamente en la Academia de Medicina de Berlin, que examinando al microscopio, la expectoracion que sale de la laringe, ha hallado con una constancia de *trecè* veces entre *quince* la presencia de los *bacilli* de la tuberculosis. En tal caso debeis estar ciertos que la sustancia que colocais en el microscópio no proviene de los pulmones; y para esto hay que recoger con un pincel el exudado que se forma sobre la parte. Nosotros rogaremos á un distinguido colega de este hospital para que vuelva á hacer los experimentos, y nos diga si verdaderamente el *bacillus* de la tuberculosis, en la forma laríngea, se encuentra tambien en los esputos, lo que sería útil en ciertos diagnósticos dudosos; dudas que nosotros no podemos desechar; dudas que yo os recomiendo conservar, á diferencia de cierto docto laringoscopista que ha sostenido, que la tuberculosis laríngea puede reconocerse por los caracteres objetivos solos, opinion que dejo combatida, despues de lo que he dicho relativamente á este sujeto de la sintomatologia y del diagnóstico.

Señores: He emprendido el estudio clínico con el fin principal de fijar en vuestra memoria los puntos más salientes. Por no distraer vuestra atencion, he querido avanzar hasta el diagnóstico diferencial.

Os expondré ahora los CARACTERES GENERALES, que, por lo demás, son en la tuberculosis laríngea de poca ó ninguna importancia; porque una de dos: ó hay una afeccion grave, adelantada, evidente, del pulmon, y entonces comprendeis que la fiebre, los sudores nocturnos, la caquexia se deben contar entre los síntomas de esta afeccion; ó ésta todavía no se ha desenvuelto, y entónces los daños de la tísis laríngea no son capaces de provocar graves trastornos funcionales, á lo ménos al principio. Digo al principio, porque en el curso ulterior si hay laringostenosis, si hay disfagia, aun siendo primitiva la alteracion laríngea, se tienen muchos elementos para que suceda el marasmo, la caquexia, independiente del proceso consuntivo de la tísis, por estar altera-

das las funciones de la nutricion y de la respiracion. Asi que, ó estos caractéres generales se pierden en el conjunto de los hechos debidos á la tuberculosis pulmonar, ó faltan. Nosotros recordamos ejemplos de individuos con tisis laríngea, en los cuales hubiéramos podido confiar por los caractéres generales, tan ligeros eran estos, y bien hubiera podido pasársenos desapercibida la tuberculosis laríngea. Pues-to que os he hecho saber que á veces las graves alteraciones locales de la tuberculosis se verifican sin síntomas funcionales referibles á la laringe misma, porque hay grandes ulceraciones que no perturban la voz, porque hay infiltraciones tuberculosas que no producen disfagia, vosotros comprendéis desde luego, cuán útil será repetir el exámen laringoscópico en todos los enfermos afectos de tisis pulmonar: llegará un dia, en que, sin sospecharlo, podreis ver desenvolverse bajo vuestros ojos una alteracion referible á una de las cuatro formas que os he analizado. Todas tienen un CURSO crónico, lento, monótono, en el cual tendreis que notar muchas veces mejoras y agravaciones; y comprendéis que la escena fenomenológica que se revela por una agravacion es principalmente debida á una infiltracion serosa, la cual, en los puntos en donde la mucosa es laxa, puede tener graves consecuencias y establecerse rápidamente. Por ejemplo, un enfermo afecto de ulceracion interaritenoides está un poco ronco: por haberse expuesto á causas reumatizantes, por haber abusado de los licores, él se pone disnéico; al exámen laringoscópico hallais notable infiltracion en los puntos en donde la mucosa es laxa. Este hecho puede desaparecer ó bajo la influencia del tratamiento ó sin él; y así como cesando la accion morbígena los productos de la inflamacion se absorben lentamente, el enfermo, cuya vida peligraba, vuelve á sus condiciones normales, á no ser que quede un ligero residuo de la misma infiltracion, que puede servir de fundamento á nuevas exacerbaciones. Estos detalles deben recordarse en la práctica, porque sirven mucho para la profilaxis. Si hemos demostrado que hay alteraciones debidas á la presencia del tubérculo en la laringe, no podemos negar que todos los estímulos, de cualquier natura-

leza que sean, pueden determinar aumento de los fenómenos, y una irritacion de carácter inflamatorio, que se anuncia con edema, representando lo que en tésis genérica se llamaba antes *edema laríngeo*.

Las TERMINACIONES de la tuberculosis laríngea son: la muerte, el cronicismo, la recidiva, la curacion. *a)* Muerte.—No solo porque el proceso tuberculoso progresa y agota las fuerzas del enfermo, sino porque la laringostenosis y la disfagia agravan siempre más estas condiciones. Además de esto os dije que en el caso de pericondritis podia formarse rápidamente un absceso voluminoso, en medio del cual nada á veces el cartilago desprendido de sus ligamentos; ó si el absceso se vácia, el cartilago necrosado puede determinar un acceso mortal de sofocacion. Es necesario saber este hecho para darnos cuenta de la muerte instantánea que puede suceder en algunos casos. Muerte por disfagia, y especialmente en las mujeres embarazadas que tienen que proveer á la nutricion de otro ser que llevan en su seno: disfagia que es tanto más peligrosa, cuanto que priva á dos organismos de un elemento necesario. *b)* Estacionamiento.—Al presente veis varios enfermos en el dispensario, que hace mucho tiempo luchan entre estas oscilaciones, y van viviendo, hasta que quizá sucumban á los progresos de la tuberculosis pulmonar. *c)* Recidiva.—Hay enfermos, que despues de haber permanecido estacionarios con su localizacion laríngea durante cierto tiempo, recaen, y este es un hecho cuya posibilidad bastará simplemente indicar. *d)* Me fijo, en cambio, en la curacion—y me limito á deciros los hechos, esto es, me limito á deciros que hay ulceraciones tuberculosas que curan, y una de las consecuencias de la cicatrizacion es la formacion de vegetaciones conjuntivas, las cuales se observan especialmente en la region interaritennoidea. Nunca olvidaré un caso clásico que ví en Berlin en una mujer enviada al Profesor Waldenburg para ser operada de un pólipo laríngeo en la region interaritennoidea. Al exámen laringoscópico se veia una vegetacion prominente un centímetro, bajo la forma de produccion conjuntiva de ancha base, y que se continuaba con la mucosa, de la cual conservaba el co-

lor pálido. Fácil fué reconocer el engaño, y comprender que se trataba de una vegetacion polipiforme, no operable, *caput mortuum* de una úlcera tuberculosa curada.

La cuestion de la posible curacion de las úlceras tuberculosas nos lleva á decir algo del *pronóstico*, y á presentaros el problema grave é interesante, como se discutió en muchos congresos de laringología, especialmente en Milan, y en Londres. Os confieso, que teniendo sobre la tuberculosis laríngea ciertas convicciones personales, me pareció caer de las nubes, cuando ví hombres doctos levantarse para sostener la posibilidad de la curacion de la úlcera tuberculosa. No quiero repetiros aquí todas las discusiones que se han sostenido; os referiré mis impresiones, y despues creo que estaremos perfectamente de acuerdo en las interpretaciones. ¿Curan ó no estas úlceras tuberculosas? Aquellas curaciones que se atribuyen á las úlceras tuberculosas ¿no son debidas más bien á las úlceras catarrales? Señores, nosotros debemos prestar fé á la autoridad de hombres no sospechosos, los cuales aseguran que la úlcera tuberculosa es curable, y yo mismo lo he tocado con la mano. El nudo de la cuestion está en fijar el significado de esta curacion, qué importancia pronóstica tenga una úlcera laríngea curada. Y aquí hay diversidad de pareceres. La úlcera laríngea cura, pero el enfermo no cura por esto. Si debemos creer el tubérculo como espresion de un estado general, sea debido á un gérmen infectivo que lo provoca, ó á una reabsorcion de los productos orgánicos del mismo organismo, como sostiene Waldenburg, tenemos un elemento de los más importantes para decir que la enfermedad es incurable. Es verdad que el parangon no puede admitirse rigurosamente; pero ¿qué es lo que vemos en la curacion del infiltrado gomoso? ¿Significa esto curacion de la sífilis? De ninguna manera. En la tuberculosis debeis esperar no solo la reproduccion en otras regiones y en otros tegidos, sino la recidiva en el mismo órgano. Muchos de aquellos enfermos que se han llamado curados vuelven á poblar nuestros dispensarios, sometidos á procesos que son efectos indudables de la misma causa. Los autores, por lo demás, os dicen que hay pruebas claras de alivio

en el estado de los pulmones; ninguno hasta ahora ha presentado enfermos de tuberculosis pulmonar radicalmente curados. Aunque nosotros no podemos negar anatómicamente la posibilidad de la curación de la úlcera laríngea, no debemos dar á este hecho un valor absoluto, en el sentido de que cicatrizada la úlcera laríngea el enfermo se pueda decir curado de la tuberculosis. No puedo repetirlos otro tanto para las otras formas, las cuales experimentan recrudescencias, estacionamiento, pero nunca permitirán ver la completa desaparición de la lesión: quiero aludir á la pericondritis, á la infiltración de las cuerdas, y á la presencia de los gránulos miliares sobre las mismas cuerdas. Y esto significa que relativamente al pronóstico de la úlcera tuberculosa de la laringe, cuando está limitada, vosotros no debeis ser absolutamente severos, es decir, vosotros no debeis presagiar al individuo que está afecto de ella, que será aquella la lesión que lo llevará á la tumba. Antes veremos cuales son los medios terapéuticos que hoy nos suministra la ciencia; sin embargo, no debeis olvidar que la presencia del hecho laríngeo agrava el pronóstico que vayais á emitir sobre las lesiones pulmonares, porque el diagnóstico laringoscópico afirma vuestro juicio, esto es, que se trata de la verdadera tuberculosis; y cual es el pronóstico de la tuberculosis generalizada, es inútil que yo os lo repita.

Hablaré del tratamiento, y completaré este capítulo de la tuberculosis laríngea, en la próxima conferencia.

LECCION QUINTA.

V.

Tratamiento.

Resúmen.—La tuberculosis laríngea no se cura, se trata. El tratamiento se divide en general y local. Tratamiento climatológico.—Importancia del tratamiento tópico, y cuando debe practicarse.—Tratamiento de los síntomas.—a) Disfagia. Sonda esofágica.—Alimentación forzada.—Enema Cantani.—Cauterización con la piedra infernal.—Medicación con la tintura de iodo ó con astringentes y calmantes: morfina y balsámicos.—Bálsamo del Perú.—Escarificaciones segun Schmidt.—Medicación desinfectante.—Nuestro método de tratamiento con el iodoformo.—Traqueotomía, aunque no haya laringostenosis, segun Beverley Robinson.—b) Disnea. Traqueotomía.—Cuando se debe intentarla.

SEÑORES:

Ocupémonos del TRATAMIENTO de la tuberculosis laríngea, y ante todo veamos si verdaderamente vale la pena de hablar de él a propósito de un proceso tan grave y que sabemos que es incurable. Yo no me cansaré de repetiros que cuando os hayais lanzado en el ejercicio de la práctica, será conveniente dejar en la escuela aquel escepticismo que nace en nosotros de las nociones demasiado precisas del proceso anatómo-patológico: en frente del enfermo que reclama un lenitivo á sus sufrimientos, es obligatorio intervenir con todos aquellos preceptos establecidos por la ciencia. Lejos de nosotros la pretension de querernos convertir en charlatanes y decir

que curamos la tuberculosis laríngea: nosotros no sabemos y no podemos hacer más que tratarla.

Este tratamiento se distingue en general y local. El general es el del género tuberculosis, especialmente de la pulmonar; y este á su vez se distingue en farmacéutico é higiénico. Pero como hay particulares condiciones que modifican tanto el primero como el segundo, será conveniente que yo me detenga en ellos un momento. Por ejemplo, vosotros sabeis cuan importante es el tratamiento climatológico, y quizá conozcais un libro clásico, recientemente publicado, sobre la curabilidad de la tisis pulmonar, del cual es autor Jaccoud. Este gran clínico ha transformado en una nocion científica positiva el vago empirismo que conservábamos sobre el tratamiento climatológico de los tísicos, y ha demostrado, con la esperiencia y con los hechos, habiendo viajado muchísimo, y ocupándose determinadamente de cuestion tan grave, que, más que al grado de temperatura, hay que atender al grado de la presion barométrica.

Él clasifica en varios grupos los enfermos de tisis, y establece particulares indicaciones, que os aconsejo estudiar en este científico libro. Por lo que respecta á nuestro caso, debo añadir aquí que el clima de las alturas, indicadísimo en aquellas formas en que la tisis no ha llegado á la faz consuntiva, y en los cuales no hay fiebre, ó es ligerísima, este clima de las alturas, digo, está contraindicado en la tuberculosis laríngea, porque la accion demasiado estimulante de un aire muy cargado de ozono debe seguramente influir mal sobre una laringitis activa. Cito este ejemplo para significar que, si teneis indicaciones positivas para mandar un enfermo de tisis á Davos, ó á otra parte en la Suiza ó en la Silesia, la sola complicacion laríngea forma ya un serio obstáculo á esta indicacion. Además de esto, es necesario que estos enfermos permanezcan bajo la vigilancia del médico, no solo porque sabemos que particulares condiciones pueden agravar la enfermedad y ponerlos en próximo peligro de la vida, sino tambien por que ciertas lesiones pueden desenvolverse silenciosamente, y vosotros teneis el deber de observar la laringe de cuando en

cuando. Si esto es verdad respecto al tratamiento climatológico, nosotros no podemos olvidar ciertos preceptos higiénicos de gran importancia, relativos á la alimentacion y á un tratamiento interno apropiado. Yo no os diré cosas ya viejas, esto es, que es un grave error el de aferrarse á la rutina de prescribir aceite de hígado de bacalao, arsénico, creosota, quina y tantos otros remedios, que responden á indicaciones diversas; os haré reflexionar que á veces la grave disfagia es el más serio obstáculo á la administracion de estas drogas, que quizá serian bien soportadas por el intestino y conjurarían un grave peligro. Esta sola observacion prueba que la localizacion laríngea debe modificar la direccion de estos dos elementos capitales, el tratamiento higiénico y el farmacéutico.

Limitemos, empero, nuestra tarea y estudiemos simplemente el tratamiento local y climatológico proporcionados al enfermo que tiene signos evidentes de tuberculosis laríngea. He dicho que no pretendemos llegar á una indicacion radical: verdaderamente debemos establecer el tratamiento sintomático, el cual es tanto más obligatorio, cuanto que el enfermo pudiera vivir quizá un año, si pudiese deglutir bien y respirar. Es una indicacion que nosotros no buscamos, pero que nos presenta el enfermo cuando todavía vigoroso, infebril, con un estómago fuerte pudiera vivir aún, y sin embargo está espuesto á morir, porque no puede ingerir el alimento necesario, ó porque se ahoga á causa de un grave edema. Aquí no vale decir que nosotros debemos proponernos la curacion etiológica de la tuberculosis; debemos ciertamente aliviar los sufrimientos del paciente, y esto es posible, como os diré, y es una obligacion sagrada, como facilmente conoceis. Pero por cuanto he dicho ya, comprendéis que la cura local debe ser proporcionada á los síntomas que presenta la enfermedad y á la naturaleza de la lesion que observamos. Os he hecho notar que hay alteraciones laríngeas, las cuales no están en relacion con la tuberculosis, pero que la complican. Ahora bien, si se presenta un enfermo afónico, y vosotros comprobais que la afonía depende de una parálisis de las cuerdas vocales, seria supérfluo, por no decir ridículo, limitaros á intentar la con-

tractilidad de los músculos debilitados con la corriente eléctrica, mientras que hay un asunto más grave del cual conviene ocuparse. Supongamos en cambio que habeis comprobado la presencia de pequeños gránulos miliares sobre las cuerdas vocales, los que alteran poco ó nada la voz: sería igualmente ridículo, ó supérfluo, probar una medicacion local para combatir un producto que no retrocederá, y que por lo demás no agrava mucho el estado del enfermo, pues no dificulta la respiracion, ni la deglucion. Suponed ahora que haya un catarro de naturaleza no tuberculosa, el cual aumenta la tos, y que esta tos moleste al enfermo, y lo tenga en un insomnio penosísimo; vosotros conoceis que intervenir para modificar este catarro será una indicacion saludable y racional. El edema de la region aritenoidea por pericondritis puede producir una ligera disfonía: ¿valdrá la pena intentar la curacion? Nó: pero si el edema es más pronunciado en la cara posterior de los aritenoides y dificulta la deglucion, entónces vuestra intervencion está plenamente justificada. Veis, pues, que independientemente del diagnóstico exacto del proceso local que complica la tísis pulmonar, debeis atender al síntoma culminante é intervenir, cuando ocurra modificar la deglucion y la respiracion; absteneros, cuando está simplemente alterada la voz.

¿Cómo podemos llegar á modificar la tos, la deglucion ó la respiracion, que son á veces causa de grave desnutricion del paciente? Si se trata de una tos causada por un catarro, el que hemos llamado laringitis de los tísicos, curareis este catarro; y las inhalaciones y las pulverizaciones y los tocamientos directos con alguna sustancia astringente llenarán bien el objeto. Os señalo en general las indicaciones, pues no faltará ocasion de ocuparnos detalladamente del catarro laríngeo y de su tratamiento local.

Ahora paso adelante para llegar á hechos que interesan más, á la disfagia y á la disnea.

Disfagia.—Recordareis que esta puede tener un doble carácter, es decir, puede depender de la oclusion incompleta de la abertura laríngea por debilidad de los músculos constrictores y por el imperfecto movimiento de las partes infiltradas

y rígidas; ó bien puede haber una verdadera odinfágia, cuantas veces los alimentos, teniendo que rozar sobre la epiglotis ó sobre los aritenoides alterados por graves procesos ulcerosos, provocan un dolor que se revela por una accion refleja sobre los constrictores de la faringe. En el caso de oclusion incompleta del vestíbulo laríngeo, podeis establecer el tratamiento causal y tambien el sintomático, mediante la sonda esofágica. Y ya que tratamos de esto, quiero deciros algo respecto á la alimentacion forzada en los tísicos.

Por alimentacion forzada, en general, se entiende la que se verifica con la sonda esofágica para vencer la repugnancia que el enfermo siente á los alimentos, y aprovechar el poder digestivo del estómago. Hay individuos que repugnan ciertos remedios, especialmente el aceite de ricino: si en estos introducís el aceite mediante la sonda esofágica, tendréis tolerancia perfecta; quiere decir, que si hay enfermos tísicos que no digieren bien, porque la potencia digestiva del estómago está alterada, hay otros en los que si llegais á vencer las náuseas, podeis lograr que se alimenten. En Francia se continúan los experimentos en este sentido, suministrando muchos litros de leche á los enfermos de tisis mediante la sonda esofágica, y observando un aumento en su peso y en sus fuerzas. La alimentacion forzada podria aplicarse á la tuberculosis laríngea; pero cuando hay un grave proceso inflamatorio ó ulceroso de la region aritenóidea, sobre el cual tiene que pasar necesariamente la sonda, os advierto que es necesario ó conducir ésta con la mayor delicadeza, ó dilatar cuanto se pueda la maniobra. Pero independientemente de esto, en los casos de disfágia hay pequeños detalles, que debeis tener presentes cuando querais completar el tratamiento higiénico. Por ejemplo, será útil recomendar al enfermo que no beba á pequeños sorbos, sino de un trago, y yo he visto que el aprovechar el acto inspiratorio con preferencia á la contraccion de los músculos constrictores, tiene buen éxito; los enfermos que aspiran los líquidos mediante un tubo de vidrio pueden superar á veces el grave obstáculo en la deglucion. Cuando éste es más marcado para los líquidos, fácilmente se deslizan en la laringe los

mismos líquidos, y provocan tos. Se necesita entónces procurar hacer un poco densa la sustancia de que el enfermo se ha de servir, y este objeto se consigue bien con la harina, el arrow-root, la sémola, etc.; he visto enfermos que para apagar su sed mojaban en leche la miga del pan. Pero (como regla general) cuantas veces la ulceracion tiene su asiento sobre puntos de la laringe, que pueden sufrir la influencia directa de los alimentos, importa que estos sean antes bien triturados: no quiero decir que solo deben ser bien masticados, sino que la carne, que sirve tanto privada de la parte fibrosa, debe ser finamente triturada, si se puede, con ciertos aparatos especiales que usan mucho los americanos, y despues echada en el caldo, ó reducida á pequeñas bolas. Del pan se prefiere la miga: en una palabra, debeis prohibir toda sustancia alimenticia capaz de irritar mecánicamente las partes con las cuales se pone en contacto. Cuando especiales condiciones os impidan aplicar la sonda esofágica, cuando los preceptos higiénicos, de que os he hablado, no basten, es necesario no olvidar los pequeños recursos, y aprovechar otra vía: la del recto.

La enema del profesor Cantani, puede, por muchas razones que sería ocioso repetir, ser utilísima. En Inglaterra, donde ciertos detalles no se pasan ciertamente en silencio, se utilizan voluntariamente lavativas nutritivas hechas de esta manera:

Vaca, carnero ó pollo cocidos.	gramos	110
Molleja de ternera.	»	50
Grasa.	»	20
Cognac.	»	7
Agua.	»	75

Despues de haber pasado la carne y la grasa por una criva sutil, hasta haberles reducido á una pasta muy fina, se les añade el agua y el cognac, se calienta todo hasta 35°, y se inyecta dos veces en las 24 horas, teniendo cuidado de limpiar el recto tres veces en semana.

Pasemos ahora al tratamiento local de la forma disfágica.

Una indicacion que en parte corresponde á la higiene, de que hasta ahora os he venido hablando, es la enérgica cauterizacion hecha con la piedra infernal; y se registran éxitos

felices de esta práctica, con la cual cauterizando producís una especie de cubierta que defiende las partes. Al cabo de algunos días repetís la maniobra. Pero debo deciros que hoy lejos estoy de intentar esta operacion, ya porque poseemos remedios más eficaces, ya porque la cauterizacion, aunque produciendo un alivio momentáneo, acaba por irritar la parte, y entónces la infiltracion colateral aumenta, y con ella aumenta á veces la disfagia. Por esto se ha pensado en otra medicacion, y además del nitrato de plata, que ha sido aplicado tambien en solucion más ó ménos concentrada, se ha recomendado la tintura de iodo iodurada estendida en 10 ó 15 partes de glicerina y adicionada con un poco de láudano. Verdaderamente así se curaban estos enfermos en el dispensario de Fauvel en París, y se obtenian ventajas, pero bastante inferiores á las que actualmente obtenemos y con práctica diversa. En cambio, otros recomiendan los astringentes enérgicos, el acetato de plomo, el nitrato de plata insuflado en sustancia. Comprendo que fraccionando sus dosis se puede estar á cubierto de los efectos tóxicos de estos agentes, pero es mi opinion que cuantas veces nos sirvamos de una sustancia que no es inocente, vale más limitar su aplicacion.

Otros han pensado en los calmantes, y así se aplicó sobre la parte la morfina por medio de insufladores ó en disolucion el ópio, la belladona, etc. En Viena la medicacion con las insuflaciones de morfina está muy en voga y podréis serviros de esta fórmula:

Goma arábica.	gramos 8'50
Alumbre crudo.	» 1'00
Hidroclorato de morfina.	» 0'50

De esta mezcla, mediante el insuflador de Labus ó el ordinario, se insufla una pequeñísima cantidad; quiero decir que podeis espolvorear cada vez una dosis de morfina de 1 á 4 centigramos. Pero yo prefiero la disolucion en la proporcion de 20 á 30 centigramos de hidroclorato de morfina en 100 gramos de agua destilada. He visto buenos efectos de los tocamientos directos con la siguiente disolucion:

Extractos de ópio y de belladona. ana. gramos 0'50

Agua de laurel cerezo. » 30'00

Media hora antes de cada comida se tocan las partes accesibles y lesionadas de la laringe. Otras veces estos efectos calmantes se observan claros despues de las inhalaciones balsámicas, y especialmente del bálsamo del Perú propuesto por Schmidt de Frankfort. El ilustre profesor Cantani me ha comunicado verbalmente que con ventaja usa dicho medicamento en casos semejantes. La fórmula es la siguiente:

Bálsamo del Perú. gramos 10'00

Alcohol » 5'00

De esta mezcla se echan quince ó veinte gotas cada vez en medio litro de agua hirviendo, y despues el enfermo hace inhalaciones durante cuatro y cinco minutos, respirando por un embudo de papel, uno de cuyos extremos, del tamaño del orificio del vaso en que está el agua hirviendo, se adopta á la vasija, y el otro que corresponde á la abertura de la boca, se aplica á ésta. Las inhalaciones deben repetirse cuatro ó cinco veces al dia, renovando las gotas de la mistura para cada sesion.

Otros prácticos han pensado en remedios más enérgicos, y en el congreso laringológico de Milan Schmidt hacía notar que en cerca de 200 enfermos tratados por él, contaba de 15 á 20 curaciones radicales. Este método de Schmidt consistia por una parte en el generalmente aceptado, esto es, en hacer que los enfermos respirasen mucho al aire libre, no cerrar enteramente las ventanas durante las noches de invierno, y mantenerlas abiertas completamente en el estío, además en la alimentacion restaurante; y por otra parte, respecto á la laringe y á la disfagia, en amplias escarificaciones. El presentó una grandisima tijera que obraba en el sentido antero-posterior, gracias á un movimiento semejante al del tonsilotomo. Llevando el instrumento cerrado, rozando sobre la epiglotis, se introduce una de sus ramas en la cavidad laríngea y la otra en el esófago; se retiran los anillos, y luego juntando las ramas, se produce una profunda escarificacion de la pared posterior laríngea. El autor asegura que el dolor es ligero, la

hemorragia escasa, y continuando con las pulverizaciones fenicadas se consigue una mejoria notable, ó una curacion radical. Yo no sé la verdad que haya en el método de Schmidt, pues no lo he experimentado por mi cuenta; me parece poco racional creer que la cura radical de la tisis laringea pueda obtenerse con una ámplia escarificacion, sin añadir que el proceso no debe ser muy inocente, y quizá aquí, en nuestro suave clima de Italia, en donde el sistema nervioso es más irritable que el de nuestros hermanos ultra-alpinos, no encontraríamos uno solo que se sometiese á esta maniobra. Otros colegas pensaron lo mismo, por lo que yo no me atrevo á recomendarlos la estensa escarificacion.

Hay algunos prácticos que han aprovechado las pulverizaciones y la medicacion desinfectante; empleando los ácidos bórico, salicílico, fénico, el iodoformo y la resorcina.

Despues de esta reseña que he hecho de las várias medicaciones—inspiradas ya en uno, ya en otro criterio, ántes de proseguir convendrá que yo os diga cual es la mejor, y cual es la práctica ménos peligrosa y más eficaz. En esto tengo el mérito del experimento comparativo: yo he usado todas estas diversas medicaciones, y podeis prestarme plenamente vuestra confianza, al deciros cual es la que sigo. Entiéndase bien que ahora nos ocupamos de la disfagia, indicacion curativa que comprende grandemente en sí la otra de la curacion de las úlceras que son causa del trastorno de la deglucion. Ante todo conviene limpiar la superficie enferma con una pulverizacion fenicada ó de resorcina; los dos son superiores á las de ácido bórico y de salicílico. Este es un útil preparativo que, al mismo tiempo que separa la secrecion y disminuye la tos, permite que la medicacion se ponga en contacto más directo con la mucosa. Tocamos despues directamente con iodoformo suspendido en éter, en la proporcion de uno á cuatro: el éter, evaporándose rápidamente, permite que el iodoformo se adhiera á la parte, y ciertamente, si explorais despues de la medicacion al enfermo, vereis el polvo amarillo sobre las diferentes superficies ulceradas. Esta medicacion desinfectante me parece superior á las otras, por lo que no me cansaré de

recomendároslos; pero como á veces en la práctica se encuentran individuos que no obtienen todo el provecho que era de esperar, es necesario tener presentes tambien las inhalaciones con el bálsamo del Perú, las pulverizaciones con la morfina, que en ciertos casos mitigan el dolor y mejoran al enfermo. Esta cura se completa no sólo con la eleccion de los alimentos, como os he dicho ya, sino tambien con el reposo del órgano, que es indicacion capital. Por lo tanto recomendad á los enfermos que hablen poco, que no permanezcan en una atmósfera demasiado caliente ni demasiado fria, ni rarefacta, ni llena de polvo ni de humo. Y si los pacientes pueden, mandadlos el invierno á climas templados, pero lejanos siempre de influencias nocivas, para que respiren mucho al aire libre, coman y paseen, protegidos del viento y del polvo.

A propósito de la respiracion, y para no perjudicar la cuestion de la traqueotomia ahora que expofeso deberemos tratar de ella, debo añadir que ciertos autores, y entre estos Beverley Robinson, han elevado tanto su valor, que la aconsejan en la tisis laríngea, aunque no haya signos marcados de laringostenosis. Hay casos que hablan en favor de este método, pero son escasos: bastará una sola observacion para demostraros que si la traqueotomia tiene su razon de ser, en la tuberculosis laríngea, no se puede invocarla para la curacion de las disfágias por ulceraciones; porque la presencia de la cánula está en antítesis perfecta con el reposo á que se quiere someter el órgano.

Pasemos ahora á otro fenómeno grave, que acompaña á muchas formas de la tuberculosis, la laringostenosis. Es una perturbacion que reclama toda nuestra atencion, y es inútil que yo os repita las razones de esto: os recordaré que á veces los enfermos se agravan de repente y se presenta amenazadora la disnea: la indicacion de abrir paso al aire es entonces clara. Pero os oigo decir: si el individuo está condenado á muerte, ¿para qué practicar una operacion grave, ó cuando ménos, llena de peligros? Naturalmente si sois llamados para un individuo que sufre, y éste se encuentra en el último período de la tisis, la prudencia os aconseja que desprecieis el fe-

nómeno, á no ser que la piedad os impulse á intentar la eutanasia, esto es, á procurar que el enfermo tenga una muerte más dulce. Pero si se trata de una forma primitiva ó secundaria con escasas lesiones torácicas, y el enfermo está en buenas condiciones para poder vivir todavía años, sin duda alguna debeis practicar la traqueotomía. Las estadísticas en Francia son favorabilísimas y elocuentes, porque á veces en casos afortunados los fenómenos pulmonares se mejoran, y los enfermos continúan viviendo mejor ó ménos penosamente. Pero es menester no olvidar que las laringostenosis, que se desarrollan por efecto de la tisis tienen un carácter monótono, una lentitud en su curso que en vano esperaréis en las de la sífilis ó de otras causas: quiero significar con esto que el enfermo al cual habeis presagiado la traqueotomía, mañana os presentará quizá condiciones tales que os hagan renunciar á ella. Para referiros mis impresiones, os diré que varios enfermos de tuberculosis laríngea, que he visto afanosos, anhelantes, cianóticos, observados al siguiente dia han disipado todos los temores de mi ánimo, y han hecho desaparecer para siempre la idea de la posibilidad de una operacion. Por lo tanto, es necesario antes de recurrir á este recurso estremo, usar los astringentes, los balsámicos, los desinfectantes, los revulsivos. En Francia se ha metido mucho ruido con el cauterio de potasa cáustica, y Krishaber decia que se obtenian de él resultados magníficos. Pero esta enérgica revulsion se resuelve en un estado de empobrecimiento del enfermo: os aconsejo deis la preferencia á la pomada de tártaro estibiado ó el aceite de croton.

El aire comprimido, como con tanta utilidad lo aplicamos en ciertas formas de la tisis pulmonar, podría en algunas estenosis laríngeas, disminuyendo el aflujo de sangre á la parte y forzando el calibre del tubo estrechado (dos efectos notables de la medicacion) moderar la flogosis; pero no olvideis las escarificaciones, no tan amplias como quiere Schmidt, sino con la uña como las practicaba Legroux, con los cuchillitos de hojas escondidas que podeis llevar repetidamente á diversos puntos, produciendo pequeñas heridas, que, tratadas

despues con una disolucion fenicada, llenan su objeto y cicatrizan sin inconvenientes. Esta medicacion auxiliar se impone más cuando se trata de mujeres embarazadas, en las cuales la traqueotomia pudiera ser doblemente peligrosa: en estos casos es prudente combinar la medicacion de manera que se evite, en lo posible, la sofocacion; y si todo indica la operacion, hay que llevar por ayudante un colega inteligente en obstetricia, que en caso preciso se decida al parto forzado ó al parto cesáreo, segun la necesidad y las eventualidades.

Os he hablado, señores, del tratamiento local en la forma ulcerosa, de como debe modificarse la higiene alimenticia, y os he hecho notar que estos enfermos deben permanecer principalmente en climas cálidos, sobre todo en el invierno para evitar las vicisitudes atmosféricas que podrian agravar su estado local. Los mismos medios podeis utilizar en la forma disnéica. En conclusion, el tratamiento local, reclamado cuando hay una indicacion especial, es ayudado útilmente por la alimentacion proporcionada al caso y á las necesidades del organismo, y por un tratamiento climatológico oportuno. No olvideis estas reglas higiénicas, de cuyo valor tendreis ocasion de convenceros en vuestra práctica, y quizá entónces vereis si lo que os he expuesto sobre la patologia y el tratamiento de la tuberculosis laríngea ha sido la expresion fiel de la verdad.

LECCION SEXTA

Difteria Faringo-Laringea.

I.

Historia, Etiologia, Concepto, Causas.

Resúmen.—Historia de la difteria desde los tiempos más remotos hasta nuestros días.—Quien creó la palabra *crup*, quien la de *difteritis*.—Estudios hechos sobre este asunto dentro y fuera de Italia. Concepto general de la enfermedad.—Causas determinantes y predisponentes. La causa determinante es un agente específico, un virus especial.—Lo que sea.—Parásitos? (Letzerich, Oertel, Hüter, Tomasi.) Hay *difteritis* espontáneas? Se niegan.—Los casos referidos como tales se pueden explicar de otra manera.—El elemento, cualquiera que sea, está provisto de una vitalidad sin igual.—Está dotado también de gran resistencia.

SEÑORES:

Nuestro dispensario nos suministra un regular contingente de enfermedades crónicas, pero uno escasísimo de agudas, por razones que vosotros fácilmente entendeis: entre estas últimas va incluida la *difteritis*, que de un tiempo á esta parte se ha observado endémicamente en nuestro país. Ahora, aunque nosotros debemos desear que ella desaparezca y para siempre, todo, sin embargo, nos hace creer que vosotros, que os halláis en la víspera de la práctica, os encontrareis con esta

enfermedad. Hé aquí por qué he creído útil exponeros, y lo haré de la manera más completa que yo sepa, la historia de esta terrible enfermedad, la cual ha sido ilustrada en los tiempos modernos, porque los médicos de las generaciones que nos han precedido apenas recordaban casos esporádicos, casos aislados que revestían más bien la forma del crup.

La primera pregunta que vosotros me dirijís, despues de haber oido esto, y á la que tengo el deber de responder es esta: pues es la difteritis una enfermedad nueva, ó de fecha antigua? Si ella era conocida desde tiempo remoto, qué razon ha habido para tan largo silencio? Por qué razones la hemos visto recurrerse en estos últimos tiempos?

Conozco verdaderamente la necesidad de referiros brevemente la historia de la enfermedad, y lo hago con tanto mayor gusto, cuanto que por las pocas noticias que os referiré, podreis llegar á comprender mejor su concepto, y á daros cuenta sobre todo de su modo de desarrollarse, difundirse y de reproducirse, y como hemos visto precisamente suceder en un largo período histórico, el cual comienza desde el siglo VI ántes de J. C. y termina en nosotros.

Sí, señores, si nos dedicamos á recorrer la literatura, tendremos ocasion de convencernos que en una época contemporánea á la de Pitágoras, un médico indiano, D'Havantare, en su sistema de medicina, que apenas hace veinte años fué traducido del sanscrito al latin, indica la angina diftérica. Naturalmente son vagas nociones: *moco y sangre* que se alojan *en la garganta*, *tumefacciones del cuello*, *mortalidad de los enfermos*, etc., pero son datos suficientes para convencernos que se trataba de la enfermedad en cuestion. Algunos dudosamente han querido atribuir al anciano de Cos, á Hipócrates, el haber observado la difteritis; pero nada indica que esto sea una verdad positiva y real. En los tiempos de Augusto, Areteo bajo el nombre de *úlcera Siriaca* nos dejó indicios de una enfermedad que debia ser la angina diftérica y el crup.

Verdaderamente, Areteo describió ciertas úlceras simples de las tónsilas, circunscritas, blancas, que se curaban, y las distinguió de las profundas graves y mortíferas. Y no se li-

mitó á esto, sino dió noticias exactas del modo como se verificaba la difusion al tubo laringo-traqueal describiendo en un cuadro bastante completo la sintomatologia propia del crup. Un siglo despues, Galeno habló de la espulsion de unas membranas blancas de la garganta; pero los datos no van más allá y nosotros no hallamos en Galeno noticias precisas, que nos hiciesen ver que la difteritis habia sido verdaderamente reconocida en aquellos remotos tiempos. Iguales alusiones al crup, y especialmente á las formas diftélicas hallamos en Celio Aureliano hácia el fin del siglo III: él describe el carácter de ladrido de la tos, la voz ronca, la respiracion estertorosa y la regurgitacion de los líquidos por la nariz, lo que con gran probabilidad se debe referir á la parálisis post-diférica del velo del paladar.

En el Talmud y en Rhashi que le ha comentado, encontramos muchas veces la palabra *Askara*, con la cual se denota una sofocacion, un mal mortífero que reside *en la garganta* y que termina *con éxito letal*; otro indicio, otra relacion, otra analogia con la angina diférica de nuestros tiempos. En el siglo VI, Aecio de Amida describió las manchas gris-ceniza, que terminaban en úlceras y tenian igualmente asiento en la garganta, Despues de él viene un silencio de diez siglos, en que en vano buscáis las huellas que se puedan referir á un lejano recuerdo de la enfermedad. Este silencio tan largo debe llamar nuestra atencion, porque probablemente ó casos análogos se escaparon á la observacion de los médicos prácticos, ó especiales condiciones impidieron su desarrollo, paralizando la accion de este agente morbosos.

Un nuevo período histórico se abre en el siglo XVI con Forest y con Woerd, los que describen una epidemia en Holanda, esto es, nos dan noticia de la aparicion epidémica de esta enfermedad, cuyos rastros hemos seguido hasta 600 años ántes de J. C. En la misma época, un distinguido médico francés, Baillon, es el primero que, descartando la úlcera, la necrosis á que aludian los prácticos antiguos, describe la falsa membrana. Salimos ya del campo de las suposiciones y nos fijamos en Baillon, como el que científicamente afirma el con-

cepto de la afeccion pseudo-membranosa. En este mismo período de tiempo dos epidemias en España y en Italia se hacen clásicas, y prueban que esta angina pestilencial, observada en puntos aislados del mundo, tendia á concentrarse bajo forma epidémica en estas dos regiones. Villareal en 1611 dice haber visto millares de casos de una angina maligna, de una angina que hacía muchas víctimas, de una angina acompañada de exudaciones membraniformes en la garganta, y que debemos creer que era nuestra angina diftérica, la cual él describió mejor que Fontecha y Herrera, sus contemporáneos, y que consiguió llamar con el nombre bastante célebre de *Garrotillo*.

En 1617 otra epidemia de angina diftérica castigó á Nápoles y á Sicilia. Sgambati describió esta epidemia napolitana, y Severino en 1643 ilustró bastante bien las parálisis diftéricas. Nola y Carnevale confirmaron la analogía de esta epidemia napolitana con la que se recrudecia en España, esto es, la analogia de los caracteres de la angina diftérica, pero que ellos la llamaban de otra manera bien entendida: angina pestilencial y sofocatoria (*De pestilente faucium affectu—de pedanchone maligna—de epidémico phlegmone anginoso—de epidémico strangulatorio affectu*.) porque la voz difteritis fué creada por otros, y con significacion bastante más conforme con las ideas modernas. La epidemia siciliana continuó en el siglo XVII, y Cortesio hizo su historia patológica: más tarde se ocuparon de ella Alaimo y Aezio Clezio. Viene otra interrupcion de un siglo: vereis que estos periodos históricos no se os olvidan fácilmente, porque podremos esplicarlos bien al tratar de la etiologia de la enfermedad. Pero prescindiendo de la hipótesis que supone á la enfermedad latente durante cierto período, de la que cree que ha sido desconocida por los médicos, es cierto que esta terrible angina mostraba ya como carácter propio el de reaparecer en épocas dadas, y detenerse durante otro período, y despues recobrar su terrible fuerza. A los 100 años de letargo, estallaron epidemias en Escocia, en Inglaterra, en Francia. Patricio Blair, este docto médico, al cual corresponde la gloria de haber creado la voz *crup*, describió con el

nombre de *croops*, una forma bastante análoga á la de que nos estamos ocupando. Contemporáneamente Ghisi nos hablaba de una epidemia, que reapareció en Sicilia, especialmente en Palermo; y mientras en Escocia, en Inglaterra, en Italia, el mal se mostraba bajo forma epidémica, la Francia no se veía libre. Así vemos á Marteau de Grandvilliers y á Chomel el viejo, que en 1749 lucharon contra los estragos que hacía esta fatal enfermedad; y despues otra vez en Inglaterra y en Escocia Starr, Wilcke, Huxham y Home en Edimburgo los cuales hácia mediados del siglo XVII observaban nuevas erupciones. Esto no solo sucedia en Europa; en 1789 Samuel Bard en América anunciaba la aparicion de este mal, y en 1802 Cullen nuevamente en Edimburgo llamaba la atencion de los prácticos hácia la difteritis. Pero en este mismo período, las epidemias en Inglaterra comenzaban á calmarse; solamente quedaban casos esparcidos; la enfermedad, como ha debido suceder en nuestra Italia, quedó desconocida, olvidada, y los casos esporádicos que caian bajo la observacion de los médicos eran interpretados quizá de diverso modo.

No así en Francia, en donde la enfermedad se recrudeció: y por esto Napoleon I, en 1807, estableció un premio para el mejor trabajo sobre la difteritis; y Albers, Jurime, Roger, Collard, aparecieron en esta época estudiando la epidemia de Tours que dejó tristes recuerdos de sus espantosos estragos. Llegamos al año de 1826, cuando Bretonneau, médico francés, de ingenio sutil como todos sus compatriotas, se fija en la enfermedad, la estudia, la sigue y crea la voz *difteritis*, derivándola del griego *διφθῆρα* que quiere decir piel ó membrana, y queriendo aludir al carácter culminante de la enfermedad, esto es, á una exudacion membranosa; denominacion que Trousseau mudó en la de *difteria*, persuadido que se trataba de una enfermedad general, capaz de presentar manifestaciones múltiples en sitios diversos, una enfermedad infectiva como es efectivamente.

En Alemania, de 60 años á esta parte aparece la angina diftérica, y causa estragos en aquellas comarcas: en Italia, despues de los recuerdos de Sgambati, de Nola y de Carne-

vale, hasta hace 12 años no habíamos visto la angina diftérica bajo forma epidémica. Es coincidencia singular, Florencia y Nápoles, como en el siglo XVI, le han pagado ámplio tributo.

Cuales son las condiciones que han provocado esta epidemia, los momentos especiales que han determinado su agravación, es el estudio que completaré hoy, apropósito de la etiología. Pero este breve recuerdo que he querido haceros, no por un lujo científico, no para robaros el tiempo, debe servir para reformar en vosotros el concepto de que la angina diftérica era conocida desde tiempos remotísimos; que solía aparecer en varias partes del globo en forma epidémica; que solía tener largos períodos de silencio; y que hoy, presenciando nosotros desgraciadamente su reaparición, hemos podido completar el concepto nosológico de esta enfermedad, que estaba apenas bosquejado ó falseado por los médicos de la antigüedad.

Si los remedios terapéuticos no son hoy tan eficaces como quisiéramos, no se puede negar que el caudal de tantas útiles nociones, la dirección naturalista que seguimos, la riqueza de los medios de observación no nos hayan hecho dar un gran paso hacia las verdaderas alteraciones morbosas, y no se haya ilustrado bastante, si no completamente, su patogénesis.

Las recientes epidemias italianas, especialmente la florentina y la napolitana, han motivado numerosos trabajos que en vano intentaría enumeraros, y que rivalizan con otros doctísimos, realizados en Alemania por Oertel, Wertheimber, Letzerich; pero debo recordaros que en el seno de la Sociedad Médica de Florencia el tema fué ámplia y doctamente discutido, y las monografías de Morelli, de Nesti, de Giacchi, de Borgiotti, etc., fueron redactadas con los datos suministrados por una observación minuciosa é inteligente. Recuerdo entre los varios trabajos napolitanos, especialmente el del Profesor Franco, que es una docta exposición crítica. Pero un libro que se ganó la primacía es ciertamente el de Mackenzie, que, compendiando todo lo que se ha hecho en el mundo entero, queda como una memoria entre las más completas, en la cual yo me inspiro para estas lecciones.

ETIOLOGÍA.—Cuáles son las causas de la diftéria?Cuál es el concepto general de la enfermedad? La diftéria es una enfermedad específica contagiosa, ó mejor trasmisible, que tiene como carácter anatómico culminante la presencia de un exudado membraniforme que prefiere la mucosa del istmo de las fauces, de la cavidad naso-faríngea y del tubo laringo-traqueal. Verdad es que bajo condiciones epidémicas la piel, las soluciones de continuidad de los tejidos y las otras mucosas pueden servir de asiento á la enfermedad; pero hay derecho para sostener que la diftéria prefiere la mucosa del istmo de las fauces, la cavidad naso-faríngea y la mucosa laringo-traqueal.

Como en todas las enfermedades podemos en la diftéria dividir las causas en predisponentes y determinantes. No hay más que una de estas: el agente específico de la enfermedad, el virus especial que la produce. Pero hemos aislado nosotros este agente morboso? Lo hemos cultivado y trasplantado artificialmente? Lo podemos ver y palpar? La cuestion es grave, volveré á ocuparme de ella apropósito de la patogenesis; allí apreciaremos todo el valor de la teoría parasitaria, allí procuraremos darnos cuenta de toda la importancia que pueden tener los micrococos en la génesis de la enfermedad.

Ahora me limito á un estudio sumario sobre la historia natural del contagio, sobre como se difunde y penetra en el organismo, y os suplico me acompañeis en esta historia importante, no solo porque ella ha sido formada por la noción de interesantes hechos particulares, sino porque el retenerla bien en la mente os pondrá en la mano la clave para uno de los más esenciales elementos curativos, esto es, para la profilaxis de la enfermedad.

El agente especial que produce la diftéria parece que es una sustancia que debe estar suspendida en la atmósfera en estado de moléculas sutiles. Los más fervientes sostenedores de la teoría parasitaria, Oertel, Letzerich, Hüter, han creído que esta sustancia podia individualizarse en un parásito especial. Apropósito de la patogénesis, yo os diré que ni siempre se encuentran las bacterias, ni la relacion entre causa y efecto es tan constante para poder sostener que la diftéria dependa

únicamente de un agente especial que nosotros descubramos con caracteres bien determinados en los productos morbosos.

Mas otra pregunta, que se une estrechamente á esta historia natural del contagio, y que oireis repetir bajo forma mucho más vulgar á las familias, es si la diftéria puede desenvolverse espontáneamente, si hay casos que nosotros llamemos *de novo*, casos aislados ó esporádicos. Vosotros no ignorais que las tendencias de hoy todas son favorables á escluir el origen espontáneo, y en los argumentos mismos que se han presentado para sostenerlo (la suciedad, el pésimo sistema de canalizacion, los pozos negros) encontrais pretesto para otra explicacion, esto es, que las aguas pueden estar contaminadas por gases, que infiltrando el subsuelo, las alteran, ó llevan consigo á la superficie el gérmen morbífico, que es su causa más directa. Los casos de supuesto origen espontáneo, que algunos autores refieren, bien examinados de cerca, hay que tomarlos á beneficio de inventario. Así el de Semon que refiere Mackenzie en su libro clásico, que yo traduje, y que no me cansaré nunca de recomendaros. En el Tirol, en un punto llamado Bad-Fusch, esto es, á la altura de 3 á 4000 metros sobre el nivel del mar, donde se goza un aire purísimo, donde el agua es igualmente pura, adonde no llegan más que pocos viajeros, una muchacha, que hacia más de un mes que habia sido llevada allí, presentó los signos de la diftéria. El caso fué único, no hubo contagio, la afección se limitó á aquella niña sola. Y sin embargo, sin deciros que el contagio haya podido ser trasportado por individuos que estaban sanos, esta niña provenia de Viena; y si el periodo trascurrido entre su viaje y el desenvolvimiento de la enfermedad, se podia valuar en un mes ó más, nosotros no debemos olvidar que los gérmenes morbígenos de la diftéria tienen la triste propiedad de permanecer latentes durante un cierto tiempo, y bajo condiciones especiales mostrar su virtud venenosa. He dicho que la historia natural del contagio debemos formarla con la justa y minuciosa apreciacion de los hechos que hayamos recogido de varios autores; historia larga, que parece que ha interesado la mente y el corazon de los más doctos médicos, y la

prueba es la série no menos larga de monografías que hemos tenido en estos últimos tiempos, y de las cuales apenas he citado alguna. Por lo tanto, de todos estos trabajos debemos nosotros aprovecharnos para llegar á conocer las especiales condiciones bajo las cuales vegeta y florece este agente morboso.

Se sabe que la diftéria es una enfermedad de los climas templados, especialmente de los países húmedos; así se la encuentra en los trópicos, pero nó en las regiones árticas. Os he indicado, y ahora tengo el deber de insistir en ello, que los gérmenes morbosos fuera del organismo, pueden permanecer como dormidos, y gozar, sin embargo, de una vitalidad sin igual. Verdaderamente cuando nos preguntamos el por qué de unas interrupciones tan largas verificadas en determinados lugares y en determinados tiempos, debemos convenir que fuera del organismo este agente morboso ha podido resistir y vivir, y despues bajo peculiares condiciones ha mostrado de nuevo sus tristes propiedades. Así nos podemos esplicar la rémora de los siglos que os he descrito al esponer la historia, y así nos podemos esplicar como el Doctor Thursfield en Inglaterra, fundándose en datos estadísticos, ha podido establecer con exactitud que cada 10, 20, 30 ó 40 años se presenta el mal en ciertas localidades, por lo que al aparecer de nuevo no se puede decir que es ejemplo de casos de origen espontáneo, sino de reproduccion de la enfermedad, por condiciones desconocidas ó modificaciones climatológicas, que nosotros completaremos en las lecciones sucesivas.

Además de esta propiedad de adormecimiento, os he hablado de la propiedad de resistencia, y esta puede verse siempre. No cito los casos de otros autores, sino los que me han ocurrido á mí mismo. Se me preguntó una vez si una niña que residia en Nápoles podia ir á la provincia de Bari, á una casa en donde habia habido un caso de diftéria; negué en absoluto mi permiso, aunque habian pasado varios meses desde la enfermedad primitiva. Contra mi opinion, creyendo suficiente garantía el tiempo pasado, al cabo de 8 meses la niña fué llevada á aquella casa, en donde ocupó la misma habitacion en

que habia muerto el primer diftérico; pocos días despues la angina diftérica se manifestaba en la nueva huésped.

Este y otros casos, que podria repetiros, están confirmados por muchos escritores, pero me bastará citaros uno como tipo para imbuiros el convencimiento de que los gérmenes tienen una gran resistencia; y de este criterio debeis aprovecharos para impedir la vuelta á los sitios infectos á los que han sido alejados de ellos. Las lluvias, los valles, los sitios pantanosos, los distritos rurales, el invierno, favorecen mucho el desenvolvimiento de la enfermedad. Sin embargo, difícilmente podreis sostener que estas son condiciones esenciales, condiciones *sine qua non*, pues una triste experiencia nos ha enseñado que la enfermedad puede recrudecerse no solo en climas secos y en sitios bien ventilados, sino tambien en las estaciones más calorosas del año. Yo recuerdo que en años pasados en la pintoresca colina del Posillipo, en los meses de Julio y Agosto, he observado pequeñas epidemias locales, como nunca se habian visto en invierno.

Las condiciones topográficas y climatológicas, de que os he hablado, pueden pues, cuando se presentan, explicarnos cómo y por qué prospera el contagio; pero no deben representar el único elemento factor, pues lo contradicen la experiencia y los hechos.

Completaré el estudio de la etiología en la leccion próxima.

LECCION SETIMA

II.

Trasmision: continúa la historia etiológica de la angina diftérica.

Resúmen.—La trasmision de la diftéria puede verificarse por los individuos enfermos y por los convalecientes.—Tambien los sanos pueden trasmitirla. Trasmision por los animales: vaca (Dammann), pollos (Meguin, Nicati). El perímetro de difusion de la enfermedad no es muy estenso; puede hacerse tal bajo peculiares condiciones.—El gérmen morbosos se adhiere á las paredes de la habitacion, á los muebles, etc.; en general á las superficies ásperas.—¿Cómo penetra en el organismo?—1) por trasplantacion.—Hay victimas ilustres de diftéria por trasplantacion: el hijo de Blache, Valleix, Foulis.—2) por la atmósfera circundante.—Basta una permanencia brevísima en los sitios infectos.—3) por el agua, por los alimentos.—4) por inoculacion aceptada por algunos (Trendelenburg, Eberth, etc.), negada por otros (Trousseau, Peter).—Observaciones de Paterson.—Causas predisponentes: edad.—El sexo no predispone, contrariamente á lo que se pensaba.—Susceptibilidad familiar.—Posiciones sociales.—Condiciones locales.—La diftéria en estos casos es primitiva.—La forma secundaria consiste en la aparicion de la enfermedad despues de otros procesos infectivos y discrásicos: la preferencia de la coincidencia está por la escarlatina.—¿Hay identidad entre las enfermedades?—Se niega (Barduzzi).—Razones que obligan á negarla.—Epidemias de angina diftérica pueden aparecer y desaparecer.—La diftéria induce inmunidad en aquellos que la han padecido ya.

SEÑORES:

La DIFUSION de la diftéria puede verificarse, y se verifica las más de las veces por medio de los mismos enfermos, y esto es muy sabido; pero, por la especial propiedad que los gér-

menes morbosos tienen de resistir durante un cierto período, sucede que tambien los convalecientes pueden ser medios de difusion del contagio. Cuando nos pregunten si pueden ó no volver los individuos que han estado alejados de la casa, es necesario, pues, acordarse que la convalecencia no es un criterio que puede afirmar que la enfermedad no se difundirá. Conviene ser muy rigurosos en permitir la vuelta de los sanos á las casas infectadas. Y no solo los enfermos y los convalecientes, sino tambien los individuos que no han sido contagiados pueden transmitir la enfermedad. Comprendeis que en primer lugar es necesario colocar al médico, de aquí la necesidad de tomar las oportunas precauciones para no difundir la enfermedad. Cómo se ha demostrado que los convalecientes y los individuos sanos pueden operar esta. trasmision? Respecto á los enfermos, la cosa se esplica por sí misma; el organismo enfermo representa el foco de que parten estas partículas que suspendidas en la atmósfera, ó de otro modo penetran en el organismo: pero ¿y respecto á los individuos sanos? Hay curiosas coincidencias, entre las cuales es clásico el hecho referido por Mackenzie. Una mujer visitó una casa en donde habia un diftérico; anduvo una milla ó dos á lo largo de un rio, y se detuvo brevísimó tiempo en casa de otra familia; pocos dias despues se desarrolló en aquella casa la diftéria. Este no es el único hecho, del cual se haya sacado la argumentacion expuesta; hay otros muchos: pero con un ejemplo bastará para convenceros de que tambien los individuos sanos pueden transmitir la diftéria. Sin embargo, la dificultad de una trasplatacion artificial, que para la diftéria es verdad como para todas las otras enfermedades contagiosas, hace aceptable la opinion de que los gérmenes morbígenos para resultar activos, emitidos por este centro infectante deben experimentar ulteriores metamórfosis. No solo se trataria de especiales condiciones de receptividad del gérmen morbífico, sino debemos admitir que probablemente los gérmenes, fuera del organismo, experimentan especiales modificaciones que les confieren la propiedad infectante. No solo los enfermos, los convalecientes y los individuos sanos pueden transmitir la enfermedad, sino tambien

los animales. Danmann cita dogmáticamente la posibilidad de la trasmision por los terneros, y este hecho no ha sido negado. En cambio una cuestion debatida es la que se refiere á la transmisibilidad por los pollos, transmisibilidad que ha formado objeto especial de estudio para Meguin y Nicati. Sin embargo, debo deciros, ante todo, que la trasmisibilidad de la diftéria de los pollos al hombre no está demostrada, pues ni aún está demostrado que la difteritis de los pollos, la llamada *pepita*, sea en sustancia la misma cosa que la diftéria del hombre. Comprendeis que este es el punto capital en la cuestion que nos ocupa; pero es sabido que no es la carne cocida de los pollos la que goza esta triste propiedad: el calor es el mejor desinfectante. En cambio se trata de admitir un gérmen particular, que desprendido del organismo de los pollos puede reproducir en el hombre la misma enfermedad, supuesto que es idéntica. Los hechos no son apropiados para autorizarnos á tener la cosa por verdadera, en el sentido que sería una exageracion sin igual sostener que habia sido transmitida por los pollos una angina diftérica que se observase en tiempo de epidemia de *pepita*. Supongamos que vosotros sois llamados para ver á individuos afectados de diftéria, y al mismo tiempo llegais á saber que un pollo de la casa está infecto; no estais autorizados para admitir que el foco de infeccion sea verdaderamente aquel, porque puede tratarse de una simple coincidencia, y mucho menos estais autorizados por una sola observacion á meter ruido y á invitar á los municipios á tomar precauciones que no estarian requeridas. Empero será útil que en la práctica estudiéis mejor esta posible relacion entre causa y efecto, pero hasta ahora no estamos ciertos de que verdaderamente la enfermedad sea trasmisible del modo que he dicho.

Parece que el perímetro de accion del gérmen morbífico, esto es, la distancia hasta donde puede llegar la actividad del contagio, no es muy considerable, ménos estenso que el del tifus y el de la viruela; pero, bajo condiciones especiales, este perímetro puede alargarse. Quiere decir que, si en las condiciones normales la diftéria puede estenderse, por ejemplo, á la distancia de un kilómetro, dadas otras condiciones particu-

lares su potencia de trasmisibilidad se aumenta. Tambien este hecho ha sido comprobado experimentalmente, pues se ha visto que de dos edificios situados uno enfrente de otro, éste ha sido invadido por la diftéria, y aquel ha quedado libre de ella. Parécenos tambien que los gérmenes morbosos pueden adherirse á las paredes de la habitacion, á los muebles, á las colgaduras, á los vestidos; en general, parece comprobada la tendencia que tienen á fijarse en las superficies ásperas, por lo cual esta nocion se convierte en un elemento útil de profilaxis, cuando se trata de la desinfeccion de las habitaciones y de los muebles.

Por lo que os he dicho sabemos un poco de la historia natural del contagio, sabemos un poco del como se difunde, pero ignoramos todavía cuales son las vías por las cuales penetra en el organismo. Voy á exponeros esto brevemente.

Por cuántas vías pueden los gérmenes diftéricos penetrar en el organismo? Primero: trasplantacion directa.—Desgraciadamente la historia nos recuerda ejemplos tristes del género.—Muchos médicos han sido víctimas de la fiera enfermedad curando enfermos de diftéria. Valleix, el hijo de Blache, y últimamente Foulis de Glasgow contrajeron la enfermedad y murieron de ella porque, curando enfermos del género, recibieron directamente sobre la cara pedazos de falsas membranas. Tambien entre nosotros hemos tenido que lamentar pérdidas dolorosas, y aunque no hay que olvidar que el médico en semejantes circunstancias estaba expuesto al contagio general, estos se consideran como ejemplos de trasplantacion artificial. Debo añadir tambien que yo mismo, curando enfermos de diftéria, he tenido que sufrir formas ligeras, dos veces, despues de haber tenido en ámbas sobre la cara pedazos de falsas membranas. La trasplantacion directa está probada por otros ejemplos. Sólo os cito uno que hallareis en Mackenzie, y que está tomado de See. Una mujer amamentaba á su propio hijo y á otro niño; este segundo estaba atacado de diftéria, el otro contrajo la diftéria labial, es decir, el hijo de la mujer, y despues esta misma que frecuentemente besaba á su hijito. Un galgo comió esccremento de un diftérico

y tuvo la diftéria; conozco que para este último caso se podría invocar la trasmisibilidad por las vías digestivas, pero el conjunto de casos es tal que no nos deja duda alguna de que la diftéria pueda reproducirse por trasplantacion directa.

Segundo modo de penetracion: atmósfera circundante. Si las razones para admitir la trasplantacion directa no nos parecen bastante concluyentes, lo son mucho las que tenemos para sostener que alrededor del enfermo está suspendida en el aire una cantidad de gérmenes morbosos, que, exhalados por el organismo, pueden transmitir la enfermedad. Tambien añadido que relativamente á este modo de inficionamiento la rapidez de accion es grandísima. Se han referido ejemplos de diftéria desenvuelta en niños que habian sido llevados por las madres á las casas de otros enfermitos del mismo género, á los cuales no habian hecho más que besar. No se necesita una larga permanencia, basta un tiempo brevísimo, un contacto no prolongado: basta un saludo, un beso, los cuales pueden tener unos resultados fatales. Los productos de escrescion y de exhalacion vician la atmósfera del cuarto, y los gérmenes morbíficos vegetan y florecen allí ganando en virulencia. Pero además de esto, la atmósfera puede estar viciada, si no directamente por las escresciones del enfermo, por la infiltracion de estos productos en el subsuelo; así penetrando en las cloacas los gérmenes morbígenos pueden ser exhalados á la superficie juntamente con los gases que provienen de las mismas cloacas. Oertel, que ha sido uno de los más celosos en el estudio de la enfermedad y de su modo de trasmision, nos ha hecho saber recientemente que los esputos, que provienen de individuos diftéricos, que caen en el suelo y se desecan, convertidos en sutiles moléculas y trasportados por el aire, pueden transmitir la enfermedad. Los modernos patólogos han creido que esta opinion era exagerada, pero tratándose de la diftéria, y especialmente de las medidas profilácticas, conviene que nosotros tambien exageremos. Que los gérmenes morbosos de la diftéria pueden penetrar verdaderamente en el organismo por inhalacion, lo prueba el hecho que en los traqueotomizados la diftéria se desenvuelve por la herida traqueal en

el trayecto inferior, respetando las fauces. No hay duda, pues, de que la atmósfera viciada por el contagio puede ser el medio de trasmision de la enfermedad.

Tercer modo de inficcionamiento: agua, alimentos, leche.— Respecto al agua, parece bastante demostrado que las mismas materias escrementicias filtrándose en el subsuelo, además de producir el desarrollo de gases mefíticos, pueden contaminar las aguas potables, especialmente si los receptáculos de éstas están próximos á los pozos negros. En Nápoles, yo he podido sospechar una posible relacion de esto que os digo en la distribucion de la diftéria en algunas calles. Por ejemplo, en ciertas vías determinadas la diftéria atacaba en las casas puestas en la misma línea, y respetaba las que estaban enfrente, quizá porque el canal del agua en estas casas estaba formado por tubos diferentes.

Respecto á los alimentos, es posible, y se comprende fácilmente, que sean transmisores de la enfermedad. Recordad el ejemplo del galgo. En Inglaterra se hizo mucho ruido con la posible transmisibilidad por la leche de vaca. Algunos creen que la que proviene de los animales que padecen una forma especial de mastoitis reumática puede ser medio de trasmision del mal diftérico. Sabeis que en condiciones especiales las tetas de las vacas suelen inflamarse, y entónces en la leche se mezcla sangre. Pero los mismos que han llamado la atencion sobre esto, han acabado por tranquilizarnos completamente; porque sin duda alguna la leche de vaca, aunque sea de un animal muerto de mastoitis, no puede transmitir la diftéria.

Cuarto modo de trasmision: inoculacion.—Aquí debemos estudiar la inoculacion hecha hasta con las falsas membranas, y con la sangre de los individuos diftéricos. Os he dicho que los experimentos en el sentido de la trasplantacion directa habian sido poco concluyentes, y ahora insisto todavía más sobre este punto. Trousseau, Peter, Duchamps, Harley, han hecho experimentos en sí mismos y en animales. Peter, despues de haber producido sobre la mucosa de sus propios labios algunas incisiones, los frotó con falsas membranas. Los resultados fueron siempre negativos, de modo que para estos autores la

cuestion está resuelta. No así para Trendelenburg y Oertel, Nasiloff y Eberth, los cuales han intentado la trasmision directa de los animales. Trendelenburg, como Oertel, inoculó en la tráquea de los conejos, y vió resultar la difteritis traqueal; los segundos se sirvieron de la córnea y vieron aparecer la queratitis diftérica. Tommasi, Hueter, y Oertel, en sus experiencias sobre los músculos han hallado una inflamacion hemorrágica, por lo cual la cuestion quedó prejuzgada en el sentido de que los fenómenos consecutivos se referian á la septicemia. Pero hay una curiosa observacion de Paterson, que nos haría inclinar á la posibilidad de la trasmision por inoculacion directa de las falsas membranas. Un hombre introdujo el dedo en la boca de un enfermo de difteritis; en el dedo tenia una lesion de continuidad; sobre esta se desarrolló una membrana diftérica. Las inoculaciones con la sangre han resultado negativas: el mismo resultado que se ha obtenido para las enfermedades infectivas, cuyo carácter es menos dudoso. Ahora sin negar los pocos casos referidos de reproduccion de la enfermedad despues de arañazos accidentales y accidental inoculacion de la sangre, no se puede olvidar que aquellos que sufrieron estas tristes consecuencias estuvieron espuestos, al mismo tiempo, á la influencia general del contagio, es decir, respiraron un aire contaminado por las excreciones y por los productos de las exhalaciones.

Como todas las enfermedades infectivas, tiene tambien la diftéria un PERIODO DE INCUBACION, que es bastante breve, y vosotros lo podeis valuar en 2 ó 3 dias. Esta fecha la hemos deducido por la noticia exacta del contagio verificado en individuos que, estando sometidos á la más escrupulosa observacion, se habian mantenido perfectamente sanos.

Los niños enfermos son visitados por las familias con bastante frecuencia; pues bien, está probado que los niños pequeños, puestos en contacto con los enfermos de diftéria, solo dos dias despues han presentado señales del mal. Se sabe de una niña de 6 años, que volvió á su casa á las cinco semanas de ausencia, y encontró á su hermanito menor, con mal de garganta desarrollado la misma mañana. Al dia siguiente

la diftéria era evidente en ambos. Me consta personalmente que habiendo vuelto un niño á su casa, y encontrando enfermos á sus hermanitos, en 48 horas ó menos apareció contagiado. Pero es verdad tambien que bajo especiales condiciones este periodo se puede prolongar, y se llega á un máximum de 15 dias. En casos semejantes, lógicamente podeis sostener (con Mackenzie) que los gérmenes morbosos pueden permanecer en las personas que habrán estado afectas de ellos un tiempo mayor del acostumbrado. Hay casos atentamente observados en individuos que no tuvieron más que un solo contacto, y despues de él la enfermedad se desarrolló en el espacio de una ó dos semanas.

El estudio de las CAUSAS PREDISPONENTES es fácil, breve é importante, pues encontraremos elementos que son bastante necesarios para el desenvolvimiento de la enfermedad. Comienzo por la edad. Es sabido, y todas las estadísticas concordes lo prueban, que la diftéria es una enfermedad que se presenta principalmente en la edad infantil. Si registrais las estadísticas de los más doctos, hallareis constantemente que el máximum de frecuencia es suministrado por los individuos de 2 á 10 años. Así estudiando bien las cifras, podreis dividir este período en dos épocas, una desde 1 á 5 años y otra desde 5 á 10, y vereis que el máximum de los casos cae precisamente en el primer período: raros son los casos, aunque no imposibles, en niños menores de un año. Yo recuerdo á una niña que apenas tenia 40 dias, á quien mataron la diftéria y el crup. Despues de los 10 años, la enfermedad comienza á ser más rara, pero comprendéis que no es infrecuente.

En realidad, en las epidemias que han castigado á Nápoles, hemos presenciado no sólo los estragos que ha hecho de tantas tiernas vidas, sino que tambien los mortíferos ó peligrosos ataques á los adultos. Despues de los 45 años comienza una declinacion, que sólo tiene semejante en el primer periodo de la vida. Pero desde el sexagésimo año se registran casos, y yo recuerdo uno indudable; son ejemplos clásicos, ejemplos en los cuales la enfermedad ataca con todo su rigor.

Se ha dicho que la diftéria atacaba de preferencia al sexo femenino, como el crup al sexo masculino. Juiciosamente hace reflexionar Mackenzie que, supuesto que hoy nos inclinamos á sostener la identidad del crup y de la diftéria, una cifra compensa la otra, y puede asegurarse que es una enfermedad que igualmente ataca al sexo femenino y al masculino. Pero hay familias que presentan una especial predisposicion, la que nosotros llamamos susceptibilidad familiar. En Inglaterra, en Francia, no faltan ejemplos de este género; vosotros mismos habreis tenido ocasion de observar, como yo he visto, que todos los miembros de una misma familia enferman, y las personas de la servidumbre, que no tienen con estos afinidad alguna, permanecen exentos. Se han registrado casos de nodrizas que tuvieron enfermos á sus hijos, mientras la enfermedad respetaba á los niños extraños que ellas amamantaban. Nuevas dudas sobre esta especial predisposicion que nosotros vemos tambien tan acentuada en otras enfermedades, y especialmente en la tuberculosis.

Posicion social.—Se ha dicho que la falta de aire, de luz, la escasez de alimento, la suciedad, la aglomeracion podian tener su accion especial en la produccion de la enfermedad; pero si esto es verdad en tiempos normales, en tiempos de epidemia no sucede lo mismo. En Inglaterra, familias nobilísimas han sido destruidas por la diftéria, como entre nosotros hemos visto en las más acomodadas ensañarse y causar estragos la angina diftérica.

Condiciones locales.—Hay condiciones especiales de las fauces que favorecen el desarrollo de la enfermedad? Debemos hacer aquí las mismas consideraciones que haríamos para otras enfermedades infectivas, el cólera, por ejemplo. Qué es lo que vemos bajo la influencia de una epidemia colérica? Que los que padecen catarros intestinales son los que principalmente enferman. Lo mismo sucede en la diftéria, los niños que tienen tónsilas abultadas, catarros crónicos guturales, tendencia á catarros laríngeos, son los que pagan abundante tributo á la angina diftérica. Pero vosotros no podreis traducir este cánon clínico en otro absoluto que dijese así: «la diftéria

se desarrolla en los individuos que tienen tónsilas abultadas y catarro gutural». Esto, que sería un error, os impone sin embargo la obligacion de cuidar y vigilar á los niños que presentan estas alteraciones, cuando existe una epidemia de angina diftérica.

En tales casos la diftéria es primitiva, los gérmenes morbígenos, hallando especiales condiciones favorables, determinan la enfermedad. A veces, al contrario, precede otro proceso morboso: son los casos de ANGINA DIFTÉRICA SECUNDARIA que hasta ahora han sido observados despues de la escarlatina, del sarampion, de la tos convulsiva, de la sífilis, de la viruela, de la urticaria, de la bronquitis, de la pneumonía, de la pleuritis, de la tuberculósis, de la caquexia, y segun algunas observaciones mias tambien despues de la metritis puerperal. Sin embargo, la coincidencia se observa más frecuentemente en la escarlatina, tanto que algunos autores han emitido la opinion de una posible identidad entre las dos enfermedades. Efectivamente Wiedasch habló de ella, y Baduzzi de Pisa, discuriendo sobre este punto, hablaba en términos tan precisos que me veo obligado á deciros algo sobre esto. Se ha dicho: en la escarlatina tenemos una enfermedad zimótica en la cual predominan los fenómenos inflamatorios de parte de la garganta, una enfermedad en la cual tenemos otras sucesiones morbosas, la nefritis. Qué sucede en la diftéria? Lo mismo: la angina inicial y la nefritis consecutiva. Añadid la forma epidémica comun á entrambas, añadid la falta del exantema y la existencia de la angina, y vereis que los puntos de contacto son muchísimos. Pero querer sostener la identidad de la enfermedad significa cometer una exageracion. Sin deciros que podríamos sostener como verdadera la proposicion solo cuando se demostrase que una enfermedad puede producir la otra, os indicaré que los caractéres clínicos no deponen en favor de esta identidad. En la escarlatina, si al aparecer el exantema cede algo la fiebre, esta se mantiene elevada y constante, lo que no sucede en la diftéria. Si una enfermedad pudiese engendrar la otra, la distribución geográfica debería ser igual para las dos, y en la Australia y en la India se conoce la dif-

téria, pero no la escarlatina. Estudiad un poco las epidemias, y vereis que la escarlatina sigue su parábola, anda su camino, y la diftéria describe su ciclo por cuenta propia. En el mismo país, en una misma comarca podreis apreciar claramente las dos formas. Ahora, hasta que no se demuestre experimentalmente que los gérmenes morbígenos, que constituyen el elemento eficiente de la escarlatina, pueden determinar la diftéria, esta hipótesis sobre la identidad de las dos enfermedades apenas es verosímil.

La angina diftérica tiene la propiedad de aparecer y desaparecer en periodos dados, y siguiendo estas alternativas en la historia hemos podido darnos cuenta de ciertos periodos de reposo. Invocando el adormecimiento de los gérmenes, su gran resistencia y las condiciones que favorecen su desarrollo, hemos explicado por qué la enfermedad, desde tiempos remotísimos ha llegado hasta nosotros. Así tambien comprendemos por qué, sin causas aparentes, yá se recrudece el mal, yá se mitiga, cuando todo hace temer que debia desarrollarse con fuerza y violencia.

Ultima consideracion.—Como todas las enfermedades infectivas, la diftéria induce una cierta INMUNIDAD, en el sentido de que el que la ha padecido una vez dificilmente enferma de ella otra. Esto no puede traducirse en un principio absolutamente verdadero; yo recuerdo casos de recidivas múltiples en los mismos individuos. Sin embargo, recordad que es necesario no ser demasiado fáciles en creer estas recidivas, porque ordinariamente la generalidad de los médicos confunden la tonsilitis inflamatoria con la verdadera diftéria. Recordad que las formas benignas fácilmente recidivan, mientras las graves, si no matan, confieren la inmunidad. Teniendo presentes estas particularidades, atendiendo á todos estos modos como la diftéria puede trasmitirse, tendreis en vuestras manos, los que pronto os dedicareis á la práctica, el secreto para poder limitar los estragos de esta terrible enfermedad, lo que forma el *desideratum* del médico, nuestra principal aspiracion.

LECCION OCTAVA

III.

Notas anatómicas.—Patogénesis.

Resúmen.—La falsa membrana: lo que es, su composicion, sus propiedades.—Estado de las partes sobre las cuales se desarrolla y de las circundantes.—Biología.—Alteraciones anatomo-patológicas de los varios órganos y aparatos.—Patogénesis.—Es enfermedad infectiva.—La infeccion es primitiva ó secundaria?—Razones para sostener la una ó la otra.—Razones clínicas y etiológicas que nos hacen ser partidarios de la primera hipótesis.—Con la infeccion primaria hay tambien una secundaria, ó en otros términos, hay una infeccion centrifuga que origina la enfermedad, y una centripeta que es su consecuencia (Massei).—Los parásitos no determinan la infeccion, prolongan solamente el proceso.

SEÑORES:

He definido la diftéria una enfermedad infectiva transmisible, que tiene por NOTAS ANATÓMICAS culminantes la presencia de un exudado membranoso. Es necesario ocuparnos un poco de este producto y del estado de los tejidos, de los cuales parte.

La falsa membrana, desprendida de las regiones sobre las que se forma, aparece seca, coriácea, elástica; pero, estirada fuertemente, se rompe en el sentido trasversal; tiene un color amarillo ó blanco-gris, ú oscuro: esta última modificacion se debe exclusivamente á la presencia de la sangre en los diver-

esos elementos que la constituyen. Tiene un espesor variable desde el de una delgada hoja de papel hasta el de un cuero bastante doble, quiero decir que en ciertas circunstancias alcanza un espesor de 2 á 3 milímetros. Tiene forma y extension várias, y á veces se modela sobre la parte donde nace, y así por su aspecto podemos quizás inducir el sitio del cual se ha desprendido.

Las falsas membranas son insolubles en el agua, y ni siquiera le ceden la albúmina, ni la gelatina; son insolubles en el éter y en el alcohol, y se disuelven bajo la accion de los álcalis cáusticos, de la potasa y sosa cáusticas, del agua de cal, del ácido láctico y del bromo. Si tomáis una falsa membrana y la poneis en un tubo de ensayo, añadiendo un poco de agua de cal, al cabo de 2 á 3 horas desaparece, y en cambio se halla un residuo, que al microscopio deja ver ciertos elementos celulares. El ácido acético la hincha, como lo hace con la fibrina, y estos caractéres esternos son los que han acreditado la opinion de que ella podia ser el resultado de la coagulacion de la fibrina, opinion á la cual se inclinan todavia muchos médicos modernos, aunque el exámen microscópico nos hace alejarnos mucho de esta manera de pensar. Verdaderamente, si poneis bajo las lentes del microscopio una falsa membrana, tendreis que convenceros pronto que resulta de la proliferacion de jóvenes elementos celulares, los cuales provienen de las capas más superficiales de la mucosa irritada. Los cambios morfológicos de estos elementos celulares se refieren á dos puntos capitales: á la degeneracion de las células y á la fusion entre ellas. Los elementos epiteliales engruesan, aumentan su volúmen, y la materia que llena estos mismos elementos aparece más sólida, por lo que las células parecen solidificadas, esclerotizadas, tumefactas, y envian numerosas prolongaciones, que sirven para fundir entre sí los diversos elementos histológicos. Sin embargo, con el tiempo muchas prolongaciones se reabsorben, y entonces queda como sustrato de la falsa membrana una especie de red que sirve para conducir los numerosos leucocitos y los glóbulos de pus. Esta degeneracion de los elementos celulares se ha llamado escle-

rosis, degeneracion vítrea, solidificacion, y en este punto concuerdan Rindfleisch, Wagner y Boldyrew, todos los cuales admiten el origen epitelial de las falsas membranas.

Os he dicho que en las capas más superficiales son células hipertrofiadas, y observareis algunas de ellas, que llegan á un volúmen doble del de los corpúsculos linfáticos. Pero notais, circunstancia curiosa, á medida que avanzais en las capas inferiores, que las células tienden á readquirir su volúmen normal, y la última capa se compone de células que por sus dimensiones se asemejan mucho á las ordinarias.

Además de estos elementos morfológicos, ciertamente tendreis que comprobar la presencia de los parásitos; pero al haceros la descripcion anatómica de las falsas membranas, quiero ser rigurosamente histórico; os contaré los hechos para criticarlos cuando deba ocuparme de la patogénesis. Y bien, los parásitos que se observan pertenecen al orden de las mucedineas ó de los vibriones, esto es, parásitos que se encuentran tambien en otras infecciones, por ejemplo, en la viruela, en la vacuna, y hasta en las condiciones normales; por tanto, la opinion de Eberth que sin micrococos no es posible la diftéria, es por lo menos intempestiva; pero sobre esto volveré luego. El estado de la mucosa subyacente varía muchísimo, en el sentido de que á veces, desprendido el exudado, apenas hallais una capa líquida serosa, ó sero-purulenta que representa el límite entre la falsa membrana y la mucosa casi íntegra. Otras veces hay pérdida de sustancia, ulceracion cuando el exudado profundiza, y la infiltracion invade tambien los elementos de la mucosa; comprendeis que, comprimiendo los vasos y los elementos celulares, de la ulceracion se pasa facilmente á una verdadera necrosis. No creais por esto que la necrosis de los tejidos sea carácter constante é indispensable para juzgar diftérico el exudado; nosotros en este caso cometeriamos un error anatómico, que nos conduciría bastante lejos de la verdad; y si yo no trato ahora ciertas cuestiones sobre la identidad entre el crup y la diftéria, lo hago porque no quiero distraer vuestra atencion, y porque tendré que hacerlo cuando me ocupe de la diftéria laríngea.

En general, puede considerarse como regla que cuantas veces el tejido del que se origina el exudado, tiene una membrana limitante, como en la laringe, se desprende fácilmente, y con dificultad, cuando las capas más superficiales se continúan con las profundas, como en la mucosa del istmo de las fáuces.

Si hasta ahora hemos considerado la falsa membrana desprendida del tejido, y el estado de las partes que la habian originado; consideremos ahora un poco el modo de comportarse esta falsa membrana, es decir, estudiemos un poco su BIOLOGIA.

Qué sucede despues que se ha formado el exudado? Cuando me ocupe de la sintomatología os diré como se organiza la falsa membrana, os diré que son puntos esparcidos, que poco á poco confluyen y aumentan de espesor. Y bien, al cabo de cierto tiempo, cuando las capas más profundas preparan una nueva infiltracion, que hasta ahora no está bien marcada en sus caractéres anatómicos, entre la falsa membrana y el tejido se forma una capa de células purulentas, que tiene por objeto facilitar el desprendimiento de la falsa membrana. Cuando el exudado no es intersticial, el desprendimiento de la falsa membrana es un hecho ordinario de este proceso patológico; y, como de ordinario, él no se limita á la produccion de una sola capa membranosa informe, teneis desde luego una nueva exudacion que puede quedar en los límites primitivos, ó puede separarlos mucho, de aquí la difusion que es frecuentísima hácia la cavidad naso-faríngea y hácia la laringe; ó bien bajo favorables condiciones epidémicas se rebrode en otros sitios, como la conjuntiva, la mucosa del conducto auditivo externo, la vagina, el ano, la piel.

El proceso de reparacion, cuando ya no hay exudado, está subordinado á la intensidad de los fenómenos; cuando el exudado es superficial, y debajo existe el epitelio cilíndrico privado de sus pestañas vibrátiles, no quedan cicatrices; pero cuando hay necrosis, la úlcera se trasforma en llaga, y con arreglo á la gravedad y extension del proceso resulta una cicatriz mayor ó menor, anunciada por la proliferacion conjuntiva. Resu-

miendo, nosotros podemos decir que el origen de las falsas membranas podria reducirse á tres principios: ó á una directa trasudacion del plasma sanguíneo con abundante emigracion de leucocitos, como han sostenido algunos, y especialmente Stendener, ó al origen epitelial, defendido por Rindfleisch y Wagner; ó bien al origen parasitario, puesto que muchos afirman que las manchas blancas que inician la enfermedad, semejantes á la escarcha, son debidas á la presencia de parásitos.

Pero las alteraciones que la diftéria induce, no se limitan precisamente á las falsas membranas, ó á los efectos de la fló-gosis en la mucosa subyacente; cuando se puede practicar la autópsia en individuos muertos de diftéria, podemos descubrir alteraciones múltiples é interesantes en casi todos los órganos. Y yo debo enumerarlas, pues del estudio anatómico se desprenderá expontáneamente la noción del concepto patogénico de la enfermedad, que discutimos.

Comienzo por las parótidas y por las glándulas sub-maxilares, que tan pronto toman parte en la enfermedad. Las alteraciones microscópicas se reducen á un aumento del volúmen de las glándulas, á un aspecto más rojo de las mismas, á una infiltracion sero-purulenta del tejido celular peri-glandular. Recordareis que esto que digo se encuentra en aquella tumefaccion pastosa que solemos ver en los individuos gravemente atacados. Al microscópio se comprueba que las células de los *acini* están aumentadas de volúmen, y rellenas de una materia mucosa homogénea; hay además aumento numérico de pequeñas células redondas que forman colecciones purulentas, esto es, verdaderos y pequeños abscesos. Lo mismo puede suceder en las glándulas más lejanas que tomen parte en el proceso.

En los pulmones y en los bronquios, prescindiendo de aquellas alteraciones que son la consecuencia de la laringostenósis producida por difusion del proceso á la laringe, tenemos una tendencia marcada á la inflamacion catarral de la mucosa bronquial, y una tendencia no ménos notable á la exudacion membraniforme en aquellos brónquios que tienen

una direccion vertical. Así se ha notado que, cuantas veces hay una adherencia pleurítica, la exudacion membraniforme se verifica en la direccion de aquellos brónquios que van hácia aquel punto retraido, y puede haber éxtasis y edema en la base de los pulmones, como en toda enfermedad infectiva, y despues aquella neumonía lobular y aquellos núcleos atelectásicos que se deben encontrar en un proceso que avanza hácia las vias respiratorias inferiores, especialmente en el crup laríngeo.

Corazon y sangre. A veces el corazon no ofrece alteraciones de este género, pero cuando la infeccion ha sido grave, el músculo cardiaco aparece flácido, y al microscópio se ve que sus fibras han sufrido la degeneracion grasosa. La sangre unas veces está flúida, otras presenta una tendencia particular á formar grumos, por lo cual las cavidades del corazon están llenas de coágulos sanguíneos, que á ocasiones nos dan cuenta de la muerte instantánea. Os pido presteis vuestra atencion á la descripcion de estas lesiones anatómicas. Aquellos que han creido sorprender una cierta relacion entre la estratificacion de las falsas membranas en la superficie de la mucosa y la facilidad de la coagulacion de la fibrina de la sangre, han afirmado más estas relaciones, y han dicho: lo que sucede en la superficie de la mucosa debe suceder de una manera análoga en la cavidad interna del corazon, siendo la causa una y la misma. Otros han ido más allá, y entre estos Labadie-Lagrave, que ha descrito una endocarditis en el sentido más riguroso de la palabra. Él ha procurado demostrar que expontáneamente en la diftéria se efectúa una inflamacion de la válvula mitral y especialmente de su superficie libre, inflamacion que tiene por nota culminante la formacion de pequeñas granulaciones á pocos milímetros de su borde libre; de aquí la facilidad de émbolos grandes y pequeños, que por una parte nos explican la muerte instantánea, y por otra aquellos pequeños abscesos que se han observado en varios órganos, especialmente en el pulmon y en el cerebro. Mas esta teoría ha sido impugnada y negada por Parrot, de modo que sin negar valor á la posibilidad de este hecho, y á todos los caracteres concomi-

tantes de la endocarditis, queda reducida á una hipótesis que no podemos aceptar sino con la mayor reserva. Aun admitiendo que en la mitad de los casos se hayan hallado en la cavidad cardiaca gruesos coágulos; aún admitiendo, como lo hace Beverley Robinson, que la trombosis cardiaca tenga signos físicos que permitan reconocerla durante la vida, estas observaciones no pueden valer como hechos ciertos y absolutos para explicar la muerte.

Bazo é hígado.—Estas glándulas no presentan en la diftéria notables alteraciones, y en clínica, verdaderamente es difícil que vosotros podais comprobar aumento de volúmen del bazo ó del hígado: pero en el cadáver, aún cuando la cápsula del bazo esté distendida, la pulpa aparece más hipermiada y sobre la cápsula se pueden ver pequeños puntos hemorrágicos. No sucede lo mismo en los riñones, que, si muchas veces están hinchados é hiperemiados, á ocasiones ofrecen las notas clásicas de una nefritis crupal, de la que os diré algo más en la forma clínica.

Parece que la afeccion diftérica no tiene gran predileccion por las vias digestivas, y así, ó no tenemos conocimiento, ó solo una vaga noticia sobre la posibilidad de exudados membranosos en el esófago. Pero en el estómago se han observado ulceraciones de carácter necrótico, y yo creo que lo mismo puede suceder en el intestino, puesto que poseo dos observaciones en las cuales estoy convencido que debió verificarse la perforacion intestinal, habiendo sucumbido los enfermos en la convalecencia por una rápida y letal peritonitis.

Debo deciros tambien algo de las lesiones cerebrales y nerviosas. Digo algo, porque las parálisis diftéricas formarán un objeto particular de estudio. Aquí os indico que, independientemente de los éxtasis que suceden en la muerte por asfixia, hay dos lesiones que reclaman toda nuestra atencion y estas son: ó extravasaciones puntiformes en la sustancia cerebral ó en el neurilema, ó desaparicion y degeneracion de la sustancia nerviosa; por esto el neurilema no contiene más que células granulosas y linfóideas, y núcleos. Sin embargo, os recuerdo que los ganglios del simpático al parecer tienen pre-

disposicion á enfermar, así vemos las parálisis desarrollarse principalmente en la esfera de los músculos animados en parte por los ganglios del mismo simpático.

Señores, la no breve enumeracion de las notas anatómicas que os he hecho, tenia un fin: el de hacer que naciese espontáneo y claro en vuestro ánimo el concepto patogénico de la enfermedad. Apenas necesito decir que echando una mirada general sobre estas lesiones anatómicas, nos persuadiremos fácilmente que la diftéria es una enfermedad infectiva; la multiplicidad y la naturaleza de las lesiones, la nobleza de ciertos órganos comprometidos, lo prueban suficientemente. En verdad sería ocioso deciros que hoy este concepto de la infeccion se acepta por todos: la cuestion debatida, la cuestion palpitante todavía en la actualidad es saber si la infeccion es primitiva ó consecutiva, esto es, si se trata de un agente morbo-so que infecciona la sangre primitivamente, de un virus específico que altera la crisis, ó bien si debe sostenerse que los productos morbógenos, parasitarios ó nó, provenientes de la localidad, penetrando al traves de la corriente linfática y sanguínea alteran la sangre. Estas dos teorías cuentan ambas esforzados sostenedores, y no hay que decir que puede considerarse agotada la cuestion: yo os enumeraré cuáles son los criterios que nos autorizan para inclinarnos más bien á una que á otra teoria, no disimulando las contradicciones que se han presentado.

Por ejemplo, independientemente de la tendencia moderna al origen parasitario, hay dos elementos que acreditan la idea de la infeccion secundaria. Ante todo la presencia de los parásitos, que, sean comunes ó específicos, existen en realidad, Nosotros debemos hacer mencion de un hecho, que el microscopio nos ha revelado, para negarlo ó para decir que permanece allí como inocente producto. Segundo: si los parásitos existen en estas formas específicas, en otras flogosis de carácter comun no se hallan por cierto; en la angina inflamatoria simple, en la estomatitis mercurial, en vano andareis buscando uno solo de estos parásitos, y ellos se multiplican cuando el proceso diftérico se agrava, y desaparecen cuando se mejora

(Oertel). Son dos argumentos serios, dos argumentos que en verdad no podemos enteramente rebatir; pero son muy pocos para sostener con fundamento la infeccion secundaria. Añadid que Oertel ha acompañado á estos parásitos en su camino, hasta en los elementos celulares, en los vasos linfáticos y sanguíneos, y parece que han sido vistos hasta en la sangre de los diftéricos. Para combatir esta teoría, creo que podemos presentar algunos criterios clínicos y algunos etiológicos. Los criterios clínicos son los siguientes: 1) presencia de la fiebre. Cuando os hable de la sintomatologia, os diré que la fiebre es uno de los caractéres más constantes: no sé si en otras regiones del mundo, bajo relaciones especiales, el mal podrá permanecer limitado á la localidad; pero el gran número de mis observaciones y las de otros prueban que hay fiebre, y que esta precede á toda otra manifestacion. 2) Altura de la fiebre. El estudio preciso del ciclo térmico, prueba que la fiebre en la difteria es alta como en las enfermedades primitivamente infectivas. 3) Uno de los elementos que Oertel presenta para apoyar la teoría parasitaria, es el mismo que se le pone en contra, esto es, el infarto glandular. Observareis enfermos en los cuales, antes que aparezca el exudado en las fauces, hay hinchazon de las glándulas submaxilares. ¿En este caso, es el agente morbosos el que ha obrado directamente sobre las glándulas? Comprendo que los parásitos puedan anidarse en las criptas de las tónsilas, permanecer latentes ó desconocidos; pero si se ha dicho que el infarto ganglionar depende de su multiplicacion y de su penetracion al través de los linfáticos, es muy justo que tambien en la superficie de la mucosa hallemos fenómenos avanzados de un producto no dudoso, la presencia y la vegetacion de los parásitos. 4) A veces este infarto está en desproporcion absoluta con el mal local. A veces inspeccionando las fauces se halla solo escaso exudado y escasos hechos locales: ¿cómo explicar esta desproporcion? 5) Todavía más; falta completa del exudado: como os diré en la forma clínica, los casos de *diphtheria sine diphthera* están aceptados perfectamente. Lo prueba el estudio atento de los fenómenos, de la etiologia, el curso del mal, y la autoridad de los

más hábiles clínicos 6.) Albuminuria. Os diré que será sabio consejo tener siempre á la mano el ácido nítrico y el calor para ver si hay albúmina en la orina. En el primer momento hay una albuminuria transitoria, lo que prueba que este infecciónamiento se ha realizado ya, y por otra vía diferente de la de la localidad.

Pero no solo los criterios clínicos hablan en favor de una infeccion primitiva, sino tambien los etiológicos. Los mismos que han descrito, reconocido y comprobado los parásitos en las falsas membranas no han sabido individualizarlos hasta el punto de decir: ved aquí el elemento pecaminoso, ved aquí el agente verdadero productor de la difteria. Algunos dicen que son mucedineas y bacterias, semejantes á las de las otras enfermedades infectivas; otros dicen que son pequeños micrococos, bacterias esféricas y las formas más pequeñas del llamado *bacterium termo*. Letzerich describe otro hongo al cual llama *zigodesmus fuscus*, *tilletia diphterica*. Korsten sostiene que los elementos celulares que se creen parásitos, no son mas que células del detritus, los cuales viven en medio de los tegidos, sin crecer ni multiplicarse como los parásitos. Hay falta de individualizacion de estos mismos elementos que se invocan como causa del mal. Más aún: Barduzzi, habiéndose tomado el trabajo de hacer numerosas investigaciones sobre las falsas membranas, ha hallado, como Mackenzie, que se trataba del *leptotrix buccalis*, que, como sabeis, es un parásito inocente; otras veces del *oidium*; otras del *criptococcus diplosporum*, ó *fuscum*, que no tienen ninguna accion morbígena especial. Añádase que el mismo Letzerich ha cultivado estos parásitos, y ha confesado que los de la segunda y tercera generacion, inoculados, no producian fenómenos de semejanter de los de las mucedineas, esto es, síntomas septicémicos, como vemos en otros estados patológicos.

Así, pues, la teoría parasitaria (inventada para explicar la difteria por Laysock, y desarrollada por Jodin, Hueter, Tommasi, Giacchi, Eberth y los que os he citado); que se debe fundar sobre la presencia de un parásito bien conocido y bien determinado, es ella misma la que nos deja en la incertidumbre,

porque no lo sabe manifestar, ni describir. Envueltos nosotros hoy en la corriente de un incesante progreso, queremos la prueba experimental. No basta que me hayais dicho que la angina diftérica es una enfermedad parasitaria, es necesario que lo demostreis, y esta prueba se da con la inoculación. Y bien, recordad que estas inoculaciones, con las falsas membranas y con la sangre, son equívocas: sé bien, que el mismo reproche podría hacerse á otras enfermedades infectivas, pero este elemento esencial, esta demostración clásica, falta. Nosotros no podemos afirmar que verdaderamente la difteria sea una enfermedad parasitaria. Hay además este otro criterio etiológico: que las más prontas curas locales, y los remedios antiparasitarios más enérgicos y mejor conocidos, no valen para detener la enfermedad, la cual recorre inexorablemente su pendiente fatal.

Por el análisis diferencial, nosotros deberíamos acariciar la idea de la infección general. Soy de opinión que en la difteria se trata verdaderamente de una infección primaria, y si no lo he podido probar directamente, me he servido de un análisis eliminativo para llegar á este punto. Digo, sin embargo, que un estudio atento de los síntomas y de las lesiones anatómicas prueba que debemos distinguir en la difteria dos infecciones, una primitiva, una inicial que tiende á producir sobre la mucosa del istmo de las fauces, y sobre las demás, su manifestación clásica; otra que tiende á concentrarse, á envenenar el organismo, y es quizá la causa verdadera y última de la muerte. No necesito deciros que pequeñas cantidades de pus ó de detritus, reabsorbidas en la sangre, pueden despertar fenómenos tumultuosos; digo solo que en los productos de la difteria tenemos, para sostener que esto es posible, además de los elementos, las falsas membranas; que expuestas al contacto del aire, entran fácilmente en putrefacción, y los exudados purulentos que hallamos debajo, reabsorvidos en la sangre, son suficientes para envenenar el organismo. Yo he llamado á la primera infección *centrifuga*, á la segunda *centripeta*. En la primera, la sangre infecta nutriendo mal los órganos y los tejidos, se revela por especiales manifestaciones: la fiebre, la albuminuria

transitoria, el exudado; en la segunda, los productos formados que tienden á invadir los centros, vuelven á envenenar el organismo, matan al individuo (auto-infeccion, reinfeccion).

Y de aquellos parásitos qué haremos? Tranquilizaos: estoy dispuestísimo á concederles el mayor honor. Creo que la teoría parasitaria en general tendrá vida y vigor, pero siempre que no la exageremos y la asignemos el puesto que le corresponde. Someted al microscópio un infiltrado tuberculoso y uno sifilítico, y decidme si el microscópio solo basta para el diagnóstico. Haced el análisis de un tumor que parte de las glándulas linfáticas, y decidme si solamente las pequeñas células redondas, que veis, bastarán para un diagnóstico preciso. A mi me parece que el golpe dado á la vieja medicina se acentúa cada día más: hoy la clínica y el microscópio ocupan su puesto en feliz consorcio. Respecto á los parásitos, opino que su presencia en los exudados diftéricos tiene una cierta accion, pero esta se reduce á prolongar el proceso local, á facilitar el proceso de descomposicion en el cual hallan terreno fértilísimo; no puedo sostener, porque me lo veda el rigor científico, que sean estos esporos, inocentes y variamente denominados, los que sostienen la infeccion diftérica, mas no afirmo que su presencia sea casual é inocente: son leña echada al fuego, que hace erector el incendio con furia mayor.

LECCON NO VENA

IV.

Síntomas.

Resúmen.—Sintomatología.—Subdivision de la difteria faríngea en siete formas: típica, abreviada, abortiva, inflamatoria, maligna, gangrenosa, crónica.—Análisis de cada síntoma en particular: fiebre, albuminuria, exudado, anorexia, disfagia.

SEÑORES:

Si he justificado el estudio de la difteria faringo-laríngea porque rara vez tendremos ocasion de ver casos de ella en el dispensario, es muy justo que ponga gran cuidado, ahora que voy á hablaros de la SINTOMATOLOGÍA. Sabemos que la difteria es una enfermedad infectiva, capaz de producir manifestaciones en diversos sitios: las fáuces, la nariz, la laringe, los labios, la lengua, los carrillos, la conjuntiva, el conducto auditivo, el ano, la vulva, la piel. Pero, por razones fáciles de comprender, limito aquí mi teoría: me ocuparé solo de los síntomas de la angina diftérica. Los de la difteria nasal y faríngea serán tratados separadamente.

Podría analizar los síntomas y reunirlos despues, pero traspasaria el propósito de delinear á contornos limpios el cuadro morbosos: prefiero á grandes rasgos describir la escena, y despues volver sobre los diferentes síntomas, y discutirlos lo más amplia y oportunamente que pueda.

Vosotros comprendereis que la limitacion y la difusion del proceso, el predominio de los fenómenos locales sobre los generales, el modo de desenvolverse y el éxito que logran, han hecho crear subdivisiones. Os propongo la de Mackenzie, que me parece la más exacta entre cuantas se han propuesto, salvo aquellas modificaciones que he creido convenia introducir, aconsejado en esto por mis observaciones personales. Distinguiremos, pues, siete formas: 1) la típica, que servirá para hacernos adquirir un concepto exacto de la enfermedad; 2) la forma abreviada ó benigna, que se llama tambien catarral y á la que voluntariamente yo añado; 3) la forma abortiva; 4) la forma inflamatoria; 5) la forma maligna; 6) la forma gangrenosa; 7) la forma crónica.

1) *Forma típica.*—Sin extenderme en los prodromos, que son análogos en las infecciones (malestar, inapetencia, cambio de carácter), que coinciden con el período de incubacion, y por término medio duran de dos á cinco dias, tenemos que la verdadera invasion de la enfermedad se acentúa con un fuerte acceso de fiebre. Como sucede en los procesos febriles originados por otras causas, este acceso va acompañado muy frecuentemente en los niños de vómitos, cefálea, vértigos. Bien pronto estos fenómenos son oscurecidos, especialmente en los adultos, por otros que se hacen más ó ménos manifestos, á saber, las localizaciones guturales, dolor al tragar, sequedad de las fáuces, y al inspeccionarlas se nota una rubicundez más ó ménos limitada, más ó ménos intensa que se desarrolla en las amígdalas, en los pilares, en el velo, en la pared posterior de la faringe. Si pasadas algunas horas, repetis el exámen directo, vereis iniciarse preferentemente sobre las amígdalas la formacion de un exudado blanquecino, gris-súcio ó amarillento, bajo la forma de puntos esparcidos, aislados, que tienden á reunirse y á confluir. Y estos exudados, que limitados primero, tienden despues á estenderse á medida que crece la forma morbosa, están circunscritos á un lado de la garganta, como sucede con la rubicundez, y no se difunden sino mucho más tarde. De diez veces nueve, esta forma empieza por las amígdalas, y éstas se ponen tumefactas, rojas y

prominentes hácia la línea media. En esta forma clásica, excepcionalmente el proceso parte de la pared posterior de la faringe, de la nariz ó de la laringe, ofreciéndonos asi ejemplos de difteria nasal ó laríngea primitivas.

Si se trata de niños la escena sintomatológica de la fiebre domina sobre los síntomas locales, y el dolor, tal vez vivo, se desconoce muchas veces, hasta en los más grandecitos. Este es el primer período, ó estadio catarral, difícil de diagnosticar, porque las notas se alejan poco de las de una angina ordinaria, y el exudado no tiene todavía signos característicos.

Sucede á este estadio catarral el exudativo, en el que el producto morbosos es bastante patonogmónico de la afeccion. Los exudados, que parten de diversos puntos de las amígdalas, se reunen y forman una capa uniforme que será más tarde la falsa membrana, la cual, á medida que aumenta en extension, gana tambien en espesor, formando verdaderas costras lardáceas. Los fenómenos de dolor al deglutir y la aridez de las fáuces ceden algo, y dan lugar á una necesidad continua de esputar y de molesta salivacion, ya para expeler las falsas membranas que se desprenden á pedazos, ya porque por una accion refleja se puede despertar hipersecrecion salivar.

Adelantando, el exudado gana en extension é invade los pilares, el velo, la cavidad naso-faríngea, los conductos lagrimales, las trompas, la laringe. Cuando el trabajo de eliminacion se verifica fácilmente, se expulsan estas membranas, mientras se forman otras nuevas. Si despues el proceso tiende á agravarse, muda el carácter del exudado y el de las partes subyacentes; por esto, si al principio estaba íntegra la mucosa con simple esfoliacion epitelial, en los casos graves hay infiltracion de las capas mucosas profundas y destruccion de toda la mucosa, lo que además de mostrar la gravedad de la lesion local, representa tambien la via por la cual los productos morbígenos son reabsorbidos y penetran en el organismo. El color blanco del exudado se convierte en gris-súcio ó negruzco; el aliento se hace fétido, la fiebre se mitiga ó desaparece del todo despues de pocos dias, mientras se presentan sudores profusos; pero si aquella continúa alta, entónces es se-

ñal que el proceso se dilata, y del istmo de las fáuces y de la garganta invade la boca, la lengua, el paladar duro, etc.

En este segundo estadio aparece el infarto glandular, ligero ó difuso, irritativo ó infectivo. Hay circunstancias en que las glándulas sub-maxilares duelen á la presion y se descubren bien al tacto. Otras veces la tumefaccion envuelve el tejido periglandular, y entonces es pastosa, blanda y deforma el cuello, porque no deja ya ver la líneas de demarcacion, formadas especialmente por los músculos externo-cleido-mastoideos, de manera que estos niños presentan un cuello grueso como por enorme polisarcia, mientras en realidad están delgados, débiles y caquéticos. En este periodo son posibles dos soluciones: curacion ó muerte. En la primera, el proceso exudativo se detiene, y uno reparador se encarga de mitigar los males producidos por la enfermedad, bien entendido que el exudado puede á veces permanecer más ó ménos adherente en algun punto. En la segunda, los productos se reabsorben, los fenómenos de intoxicacion predominan, y además de las hemorragias por la nariz y en la piel, puede haber síntomas tifoideos, coma, insomnio, y se muere frecuentemente, ó por trombosis cardiaca ó por síncope.

Los otros síntomas colaterales, la fetidez del aliento, la sánies que se desliza de la boca, el color gris-sucio del exudado, el aspecto térreo del cutis, se acentúan más ó ménos con diversa gravedad. Esta forma corre su ciclo en 7-14 dias.

Si haceis un paralelo entre los fenómenos generales del principio de la enfermedad con los del fin, os llamará la atencion esto: que con los fenómenos de escitacion hacen contraste los de depresion, lo que prueba tambien una vez más, el concepto patogénico que os expuse en la leccion anterior—la infeccion primaria y la reinfeccion del organismo, la infeccion centrífuga y la centrípeta.—Y este es el tercer estadio.

2) Una forma leve, abreviada de este tipo clásico descrito es la *catarral*, á la que yo añado la forma abortiva. Hay casos en que el exudado es escaso, separable, el curso breve, benigno, por lo que parecería quizá extraño calificar la angina de diftérica, si el curso mismo, la violencia febril, el infar-

to glandular no hiciese apreciar una forma abreviada de la infección que es á la típica, como la febrícula al tifus. Todo termina bien al cabo de 3-4 dias; sin embargo, importa notar que el curso de la forma catarral pueda prolongarse únicamente porque no son invadidas al mismo tiempo las dos tonsilas, sino una despues de otra. A veces esta forma no es más que la introduccion de la típica, y entónces su curso se prolonga correspondientemente.

3) En la *forma abortiva* falta el exudado, y solo queda una lesion catarral, que debemos suponer ligada á una infección, solo porque aparece en individuos que han tenido contacto con diftéricos, y no están sometidos á causas reumatisantes. Tal vez hay tambien exudado, pero es muy escaso, amarillo, puntiforme, no se reune en falsas membranas, se desprende fácilmente cuando se le toca con un pincel. Por lo demás es apirética, y despues de 2-3 dias se verifica la curacion.

4) En la *forma inflamatoria* vemos que prevalecen los fenómenos de flogosis de la mucosa subyacente. Hay fiebre, infarto glandular y exudado. Pero debajo y á los lados se desenvuelve gran tumefaccion é intensa rubicundez: los pilares están hinchados, las amígdalas de tamaño enorme, la úvula edematosa, por lo cual los enfermos acusan grave disfágia y molestias considerables. No es extraño que se llegue hasta á la formacion de un absceso, como lo he podido comprobar más de una vez. Coincide á ocasiones una flogosis reumatoidea de las articulaciones grandes y medianas (Jenner.)

5) En la *forma maligna*, sobre los fenómenos locales predominan los generales. Esta camina con gran celeridad hacia una terminacion inevitablemente fatal, y hay desproporcion evidente entre los hechos generales y los locales; aquellos que rápidamente se acrecientan, estos que apenas tienen tiempo de desenvolverse. Los fenómenos que demuestran una preferencia por esta infección grave, son: el enorme infarto glandular, el abatimiento del pulso, la anorexia, las petequias, la epistaxis, el aliento fétido y la pronta descomposicion del exudado, la albuminuria.

6) La *forma gangrenosa*, una de las más graves, es casi siempre consecutiva á otras enfermedades, especialmente á la escarlatina. Excepcional es la forma primitiva. La necrosis se acentúa en poco tiempo con grave difusion, tanto que en dos dias, se puede verificar la destruccion de las tónsilas, de gran parte de la pared posterior de la faringe, etc. Los síntomas generales caminan á la par del proceso, hay coláps, coma, lipotimias, asistolia, síncope. El aliento es fétido, de la boca sale una secrecion viscosa y sanguinolenta, que resiste á todos los medios desinfectantes que empleemos. La inspeccion directa muestra claramente el esfacelo de las partes, el aspecto lívido, el color oscuro de los exudados. Las glándulas cervicales se hinchán considerablemente, la temperatura disminuye, las extremidades se enfrian, se muere de síncope ó con fenómenos comatosos.

7) La *forma crónica*, en fin, es aquella en que los fenómenos generales desaparecen y queda el hecho local. Bueno es que vosotros entendais este punto, pues muchas veces se vé suceder esta forma á otra. Aunque haya sido observada hace mucho tiempo, tambien se debe su perfecto conocimiento á Cadet de Gassicourt, quien habló de ella en una memoria. En la forma crónica de la difteria son más frecuentes las localizaciones en la oreja (otitis,) en la nariz (rinitis,) en la tráquea (traqueitis diftérica.)

Distingamos, sin embargo, las formas *crónicas* de las *prolongadas*, equivocadamente confundidas por muchos prácticos. Cuando el exudado no se desprende y la enfermedad se prolonga por 2-3 semanas, mientras los fenómenos generales no desaparecen, sino que solamente se moderan, la difteria será en tal caso *prolongada*. En cambio, la *crónica* no es la continuacion del mismo proceso, pues está constituida por la presencia del exudado en un punto diferente de aquel en que habia aparecido la primera vez. La crónica dura semanas y meses, y merece este nombre cuando han pasado á lo ménos 4 semanas del ataque primitivo. Un cirujano presentó coriza de carácter diftérico durante 6 meses, y no es raro ver en los niños traqueotomizados por crup continuarse una difteria tra-

queal, que es causa de obstáculo á la separacion de la cá-nula.

Vamos á examinar ahora detalladamente los fenómenos más sobresalientes.

a) *Fiebre*. Es uno de los síntomas más constantes y precoces. La escuela alemana, que sostiene el origen parasitario, cree que la fiebre debe venir despues de los procesos locales, y responde á las objeciones que se le hacen á este propósito; observando, que los parásitos pueden muy bien existir sin dar señales de sí, ó que se manifiestan en sitios en donde no es posible ver los productos morbosos (cornetes). Desde que yo oí esta indicacion á mi docto y malogrado maestro, el profesor Waldenburg, me dediqué á practicar diligentísimos exámenes locales, incluso el rinoscópico, y estoy convencido que en la mayor parte de los casos, por no decir en todos, faltaban las manifestaciones específicas en los sitios recónditos. Despues he practicado numerosas observaciones termométricas, y he concluido que la fiebre es intensa y precede á los hechos locales. Estos resultados, por mí obtenidos, coinciden precisamente con los de Wunderlich, Trousseau, Faralli, Labadie-Lagrave. La fiebre alcanza rápidamente una cifra de 40.º C., y se mantiene á esta altura por 3-4 dias; desciende despues un par de grados ó baja hasta la cifra normal. Las exacerbaciones de la fiebre coinciden ó con una nueva localizacion de la enfermedad, ó con complicaciones. Yo he hecho centenares de observaciones sobre su curso, y he podido formular los corolarios siguientes:

1) La altura de la fiebre no dice gravedad del mal. Casos de difteria catarral, formas típicas no graves, pueden acompañarse de temperaturas muy elevadas, 40.º C. y más; viceversa, casos gravísimos pueden desenvolverse casi apirécticamente ó con temperatura que sea tambien inferior á la normal.

2) El descenso gradual de la temperatura es un carácter precioso, porque la persistencia de la fiebre demuestra que se sostiene la enfermedad, ó que sobrevienen recidivas ó complicaciones, ó manifestaciones en otros sitios.

3) Hay ascensos febriles sin razon aparente, y á veces la investigacion queda frustrada. En otros términos, no es posible indagar siempre la causa verdadera de este aumento. Despues que la fiebre ha cesado, puede haber una nueva elevacion de la temperatura, que dura un dia y despues concluye.

4) El descenso de la temperatura cuando se verifica al mismo tiempo que la difusion del proceso, con síntomas adinámicos, es el precursor de la muerte.

5) En ciertos casos hay períodos de euforia, y cuando se cree en una mejoría, se vuelve á principiar.

De lo que se deduce que la fiebre y su ciclo, si no tienen una importancia pronóstica, la tienen seguramente para el curso, y pueden advertirnos ó manifestaciones en órganos ocultos, especialmente en los riñones, ó complicaciones. En conclusion, la fiebre preexiste, es compañera casi constante de la angina diftérica, y son bastante raros los casos de difteria sin fiebre.

6) *Albuminuria*. Sin extenderme á hablaros de la historia clínica de este importante fenómeno, os diré que distingo tres formas.

1) Una precoz, desde el primer momento de la enfermedad, y que se encuentra por el análisis químico, y no con el microscópio. Esta albuminuria parece que justifica hasta cierto punto la opinion de nuestro ilustre profesor Semmola: quizás por la grave infeccion, la albúmina no se asimila, queda en estado bruto, y se filtra por los riñones. No tiene significado alguno pronóstico, y es fugaz.

2) La albuminuria del segundo período, que tiene la misma importancia de la precedente, en cuanto que es tambien una filtracion, aunque deja ver alguna vez al microscópio cilindros fibrinógenos y epiteliales, confirma, sin embargo que el organismo está sometido á la infeccion.

3) La albuminuria de la convalecencia indica lesiones anatómicas renales importantes; se trata de una forma crupal que puede descubrirse por el exámen microscópico. Esta albuminuria no suele anunciarse ni con anasarca, ni con uremia. Bergeron y Moizard observaron una vez edema pulmonar, y

otra accesos eclámpicos. Al microscópio se notan cilindros fibrinógenos hialinos, en parte degenerados. Rara vez hematina.

c) *Exudado*. Notaré que puede faltar ó ser escaso, pero esto no significa benignidad del proceso, y puede representar en estos casos la llamada difteria *sine diphthera*. Puede aparecer en otros puntos despues de las fáuces: en la laringe, en la nariz, en la tráquea, en los brónquios, escepcionalmente en el exófago, en los conductos lagrimales, en la conjuntiva, en las fosas nasales cuando el punto de partida es la nariz: puede aparecer en los pezones, en las soluciones de continuidad de la piel, y en las mucosas expuestas al aire.

d) *Erupciones*. Con la difteria pueden coincidir erupciones cutáneas fugaces, que no descaman nunca, las que los ingleses llaman *rash*; es importante considerarlas por las relaciones que la difteria tiene con la escarlatina, puesto que pudiera ser motivo de engaño. En el período tardío se ha observado una forma de pénfigo de la cara.

e) *Infarto glandular*. Suele encontrarse en dos formas diversas: la inflamatoria y la infectiva, que es producida por la infiltracion sero-purulenta del tegido celular peri-glandular. La primera tiene valor pronóstico favorable, la otra importa muchísimo y es de significacion bastante grave.

f) *Anorexia*. Distinta de aquella que acompaña á la invasion de la enfermedad con la fiebre, y que no merece larga discusion, es la tardía en grave síntoma de la infeccion. Apénas se necesita añadir que es preciso no confundir la dificultad de deglutir con la falta de apetito; la primera nunca es tan acentuada que produzca la inedia; la otra es grave, rebelde, invencible. Hay tambien una anorexia de la convalecencia, de significacion pronóstica no menos grave que la precedente.

g) *Disfagia*. En los niños de tierna edad no se advierte, ni se revela: predomina en las formas inflamatorias, y puede depender tambien del infarto glandular, de la infiltracion de las partes, que dificulta los movimientos libres. Pero, tambien puede faltar con un grave proceso local, así en los niños, áun observando libre la deglucion, conviene inspeccionar la gar-

ganta, especialmente en tiempo de epidemia. Esta disfagia ó no es la expresion de la infeccion, ó es siempre menos grave que la misma infeccion, y en vano os fundariais en ella para establecer un criterio diagnóstico de alguna importancia; en el segundo período del mal, esto es, en aquel en que los exudados aparecen, se reproducen y multiplican sin que predomine la forma inflamatoria, ó cesa del todo ó se reduce á mínimas proporciones.

Del curso y de las terminaciones os hablaré en otra conferencia.

LECCION DECIMA.

V.

Curso, Complicaciones, Terminaciones, Fenómenos póstumos (Parálisis post-diftéricas).

Resúmen.—Curso ordinariamente agudo: alguna vez crónico.—De esto no se puede deducir criterio alguno para el pronóstico.—Complicaciones: pulmonía, nefritis, poliartritis, endocarditis.—Terminaciones: curacion, muerte ó por estenuacion, ó por síncope cardiaca, ó por parálisis póstumas.—Estudio particular de las parálisis.—Son generalmente motrices.—Respecto al sitio y á la frecuencia hay que mencionar las del velo, de la faringe, de los músculos del ojo, de los miembros, de la laringe, del tronco, de la vejiga, del recto.—Por lo general, no corresponden á la gravedad del proceso: se verifican en la proporcion del 10 por 100: lo más comunmente aparecen en la convalecencia: ordinariamente 2-3 semanas despues de la infeccion, algunas son patognomónicas.—Desaparecen en el órden en que se presentan.—Parálisis del velo.—De que depende segun Gerhardt, segun Mackenzie.—Trastornos que ocasionan en la fonacion, en la respiracion, en la deglucion, en la nutricion general, especialmente si se añade la parálisis de la sensibilidad de la laringe.—Parálisis de este órgano y trastornos funcionales que determina.—Parálisis de los músculos del ojo.—Opiniones várias.—Debilidad muscular, pérdida de la sensibilidad táctil y térmica de las extremidades inferiores.—Debilidad de los esfínteres anal y vesical.—Parálisis de las extremidades superiores, de los músculos del cuello, de los del tronco.—Trastornos auditivos.—Opinion de Jackson.—Estudios histológicos de Charcot y Vulpian, de Oertel, de Meyer.—Experimentos de Ziemssen, Bartels.—Observaciones de Meyer.—Cual es la opinion más aceptable.

SEÑORES:

Por lo que os he dicho acerca de la sintomatología de la angina diftérica, habeis comprendido ya que su CURSO es agu-

do. Precisamente sabemos que la forma típica puede traspasar la primera semana, y alargarse hasta la segunda, mientras la forma abortiva y la catarral pueden desaparecer en pocos días. Pero conviene tener presente que á veces la forma catarral no es más que el principio de otra que puede ser más grave, y me detengo sobre este punto para deciros que, si hemos estudiado aisladamente por una parte la forma típica, la cual podía terminar por la curacion ó por la muerte, y por otra, las formas malignas, no hay que creer que estas últimas desde el principio aparecen siempre malignas; lo contrario sucede. El curso es engañoso, y al principio se puede creer que hay que tratar un mal leve, mientras despues se agrava, y al fin mata al enfermo. Así pues, tenemos un *mínimum* de cuatro á cinco días, y un *máximum* que no podemos precisar, en que es necesario contar con las recidivas, no del proceso, sino del exudado; lo que quiere decir que, cuando esperábais la curacion viendo desaparecer la falsa membrana, al cabo de uno ó más días se recrudece la fiebre, y reaparece el exudado. Conviene contar con el cronicismo, al cual puede ir á parar la angina diftérica; pueden suceder otras COMPLICACIONES, la pulmonía, la nefritis, una especie de poliartritis reumatoidea que elige las grandes y medianas articulaciones, la endocarditis, que algunos hacen depender de la emigracion de colonias de schizomicetos, y los fenómenos póstumos, especialmente la parálisis, de la que debemos ocuparnos. Añadid que á veces el proceso, empezando limitadísimo, se estiende no solo á las fosas nasales y á la laringe, sino á los labios, á las encías, á las conjuntivas, en suma, á todos aquellos sitios de que os he hablado. En otros términos, esto significa que vosotros no podeis precisar el curso de la enfermedad, porque no podeis preveer las fases que este proceso es capaz de revestir, ni en sus manifestaciones locales, ni en sus manifestaciones generales.

Os he dicho tambien que las TERMINACIONES de la enfermedad son: la curacion, y os espliqué el modo; la muerte y ciertos fenómenos póstumos, de los cuales deberemos ocuparnos. Os recuerdo que la muerte puede depender de varias

causas; una bastante frecuente, es el síncope; sabeis todos las teorías que han tratado de explicar la trombosis cardiaca. Se puede morir, sin embargo, en medio de síntomas tifoideos, con el coma, con la postracion, síntomas que revelan la grave intoxicacion de la sangre. Se puede morir por los fenómenos póstumos, que están representados principalmente por el estado de estrema postracion de las fuerzas, por el esceseivo grado de debilidad muscular y por las PARALISIS PÓSTUMAS. En estas me detengo, y sobre ellas llamo toda vuestra atencion, porque muchas veces habeis superado felizmente la faz aguda de la enfermedad, y se os presentará un problema muy difícil, interesante en cuanto al tratamiento y en cuanto á la manera de interpretarlo.

Os diré ante todo que estas parálisis sucesivas de la difteria, esta parálisis post-diftéricas, son principalmente motoras; pero escepcionalmente se han observado algunas parálisis aisladas de la sensibilidad; por ejemplo, disminucion de la sensibilidad cutánea y de la sensibilidad muscular, abolicion de la sensibilidad térmica. Recuerdo que un distinguido médico me hablaba de este hecho observado por él en otro colega que habia tenido la difteria; el único fenómeno póstumo fué la abolicion de la sensibilidad térmica, que quedó aislada. Otras veces tenemos anestesia laríngea por parálisis del laríngeo superior; y á veces un grado especial de perturbacion del sentido del oido, sobre la cual volveré cuando os haga el estudio detallado de estas parálisis.

Respecto al sitio, las parálisis de la motilidad se pueden clasificar en el orden siguiente: parálisis del velo del paladar y de la faringe, parálisis de los músculos del ojo, de los de la laringe, del tronco, de la vejiga y del recto.

Comencemos este estudio que yo para mayor inteligencia de la cosa divido en tres párrafos: 1) generalidades sobre las parálisis del movimiento, esto es, consideraciones clínicas que se pueden aplicar indistintamente á las parálisis, cualquiera que sea su asiento; 2) sintomas pertenecientes á las parálisis localizadas; 3) estudio de las lesiones anatómicas que pueden darnos cuenta de ellas.

1) Ante todo conviene saber que las parálisis po-diftéricas no están en relacion con la gravedad del proceso, esto es, pueden suceder á formas ligerísimas, y pueden faltar en formas gravísimas. Verdad es que en estas últimas teneis que temerlas, y podeis preveerlas; pero la relacion está lejos de ser constante, y en vano dormireis tranquilos despues de la cura de un caso ligerísimo de angina diftérica. Estas parálisis se verifican en una proporcion aproximativa del diez por ciento, quiero decir que no son constantes fenómenos póstumos de todos los casos de diftéria. Proposicion que se desprende expontáneamente de lo que ya os he dicho. Naturalmente si contásemos los casos letales, quizá esta cifra pudiera aumentarse; pero por lo que enseña nuestra observacion, podemos sostener que de los convalecientes de la diftéria, el diez por ciento, ó poco más, sufre síntomas de parálisis póstuma.

Las parálisis son parciales ó completas, limitadas ó difusas y generalmente aparecen en el período de la convalecencia; cosa interesante de saberse, porque vosotros no podeis dejar de vigilar al enfermo cuando ha desaparecido el exudado. Es la regla que las parálisis post-diftéricas aparezcan desde las dos á las cuatro semanas despues de padecida la infeccion; pero excepcionalmente pueden comenzar á manifestarse, cuando la enfermedad se acerca á su fin, y retardar su aparicion hasta dos meses despues. Algunas de estas parálisis son tan características de la enfermedad, que basta encontrarlas para decir su causa. Ciertamente no habreis olvidado aquella niña que pocos dias haee teníamos en el dispensario, la cual presentaba signos de parálisis del velo y de la faringe. Nosotros, antes de preguntar á la madre, pudimos afirmar que habia tenido la diftéria; como era la verdad, y precisamente porque la parálisis del velo y de la faringe se verifica expontáneamente despues de la diftéria, y excepcionalmente por otras causas; bien entendido cuando not iene un carácter miogénico, esto es, que sea debida á la infiltracion edematosa de los músculos por grave proceso inflamatorio. Los músculos que no obedecen ya á la funcion á que están destinados, responden debilmente á la excitacion de la corriente eléctrica, sea la fará-

dica, sea la galvánica. Mas importa saber que estas parálisis se suceden con un orden regular, hasta constante, en el sentido que las parálisis del velo y de la faringe preceden casi siempre á las de los músculos del ojo, de las estremidades, etc. Así en el periodo de curacion, dichas parálisis desaparecen en el mismo orden en que han aparecido, al cabo de un periodo que oscila entre uno y seis meses.

La constancia, el predominio de la parálisis de los músculos del velo del paladar, ha acreditado ciertas teorías, que sin embargo quedan combatidas por otras observaciones clínicas ó experimentales. Por ejemplo, Gerhardt ha querido sostener que el predominio de la parálisis de los músculos del velo y de la faringe se esplica por la accion directa y más próxima de los productos patológicos que parten de las fáuces. La diftéria tiene predileccion por el istmo y la pared posterior; pero esta relacion entre causa y efecto se ha exagerado, hasta decir que la parálisis puede atribuirse á la lesion anatómica primordial.

Sin embargo, es importante recordar que la parálisis de los músculos del velo se verifica tambien cuando la diftéria no ha tenido su asiento en las fáuces; supongamos el caso de una difteritis cutánea, y que una atenta observacion, ó por mejor decir, una vasta observacion de los casos prueba que esta precisa relacion no es tan constante como se quería hacer creer. Yo podria citaros casos de angina diftérica, en los cuales la parálisis del velo apareció despues de la de las estremidades. Ahora conviene cambiar de parecer y más de buena gana admitir la opinion de Mackenzie, que enseña una particular predisposicion que tendrian á enfermar los gánglios del simpático, los cuales animan los músculos del velo y de la faringe, es decir, una interceptacion en la funcion del gánglio de Meckel. En fin, este estudio general, esta mirada rápida que damos á las parálisis del movimiento, debe terminar con la consideracion de que las dichas parálisis tienen á veces el carácter alternante, especialmente la de los músculos del ojo, por lo cual un dia hay parálisis del adductor, otro parálisis del óculo-motor.

2) Descendamos un poco á los detalles, esto es, estudie-
mos los síntomas que corresponden á cada parálisis.

Parálisis del velo y de la faringe.—Vosotros adivinais
los síntomas funcionales; son perturbaciones que se verifican
en las funciones principales, á que está destinado el velo del
paladar.

a) Alteraciones del timbre de la voz: resonancia nasal:
todas las sílabas, todas las consonantes que reclaman una
oclusion completa de la cavidad naso-faríngea, adquieren tim-
bre nasal; y las voces *debo, pido, etc.*, se convierten en *denno,*
pino, etc.

b) En la respiracion, el velo que oscila pasivamente, im-
pulsado por la columna de aire ascendente y descendente, pro-
duce un rumor especial.

c) Los alimentos son regurgitados por las fosas nasales,
y particularmente los líquidos, porque falta la oclusion de la
cavidad naso-faríngea, sin decir que el aire, huyendo al través
de dicha cavidad, no puede hacer que los carrillos se dilaten
cuando se quiera, y por la parálisis de los músculos constricto-
res de la faringe, el poder de la espuicion está anulado, por
lo cual las mucosidades se estancan, se acumulan, y á veces
son causa de una tos obstinada, pertinaz, sofocante. A la ins-
peccion, claramente notais los síntomas de la parálisis del ve-
lo del paladar, esto es, lo veis pasivo, moverse apenas bajo
el influjo, no de los músculos, sino del aire espirado é inspira-
do; y supuesto que esta parálisis es generalmente unilateral,
observareis que la úvula se desvia á uno de los lados, al más
sano. A veces comprobareis tambien pérdidas de la sensibili-
dad. La disfagia se hace grave en cuanto aumenta la desnui-
tricion del enfermo, privándolo del alimento, que en la con-
valecencia tiene que ser reparador, y tanto más cuando exis-
te parálisis laríngea, esto es, cuando los depresores de la epi-
glotis están paralizados y hay anestésia concomitante del ves-
tíbulo laríngeo; entónces fácilmente se deslizan en la cavidad
laríngea, partículas alimenticias; falta la potencia de especta-
rarlas con la tos, por lo cual fácilmente penetran en las vías in-
feriores y provocan una grave pulmonia de forma adinámica.

Si la parálisis laríngea de la sensibilidad y de los depresores, se une á la parálisis de los otros músculos laríngeos constrictores de la glótis, tendreis ronquera, afonía y á veces tambien cierto grado de dificultad en la respiracion, no porque los crico-aritenóideos posteriores tomen parte en el proceso (al contrario, más bien son respetados;) sino porque la tension de las cuerdas vocales es necesaria en los actos del esfuerzo para regular la columna del aire espirado; recordad que en los individuos rancos, el cansancio respiratorio es debido precisamente á la defectiva accion reguladora de la espiracion del aire. Apenas se necesita decir que con el laringoscópio descubrireis los signos objetivos de la parálisis unilateral ó bilateral de los músculos afectos.

He dicho que los *músculos del ojo* suelen ser tambien asiento frecuente de la parálisis por efecto de la difteria. Los trastornos visuales á consecuencia de la parálisis de los músculos del ojo, no tocan á la potencia visual en sí; quiero decir, que los individuos afectos de ella, conservan la propiedad de distinguir á distancia objetos y personas; en cambio, empiezan por no poder leer los caracteres pequeños; y si se esfuerzan, se cansan fácilmente, tienen deslumbramiento; si la parálisis aumenta, hay estrabismo, diplopia y vértigo por parálisis del óculo-motor. Segun Gerhardt, más que de una hipermetropia se trataria de una parálisis alternante, especialmente de los aductores y de los óculo-motores. Donder, ha tratado de explicar estas alteraciones visuales por falta de acomodacion consecutiva á la parálisis de los músculos ciliares, esto es, parálisis de las partes inervadas por el ganglio lenticular del simpático. Al contrario, Bouchut, despues de numerosas observaciones oftalmoscópicas, tiende á admitir una verdadera neuro-retinitis, habiendo observado aplanamiento y alargamiento difuso de la papila, esteatosis difusa de la ramificacion del nervio óptico. Esta neuritis tiene un curso ascendente, esto es, su punto de partida está en las fáuces.

Las *extremidades* se paralizan tambien frecuentemente. No se trata solamente de debilidad de los músculos de los miembros inferiores, que son los primeros atacados, sino de

un defecto de coordinacion en los movimientos, que, á mi modo de ver, tiene gran analogía con la ataxia locomotriz. Efectivamente, estos enfermos presentan anestesia cutánea; y por una parte, á causa de la debilidad muscular, y por otra, á causa de la falta de la sensibilidad tactil, estos individuos con los ojos cerrados se mueven trabajosa y desordenadamente. Los círculos táctiles en estas circunstancias se muestran alargados, hay disminucion de la sensibilidad térmica. Al principio estupor y hormigueos, rara vez dolores ó hiperestesia; más tarde temblores, incertidumbre, disminucion de la potencia muscular. Los músculos verdaderamente están flojos, y responden debilmente á la escitacion eléctrica.

Cuando á la parálisis de los miembros inferiores se une la de los *esfínteres de la vejiga, y del recto*, se escapan involuntariamente la orina y las heces. A la parálisis de las estremidades inferiores puede seguir la de las superiores, y como para la progresion, lo que más difícilmente se consigue en casos semejantes, es el cumplimiento de ciertos actos delicados que reclaman la exacta nocion de la relacion de las diversas partes. Así estos individuos difícilmente logran abotonarse ó anudar su corbata, y tienen necesidad de ayuda para cumplir los actos más necesarios de la vida.

A veces la parálisis se estiende á los músculos *del cuello* y á los *del tronco*. La parálisis de los *músculos del cuello* se adivina fácilmente; no es posible elevar ni volver la cabeza, que cae inerte hácia adelante, hácia atrás ó hácia uno de los lados. En la parálisis de los *músculos del tronco*, obligado el enfermo á permanecer en la cama, tampoco puede moverse, y si toman parte tambien los *músculos de la respiracion*, habrá disnea, la que será más grave cuando se una la parálisis del *frénico*. Creo, señores, que la interpretacion de ciertos casos de muerte por parálisis cardiaca, debe aceptarse á beneficio de inventario. Segun lo que enseñan las investigaciones anatómo-patológicas sobre las causas materiales que explicar pudieran esta parálisis, el nervio frénico está interesado con alguna frecuencia. Cuando la parálisis del frénico se une á la parálisis de los músculos internos, y despues á la de los músculos de

la laringe, teneis ya bastante para explicaros la angustia, la disnea y la muerte por asfixia. Quiero decir con esto, que muchos casos que se toman por parálisis cardiaca, se deberian clasificar bajo la denominacion de parálisis respiratoria; puesto que si la trombosis cardiaca es causa de muerte en el curso de la enfermedad, no parece que haya sido comprobada con la misma frecuencia en el curso ulterior; por lo que debemos aceptarla con toda reserva.

Os he indicado la posibilidad de algunos *desórdenes auditivos*, y no puedo estenderme más allá de estas pocas noticias que os consagro. El doctor Jackson ha hablado de cierto obstáculo al poder apreciador de los sonidos agudos, que se verifica en ciertos individuos, de una manera análoga á cuanto vemos suceder en la parálisis del ojo. Se trataba de un desorden especial, consistente en que aquellos que lo padecen no pueden apreciar todo el valor de las notas musicales. Jackson hizo esta observacion á propósito de un médico que despues de la difteria, aunque podia comprender lo que se le decia, habia perdido el poder de apreciar bien los sonidos musicales.

Queda así completada la segunda parte de nuestro estudio, nociones generales, nociones especiales.

3) Ahora nos resta la última muy importante, esto es, la de saber cuales son las lesiones anatómicas que producen estas parálisis. Hay lesiones materiales apreciables? Cuando os bosquejé la historia de la enfermedad os dije que algunos autores habian hablado de la parálisis diftérica desde tiempos remotos, y que ésta nos indicaba que ellos habian conocido la difteria. Os hablé de Celio Aureliano, de Severino, de Ghisi y de Chomel el viejo. Posteriormente Trousseau y Maingault se ocuparon detenidamente de este estudio, y despues Main-sord y Ghinozzi, Vulpian, Charcot, Buhl, Meyer, Oertel y otros, han hecho numerosas investigaciones, de las cuales os diré brevemente la parte más interesante, para sacar este corolario, que la inscontancia ó la ausencia de las lesiones nos deja en la oscuridad. Charcot y Vulpian, han hallado vacíos los tubillos de la sustancia medular, y el neurilema que contenia

numerosas células granulosas, de forma elíptica, y en algun caso con núcleos. Buhl, fué el primero que habló de extravasaciones sanguíneas, ya en la sustancia cerebral, ya en el neurilema. Él habla tambien de ciertos abultamientos que los nervios presentaban en sus raices, y de la presencia de células linfóideas y de núcleos en las vainas. Oertel ha insistido siempre más sobre estas extravasaciones sanguíneas en las vainas de los nervios.

P. Meyer acredita la opinion de que la parálisis diftérica pueda ser preferentemente de origen periférico, en cuanto que por numerosas investigaciones está de acuerdo con lo que nos han enseñado Ziemssen y Bartels, los que han probado experimentalmente que la escitacion eléctrica del radial y del cubital disminuye hasta un cierto punto á partir de la perifería, y la central se conserva. Segun Meyer, la alteración predominante está en los troncos nerviosos, ligera en los mayores, grave en las raices de la médula espinal. La accion morbígena se ejerce de preferencia sobre la perifería (nervios musculares y cutáneos), pero en un caso en que estaba atacado el nervio frénico, Meyer encontró descomposición de la médula, multiplicación de los núcleos de la vaina de Schwann, destruccion total de las fibras nerviosas, trasformacion en células gránulo-grasosas; en otros términos, los caracteres de una neuritis parenquimatosa. Una curiosa especialidad fué la formación de abultamientos nodulares en las vainas de los nervios, constituidos por tegido celular laxo, y por numerosos elementos celulares que produjeron una compresión de la sustancia nerviosa, y por esto la metamórfosis, la degeneración en células gránulo-grasosas; las alteraciones, pues tenían más carácter degenerativo que inflamatorio. Con estas lesiones anatómicas forma contraste la falta de toda lesion en casos bien comprobados de parálisis. Pues si la parálisis existe, cuando los centros y los troncos nerviosos están sanos en algunas emergencias, mientras en otros la lesion es polimorfa, es muy justo que nosotros saquemos por corolario, que ella no está todavía bien precisada en su verdadera esencia. Quizá cuando la parálisis es ligera y se resuelve (porque os he di-

cho que al cabo de dos, tres, cuatro, cinco semanas, estas parálisis desaparecen en el orden en que se habian presentado) se deba pensar en una alteración pura y simple de la conductibilidad nerviosa; cuando es grave, pudiendo existir una de aquellas alteraciones de que os he hablado, á ella deberemos atribuirlo. Recordad que las parálisis post-diftéricas pueden llegar á un grado de gravedad extrema, pueden llevar al enfermo al borde del sepulcro; y mientras en unos casos, haciendo un pronóstico feliz, vereis morir asfítico al paciente por la parálisis del diafragma, por la intercostal y por la de la laringe; en otros (afortunadamente los más numerosos) todo desaparece y se vuelve al estado primero. Es necesario, pues, que fijeis toda vuestra atención para prevenir y curar estos desórdenes póstumos, tan interesantes para la ciencia, tan amenazadores para la humanidad.

LECCION UNDECIMA

VI.

Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento.

Resumen.—**Diagnóstico.**—En general es fácil.—Puede no serlo si el exudado es escaso, superficial, modificado en sus caracteres, ó si falta, ó si está escondido. Criterios que deben atenderse. Como se diferencia la angina diftérica de la tonsilitis reumática aguda, del herpes guttural, de los condilomas planos, de la escarlatina. Obstáculo al diagnóstico es alguna vez la dificultad de abrir la boca. Como se puede vencerla.—**Pronóstico.**—Criterios sobre los cuales se debe formar.—**Terapéutica.**—No hay remedios seguros, ni específicos de esta enfermedad.—A veces no basta el intervenir pronto. Como trataremos este capítulo.

SEÑORES:

Afrontamos una cuestion práctica de gran interés, la del diagnóstico, pronóstico y terapéutica de la angina diftérica.

El DIAGNÓSTICO se puede decir, en general, que es fácil, porque se funda en ciertos signos bastante patognomónicos de la enfermedad, es decir, en la presencia del exudado. Comprendéis, pues, que las dificultades diagnósticas se ofrecen, ó cuando el exudado no tiene signos bastante característicos, ó bien cuando otros procesos morbosos de diferente naturaleza revisten los caracteres del exudado diftérico. Las circunstancias en que el exudado puede inducir á engaño son dos: ó cuando es escaso, superficial, como lo hemos descrito en la

forma catarral; ó cuando falta ó está oculto en ciertas regiones, mientras prevalecen los síntomas generales. Entonces el práctico, preocupado con la escena fenomenológica que se refiere al estado general del organismo, puede engañarse, no hallando en la localidad la explicacion de los fenómenos, ó encontrando una lesion material que no satisface sus exigencias. Pero vosotros comprendéis, que la existencia de una epidemia y el criterio etiológico nos ayudan mucho para sacarlos de dudas. Yo no me cansaré nunca de recomendaros la inspeccion de las fáuces de los niños, especialmente cuando se desarrolla una fiebre intensa, y cuando reina epidémicamente la angina diftérica.

Sin embargo, he dicho que hay otros procesos locales que pueden simular la diftéria; es un diagnóstico diferencial ordinario que podemos completar en pocas palabras. Por lo comun, si se exagera el juicio, se confunde la tonsilitis reumática con la forma específica; debo deciros que, exagerando la frecuencia de los casos en las épocas de epidemia, me he encontrado muchas veces delante de enfermos creidos por otros prácticos afectados de diftéria, mientras en realidad se trataba de una tonsilitis inflamatoria simple. En estas circunstancias, es necesario atender al carácter de la fiebre. Os dije que tambien las formas leves de la diftéria suelen acompañarse de una temperatura más bien elevada, aunque la alta cifra á que llega, cae rápidamente en estas formas leves; ahora en las inflamaciones genuinas teneis una temperatura que rara vez pasa de 39° C., y sucede lo contrario de la diftéria, es decir, á medida que el tiempo pasa, si la tonsilitis viene á supuración, la fiebre se acentúa más; mientras en la diftéria hay una progresiva defervescencia termométrica. Además, atended á los caracteres locales, y recordad que en las formas inflamatorias simples el exudado es más líquido, se desprende fácilmente, y parte, más que de las criptas, de los folículos mucíparos que componen el conjunto de la glándula. Tened tambien presente un signo precioso, que en circunstancias dudosas puede valer bastante; esto es, la dificultad de separar las mandíbulas, que es frecuentísima en las formas inflamatorias,

y falta en las diftéricas. Cuidad de no confundir la dificultad que encontréis á inspeccionar las fáuces con la de abrir espontáneamente la boca. Este obstáculo á la separacion de las mandíbulas, que se acompaña de disfagia, es debido á la gran tension de las partes limítrofes, especialmente al infarto de los pilares, que duelen, cuando son estirados al alargar las mandíbulas.

Pero hay otras condiciones locales que pueden simular la angina diftérica; una de estas, es una afeccion bastante rara, la llamada hérpes gutural ó angina herpética; una erupcion de pequeñas vesículas que rompiéndose dan un exudado que fácilmente se concreta formando sutiles membranas, que tienen por carácter diferencial la facilidad con que se desprenden con un pincel, y despues no se extienden nunca más allá del punto de origen, al contrario de lo que sucede al exudado diftérico. Además se observa una erupcion de pequeñas vesículas herpéticas alrededor de los lábios; de modo que bastará recordar esto, que es posible, para evitar el error. En los libros no hallareis consignado que á veces se confunde la angina diftérica con la sífilis y la sífilis con la angina diftérica; pues bien yo he sido muchas veces consultado por individuos que me decian que desde 15, 20 ó 30 dias estaban padeciendo una diftéria que resistia á todos los tratamientos locales empleados.

La condicion que alguna rara vez pudiera engañar, inspeccionando sólo las fáuces, sería la erupcion de los condilomas planos, porque generalmente tienen un color opalino, sobre las emígdalas y á lo largo de los pilares se observan manchitas más ó ménos blancas, elevadas y rodeadas por una areola hiperénica. Mas apenas necesito deciros que no limito nunca mi exámen á la sola inspeccion de las fáuces; sabeis muy bien que la sífilis es una enfermedad apirética, que se acompaña desde muy pronto de infartos de los ganglios cervicales posteriores, y los condilomas planos se observan tambien en otras partes que no son fácilmente atacadas por la diftéria. Pero para no salir de los caracteres diferenciales locales, añadiré que en la diftéria se trata de un exudado que

está sobrepuesto á la mucosa inflamada, ú oculta otro grave proceso secundario. En las placas mucosas tenemos una hiperplasia y una hipertrofia de las papilas con multiplicacion de las capas epitaliales; el aspecto blanquecino de la localidad forma cuerpo con la misma mucosa, es parte de esta mucosa y no representa un exudado estratificado; porque en la diftéria, apesar de su íntima adherencia, podreis siempre desprender pequeños pedazos, y aseguraros que se trata de una exudacion, no de un proceso nutritivo alterado acompañado de infiltracion, como debemos considerar los condilomas planos.

Un último diagnóstico diferencial debemos hacer con la escarlatina; y os dije, cuando indiqué la identidad de los dos procesos, cuales eran sus puntos de contacto. Debo haceros notar que en tiempo de epidemia de angina diftérica, la forma anginosa inseparable compañera de la escarlina suele revestir los caracteres diftéricos. Por lo tanto, nos encontramos en una de estas condiciones: ó el individuo presenta fiebre alta con angina inflamatoria, y entonces convendrá permanecer en guardia, sospechando el exantema; ó con el exudado sobre la parte aparece tambien la erupcion cutánea, y en tal caso no quedan dudas de que la forma anginosa se refiera á la infeccion escarlatinosa. Si la escarlatina es evidente por sí, y sobre las tónsilas aparecen exudados, podeis, sin cometer un error patológico, declarar la forma anginosa de carácter secundario, así como vemos en la epidemia actual.

Las mayores dificultades se darán en aquellos casos en que falta la erupcion cutánea, los casos de escarlatina *sine exantemata*, de escarlatina *frustre*, como decia el inmortal Trousseau. Pero si el exudado tonsilar predomina, sería una sofistería sostener que la escarlatina era el fundamento del mal. Y si el exantema existe, cede el punto á la angina diftérica, que deja de ser una expresion sintomática del proceso principal.

Antes de concluir este artículo importante del diagnóstico, debo haceros tambien reflexionar que á veces éste no puede ser completo, sino despues de un atento exámen laringoscó-

pico y rinoscópico. Os he dicho que el asiento predilecto del exudado diftérico son las tónsilas, los pilares, la laringe, pero á veces estas partes quedan en segunda línea, y los fenómenos iniciales se verifican en sitio recóndito, que hoy descubrimos por medio del laringoscópio y del rinoscópico. Comprendo que tratándose de niños, la exploracion, como os lo indico, es bastante difícil, pero vosotros hareis todo lo posible para efectuarla. Y puesto que estamos hablando de este exámen directo, os daré algunas reglas que os ayudarán mucho en la práctica, cuando tengais que resolver el árduo problema de hacer abrir la boca á un niño. Muchas veces es este un grave problema, que se confía á los especialistas. Yo he sido en ocasiones llamado para abrir la boca á un niño con la súplica de llevar conmigo todos los *abre-bocas*. Vosotros que os dedicais á la práctica de la cirujia, sabeis bien que poseemos *abre-bocas* de diversos autores, que sirven para separar las mandíbulas anquilosadas, ó para permitir que el operador pueda maniobrar en campo libre, teniendo abierta la cavidad oval. Estos instrumentos suponen ya resuelto el problema de que el enfermo abre voluntariamente la boca; y esto no es así. Vosotros debeis procurar que los dientes del enfermito se separen, porque entonces estará casi resuelta la cuestion, de poder ver en el fondo de la garganta, que es en donde nos enseña la patología que se anida el exudado diftérico. Comprendeis, pues, que más que á los instrumentos quirúrgicos, se necesita recurrir á las astucias que la práctica enseña. Por ejemplo, los niños provistos de dientes son los que nos presentan mayores dificultades; no solo porque, siendo mayor su fuerza muscular mayor será la resistencia que opongan; sino tambien porque estas maliciosas criaturas, aunque se les obture la nariz, siguen respirando al través de los intersticios de los dientes, y vosotros quedais burlados. Recordad que en estas circunstancias faltan los últimos dientes molares, y que podeis de cualquier modo penetrar detrás de las muelas hácia la comisura labial. Teniendo la boca cerrada es natural que los primeros molares se toquen, pero despues de ellos queda un espacio que no está todavia ocupado por los dientes en via de formacion;

aquel es el camino que debeis seguir, y á veces conseguís vuestro objeto de una manera vulgar, que yo he aprendido de los padres, esto es, oprimiendo fuertemente los carrillos en la region que corresponde á los segundos molares; la mucosa, introduciéndose en los arcos dentarios, queda comprimida, los niños sienten dolor y abren la boca. Si esto no es posible, debeis escojer cualquier momento en que el niño respire ó llore, é introducir el mango de una cucharita, que nunca sabré recomendaros bastante. Los ordinarios depresores de la lengua son demasiado grandes para poder deslizarlos por este estrecho camino, sin deciros que se convierten fácilmente en medios de difusion de la enfermedad. Por lo tanto á la utilidad del pequeño instrumento improvisado, y que toda familia tiene, si no de plata, de metal menos noble, se añade una medida profiláctica de grandísima importancia, esto es, que el instrumento de que os servís queda para el uso exclusivo de vuestro enfermito. Otras veces conseguís que abran la boca haciendo cosquillas con una barba de pluma ó con un pincel en las fauces. Pero recordad que esta inspeccion debe hacerse al vuelo, y en vano intentareis del paciente aquella facilidad de observacion que con la intervencion de la propia voluntad dan aquellos que frecuentan nuestro dispensario. Recordareis que la luz difusa del día no basta para haceros adquirir un concepto preciso de las lesiones que están situadas detrás de los pilares, detrás de la superficie posterior del velo del paladar, cuando apenas se puede descubrirla; de aquí la necesidad de proveeros de una bujía, de un cerillo, de un medio cualquiera de iluminacion artificial, porque así concentrareis la luz en el punto que querais observar.

El PRONÓSTICO de la diftéria no se puede formular en términos absolutos; y si yo estoy en el mayor embarazo ahora que trato de compendiar las leyes principales, á las que debemos atenernos, no menos embarazados que yo están los tratadistas que suprimen ó falsean este capítulo. Ante todo conviene considerar que el carácter de la epidemia dominante es uno de los principales elementos pronósticos á los que conviene atender. Por desgracia lo sabemos prácticamente. Aquí

en Nápoles, donde la diftéria combate hace doce años ó más, hay estaciones, en las que se observan pequeñas epidemias que revisten caracteres diversísimos. A veces se consigue salvar 70, 80 por 100, otras no podeis llegar siquiera á curar la mitad. Y es una proposicion bastante verdadera, que los datos oscilan muchísimo, hasta alcanzar un *máximum* de 50 por 100 de pérdidas ó de curaciones, que significa lo mismo. Por esto el carácter de la epidemia puede servir de guia aproximativa en el juicio pronóstico, que bien sabeis cuánto importa al médico y cuánto interesa á las familias, que os consultan ciertos hechos solo para saber vuestra opinion; en casos especiales este pronóstico debe ser todavía más reservado, porque la forma del mal está lejos de mantenerse constante en todo el curso. Os dije que comenzaba con una forma leve, y acaba con una grave. Vosotros, pues, no podeis confiar en el ciclo del proceso morboso, debeis juzgar por los hechos que se presentan, y estos son engañosos.

A parte de estas reservas, que os habrán enseñado que la angina diftérica es una enfermedad gravísima, el pronóstico en línea científica podemos modelarlo sobre las fases, la forma y la estension del proceso morboso. Necesito deciros que un niño que presenta enorme infarto ganglionar, aquella tumefaccion blanda, pastosa, infectiva, debida á la infiltración sero-purulenta del tegido celular subcutáneo y peri-glandular; aquel niño que presenta epistaxis, petequias, coma, falsas membranas estensas, es un niño que dulcemente marcha camino del cielo? En estas emergencias el pronóstico es gravísimo, los fenómenos generales caminan al mismo paso que los locales, la estension del exudado dice gravedad de la enfermedad, como lo dice la escena sintomatológica. Cuidad que á veces hay desproporción entre los fenómenos generales y los locales; y bien, en estas contingencias, si sobre los hechos locales prevalecen los generales, en el sentido de una amenazadora adinamia, el pronóstico debe ser grave. Vice-versa, si el exudado es difuso, pero los caracteres generales son buenos, el niño está animado, siente apetito, no tiene lipotimias, ni infarto ganglionar considerable, ni presenta albúmina en los ori-

nes, vosotros podeis mitigar vuestro juicio. Pues que en general conviene ser reservadísimos tratándose de una enfermedad grave; en los casos especiales podemos modelar el pronóstico sobre los fenómenos generales, que, si son graves y marchan á la par con los locales, atestiguan siempre la gravedad del mal; si faltan, mientras el exudado es bastante difuso, dan cierta esperanza; y si predominan sobre los locales, tanto que nos presentan una escena sintomatológica claramente adinámica, nos autorizan á agravar todavía más el juicio pronóstico, aunque los hechos locales nos permitan concebir esperanzas. No olvideis tampoco que hay casos ligeros que se malignan rápidamente, y vice-versa, individuos abandonados por nosotros como muertos, que milagrosamente resucitan; prueba clara de la gran potencia de la fuerza medicatriz.

Llegamos ahora al TRATAMIENTO, y adivino el ánsia con que habeis esperado que llegásemos á este capítulo tan importante para la ciencia y para la humanidad. Pues bien, este estudio terapéutico convendrá hacerlo con un poco de esmero y de paciencia para completar algo las noticias que os he dado sobre la patología y sobre el concepto patogénico de la angina diftérica.

Debo empero, señores, comenzar con algunas protestas; la primera de ellas es esta, que desgraciadamente, apesar de una experiencia de 12 años, apesar de estudios continuos sobre la curacion de la angina diftérica, yo no puedo presentaros medicamentos en los cuales podais fundar vuestras esperanzas. Y os ruego que procureis convencerlos, para evitar los errores que comete el vulgo de los médicos, de que á veces el no intervenir á tiempo ha sido la causa principal de la muerte. Verdad es que segun el modo como miramos la cuestion, una cura pronta y bien dirigida, puede mucho; pero no podemos formular en términos absolutos nuestro juicio, en el sentido de que se muere de angina diftérica, solo por que se retarda algunos dias la cura local.

Otra protesta es que en todas las enfermedades graves, y si no absolutamente incurables, peligrosas por sí mismas, nosotros nunca encontramos el remedio específico. Esta es una

lucha con la ciencia, es una lucha con la lógica y con el buen sentido. Yo comprendo un tratamiento de la tísia, del cáncer y de la diftéria, no comprendo ni reconozco remedios específicos contra las mismas enfermedades. Y cuando veais publicados á són de trompeta en los periódicos los premios que las Sociedades, las Academias y las familias particulares intentan conceder á los que lleguen á descubrir un remedio contra la angina diftérica, reid, señores, como rio yo.

El secreto para poder alcanzar algo en el tratamiento de las enfermedades de difícil curación, consiste precisamente en concretar un método, consiste en el conjunto de ciertos particulares que el ingenio, la práctica y el buen sentido nos sugieren, cuando no se puede, como no podemos todavía en la diftéria, inocular con objeto profiláctico el virus diluido, ó uno parecido, como hacemos para la viruela, y como el profesor Perroncito ha hecho en los animales para el carbunclo. La prueba de lo que os digo la teneis en el número indeterminado de medicamentos que se han propuesto contra la angina diftérica, los cuales á veces se han acreditado sólo porque las estadísticas se redactaron con demasiada facilidad y poca conciencia. Cuando leais que se han registrado casos de curación de enfermos de diftéria tratados con sangrías, unguento mercurial, vejigatorios, creed solamente, señores, que en éstos la naturaleza ha superado á la enfermedad y á las malas artes del médico, y comprendereis que este gran secreto de la naturaleza medicatriz, que con un vocablo más de moda llamamos hoy potencias fisiológicas, es lo que en buena conciencia debemos reconocer en gran parte de ciertas curaciones que quizá equivocadamente nos atribuimos.

No digo que considerando la angina diftérica como una enfermedad infectiva, debamos permanecer expectantes, como en el tífus, el sarampión, la escarlatina, etc.; pero sostengo que á veces, apesär de los obstáculos que por nuestra ignorancia opongamus á la enfermedad, estas potencias fisiológicas salen completamente victoriosas. Fijarse en la estadística favorable de algunos medicamentos significa caer en la red, significa olvidar la diferente gravedad que la enfermedad puede

revestir, significa desconocer las lesiones anatómicas que alteran profundamente la crisis sanguínea. Añadid que la mayor parte de las medicaciones en boga se acreditaron sobre un error anatómico. Los que creyeron la angina diftérica una úlcera, una gangrena, una necrosis, pensaron en los cáusticos, ó mejor, en aquellos remedios modificadores locales que pudieran inducir una revolución en la localidad, y que pudieran facilitar la eliminación de los tejidos muertos, que no eran compatibles con los vivos, y activar la nutrición. Los que se dejaron imponer por una flogosis predominante recomendaron los estípticos, los antiflogísticos de todas clases. Cuando la forma infectiva general comenzó á abrirse camino, se recomendaron los remedios internos, y quizá se llegó á un período de nihilismo en la terapéutica local, á un período en que se decía: «tratad sólo el estado general;» miéntras, al contrario, cuando la teoría parasitaria ganó terreno, el tratamiento local con los parasitocidas se hizo una ley inexorable. Del ácido fénico al iodoformo, del clorato de potasa al permanganato se pasó alternativamente, y lo mismo con otros muchos medicamentos, á los que no haré el honor de mencionar.

Á veces reuniendo una medicación local ó una general, un medicamento novísimo y uno antiguo y desacreditado, se indicaron ciertos tratamientos con nombres especiales, tales como los de Lolli, de Oertel, de Bosisio y de tantos otros que, observadores ménos atentos, se cuidaron sólo de reunir algunos casos de curación y de proclamar el milagro. ¿Qué hacer en medio de tanto fárrago de opiniones y de drogas? Creo que para llegar á fijar bien los límites del tratamiento que creemos conveniente, se necesita enumerar brevemente, primero, los medicamentos, agrupándolos según su virtud general ó local, y después, sintetizar aquel método de tratamiento que juzgo más oportuno.

Pero faltándome el tiempo, dejo este estudio para la próxima conferencia.

LECCION DUODECIMA

VI.

Continuación del tratamiento.

Resúmen.—El tratamiento puede dirigirse al interior y al exterior.—

1) Tratamiento interno.—Sangrias (Home, Bretonneau).—Purgantes (Jenner, Berdt Howel).—*a*) Tónicos.—Hierro. Quina. Morfina. Cloral.—*b*) Específicos.—Mercurio. Bromuros. Bálsamo de Copaiba. Pilocarpina.—*c*) Antisépticos.—Hierro. Clorato de potasa. Acido salicilico. Salicilatos. Timol (Warren).—*d*) Espectorantes.—Poligala. Carbonato de amoniaco. Balsámicos.—2) Tratamiento local.—Hay un tratamiento abortivo?—Excisión de los tonsilas.—*a*) Cáusticos. Galvano-cáustica.—*b*) Astringentes.—*c*) Disolventes.—Agua de cal (Steiner, Massei).—Sacarato de cal (Sanné). Neurina. Bromo. Acido láctico. Papaina. Potasa. Sosa cáustica.—*d*) Antisépticos.—Acido fénico. Cloral (Ferrini). Azufre (Jodin) Iodoformo. Juglans nigra. Salicina (Conway). Quinolina (Runge). Benzoato sódico (Klebs, Letzerich).—Hielo.—Vapor acuoso.—Crítica de estos remedios y modo de usarlos.

SEÑORES:

Dije en la lección pasada, que el concepto patogénico sirve de base á diversas indicaciones en el TRATAMIENTO de la angina diftérica, y enumeré brevemente las teorías culminantes. Ahora es necesario revistar todos los remedios propues-

tos para indicarlos análogamente, y ver mejor lo que prometen y lo que dan.

Este estudio es interesantísimo, en cuanto os permitirá en la práctica saber comparativamente el valor de las várias medicinas propuestas, y cuáles son las que merecen mayor confianza. De otra manera vagareis en las incertidumbres, no sabiendo á cuál dar la preferencia, ó creyendo demasiado en las engañosas promesas de muchas drogas, alabadas con demasiada ligereza, y con el único objeto de presentar una estadística de algunos casos más ó menos graves.

En general la medicación contra la angina diftérica se puede dividir en interna y externa, ó general y local.

1) Vuelvo ante todo, por un momento, sobre la sangría y las emisiones sanguíneas, únicamente para deciros que este método fué defendido por Home y Bretonneau, con la intención de poder moderar el exudado, que entónces se creía de carácter fibrinóideo. Pero el mismo Bretonneau, poco contento de esta práctica, fué el primero en reconocer su error; y comprendió que basta recordar el carácter adinámico de la enfermedad y los éxitos funestos de esta práctica, para abandonar completamente las sangrias general y local.

La misma suerte tuvieron los purgantes, recomendados en el principio de la enfermedad, aunque por algunos con la indicación más racional, y con la idea de poder eliminar por el intestino el virus maléfico (Jenner y Berdt Howel). Señores, mayor atención merecen otros medicamentos, que yó, en honor de Mackenzie, clasificaré con él de la siguiente manera:

a) *Tónicos*.—Hierro, quina.—Los ingleses conceden gran valor al hierro, especialmente al percloruro, que debe ser neutro, á fin de evitar que dé mucho ácido hidrocórico libre. Se recomienda á grandes dosis, porque quizá en aquellos climas sea mejor tolerado. Máckenzie sostiene, que administrándolo á dosis elevadas hasta en los niños, el mal de la garganta disminuye, y se dispone el organismo para la lucha que por otro lado prepara la infección. Yo lo he administrado, pero no he visto sus tan decantados resultados; antes he notado gran intolerancia. Yo prefiero la quinina, pero se ha abusado de ella,

con la idea de combatir la infección y tonificar el organismo, pues se han dado varios gramos de quinina al día, hasta en los niños. Yo convengo con Mackenzie en que la quinina debe tener su indicación precisa; cuando hay vómito, dolor de cabeza, temperatura elevada, ó cuando se está en el período de reinfección, en cuyo caso obra mejor el sulfo-fenato, que se administra á dosis refractas y múltiples. La quinina se dá en dosis proporcionadas á la edad, nunca más de un gramo á los adultos.

Los médicos ingleses, que procuran completar el tratamiento en todos sus detalles y con todos los posibles recursos terapéuticos, colocan entre los tónicos la morfina y el cloral. Si hay insomnio y agitación, como estos trastornos funcionales son una causa de debilitación de las fuerzas del enfermo, ellos prescriben un calmante ó un hipnótico. No sé que haya utilidad alguna en el uno ó en el otro para prescribirlos: si el insomnio se presenta al principio de la enfermedad, entónces depende de la fiebre, y no hay cloral que valga; en el segundo período, cuando tememos la parálisis cardíaca, consejo más prudente es el de recurrir á los escitantes, que responden bien, así como en otras enfermedades infectivas acompañadas de delirio y coma, especialmente en el tifo, en la viruela, en el sarampion, etc.

b) Específicos.—Forman una clase que comprende todos los remedios á los cuales se atribuye la virtud de cortar ó abortar los fenómenos morbosos, virtud especial que se supone derivada de una acción compleja. El mercurio, recomendado por los médicos homeópatas, y el sulfuro de potasio, por los suizos, brillaron con luz tan pálida y fugáz, que borrados pronto como inútiles de la terapéutica, no se los ha vuelto á emplear, y no nos han dejado más que un recuerdo histórico. Los bromuros, el bálsamo de copaiba, la cubeba experimentaron alternativas varias; unas veces fueron elevados á las nubes, otras hundidos en el polvo. Yo he experimentado el bromuro, pero en ningún caso he obtenido de él efecto benéfico indudable, y así no puedo recomendároslo. La copaiba y la cubeba tuvieron mayor boga, y Trideau fué quien, fundándose

en la elección que estos medicamentos tienen por las mucosas, quiso aplicarlos al tratamiento de la diftéria: los resultados ni fueron felices, ni constantes, y bien presto se vió que á las indicaciones racionales no respondían los hechos.

Es necesario añadir un nuevo remedio palpitante, como se dice, de actualidad, y presentado con un crédito que por lo ménos hacía sublevar la conciencia: la pilocarpina. Os hablo especialmente de ella, porque por su doble acción sialagoga y sudorífica, se ha creído deber esperar la clave de la curación; y en razon de aquellas virtudes múltiples, yo la coloco entre los remedios específicos. Os hablo de ella porque, entre nosotros y fuera de Italia, la pilocarpina hizo gran ruido, y se le quemó incienso y se la elevó á un puesto de honor. Pero no se hizo más que tomar y publicar una lista de casos más ó ménos graves y espantosos, en que el remedio, se decia, habia obrado felizmente, y se entonaba el hosanna. Pero cuando vosotros buskais lo importante del experimento, el resultado final, advertís que solo queda un nombre y una fama usurpados. Cuando la pilocarpina se recomendó para la diftéria, fué una revolución que estalló: era un remordimiento no haber sabido ántes hallar en el alcalóide del jaborandi el sólo remedio, que podía salvar la vida amenazada por la diftéria, por lo cual ninguno se creyó en el deber de experimentarlo; aunque los que tomaban poca parte en estos triunfos y los creían poco (la minoría, á la cual pertenecía yo) preveían una derrota. Los partidarios no se contentaron con citar algunos casos favorables, refiriendo los de Guttmann; quisieron crear al remedio una base científica, afirmando muy alto que él, aumentando la secreción salivar y la de las glándulas mucosas, hacía espeler el virus morbosos y las falsas membranas. Y bien, nada ménos exacto, y nosotros, fundándonos en la parte teórica de la acción curativa, advertiremos fácilmente la poca seriedad de la indicación. Los sudores que él puede provocar ¿no se presentan al terminar la fiebre, y no son profusos? El desprendimiento de las falsas membranas, ¿no lo prepara quizá la misma naturaleza, cuando el proceso marcha á la curación, ó cuando otras nuevas no se forman? ¿Pues qué

ventajas aporta en esta enfermedad la administración de la pilocarpina, qué títulos presenta para que nosotros la respetemos y la proclamemos, como ya se ha hecho, el remedio *sine qua non* para la curación?

Viniendo ahora al hecho práctico, debo deciros que yo he experimentado comparativamente este supuesto específico, y he visto que morían los individuos afectos de una forma grave, y curaban los que presentaban forma ligera; esto es, aquellos que también se hubieran curado sin él. En cuanto al pretendido desprendimiento de las falsas membranas, la pilocarpina no muestra siempre esta preciosa virtud. Yo he hecho inyecciones hipodérmicas en niños, cuando el exudado comenzaba á manifestarse en las fáuces, y con el fin de impedir otra localización mucho más grave; y desgraciadamente los he visto morir después de 24 horas con síntomas de crup fulminante: por lo tanto, la medicina ni ha impedido la difusión ni ha facilitado el desprendimiento de las falsas membranas. Veis, por consiguiente, como sucede en la historia de todos los remedios de todas las épocas, porqué comienza ya á suceder al fanatismo la desconfianza. Y por otra parte, la pilocarpina tiene una acción directa sobre el corazón, disminuyendo su fuerza, y sobre los vasos, debilitando la presión; por esto he visto á veces inconvenientes serios, que he remediado con los escitantes, pero inconvenientes tales, que podían dar lugar á fatales resultados. Concluyo, pues, con las mismas palabras que dije en una memoria publicada en el periódico del profesor Somma: si queremos que la pilocarpina sea considerada como eficaz remedio sialagogo, sudorífico y diurético en todos aquellos procesos en los cuales se reclaman estas propiedades, (y no los enumero porque sería ocioso), no conviene echar sobre sus hombros una carga tan pesada como la cura de la difteria. *Parce sepulto*: al *hosanna* ha seguido el *crucefige*.

c) *Antisépticos generales*.—Tienen el derecho de ser bien estudiados, ya consideremos la difteria como un proceso de infección secundaria por la reabsorción de los productos de la localidad, ya la supongamos un proceso de infección prima-

ria. El hierro podría colocarse en la lista, pero bastante os he hablado de él.

Veamos lo que ha prometido, y lo que ha cumplido el clorato de potasa, al cual se han aficionado muchos médicos, antiguos y modernos, no sólo porque administrado al interior se puede considerar como un remedio anti-infectivo, sino también por una acción especial electiva sobre las fauces. Yo lo he experimentado con otros remedios, y la victoria, si se ha conseguido, no me parece que debe atribuirse á esta sal de potasio. Sabemos además que ella tiene una acción irritante sobre el canal intestinal, y si queremos usarla, se puede á la dosis de medio ó un gramo en una emulsión gomosa, administrada epicráticamente. Sin embargo, tened presente que nada nos autoriza á poner en ella toda nuestra confianza, y que servirnos de ella exclusivamente, significaría tener demasiada buena fé.

El ácido fénico, administrado al interior ó hipodérmicamente, el agua fenicada al dos por ciento, inyectada muchas veces durante el día, fueron experimentados; pero lo que teóricamente podía esperarse de ellos, no lo han confirmado los hechos: la enfermedad no se ha detenido en su curso. Si se tiene presente que la administración interna no está exenta de consecuencias sobre el canal intestinal, y que es posible que las punturas de la jeringa sirvan de pretexto á la manifestación del exudado diftérico, convendreis conmigo en que no es ciertamente una práctica que lisonjee mucho, tanto más si consideramos que se puede recurrir á los fenados, especialmente, como hemos dicho, al de quinina, que sin tener inconvenientes coadyuva á la curación. Lo mismo puede decirse del ácido salicílico y de los salicilatos; del timol y de los timatos; del timol administrado unido al coñac, á la glicerina, á la quinina, al agua de alquitran ó alcanforada, y usado interiormente y bajo forma de inhalaciones de Warren. Warren mismo ha presentado una lisonjera estadística, de la cual se desprende que él ha obrado maravillas. Pero ha pasado ya hoy el tiempo del timol y pocos prácticos recurren á él.

Expectorantes.— Polígala.— Carbonato de amoniaco.—

Balsámicos.—De estos os he hablado ya apropósito de los remedios específicos. Diré sólo, que fiarse de ellos para curar una enfermedad tan rebelde, significa tener un concepto de la difteria bastante benigno, y mucha buena fé. Quizá cuando se anuncia fácil el desprendimiento de las membranas, ó cuando estas existen en los tubos aéreos, sería oportuno administrarlos; pero nosotros en tales coyunturas, preferimos los eméticos, que con más facilidad desembarazan las vías respiratorias de los estorbos.

2) Vengamos ahora al tratamiento local, bastante más interesante, ya se piense en la infección secundaria, ya se defienda la infección primaria, ya la autoinfección ó la reinfección, cuando los productos que quedan en la garganta en contacto con el aire se alteran, y pedazos de tejido empapado en icor se reabsorben y producen la infección centrípeta.

Ante todo nos preguntamos: ¿hay un tratamiento local abortivo? Algunos han respondido afirmativamente, proponiendo la escision ó los cáusticos. La angina diftérica tiene una cierta predilección por las tonsilas: y bien, separemos, han dicho estos, el órgano desde el cual se verifica la inoculación, quitemos el foco de infección, y detendremos la enfermedad. La audacia de la hipótesis ha sido castigada duramente; la herida se reviste de exudados membranosos. Cauterizemos entónces, han repetido; y las cauterizaciones, acreditadas en el concepto de tener que tratar una úlcera ó una gangrena, han llegado hasta nosotros desde tiempos remotísimos, y han producido sinsabores y desengaños á aquellos que las usaban con entusiasmo.

Señores, si hubiese podido pensar, cuando en mi juventud angustiado y ansioso empezaba á reñir esta dura batalla; cuando en los momentos de desfallecimiento me dirigía á mis maestros para preguntarles la conducta que seguir debía; si hubiese podido pensar, digo, en la satisfacción que hoy debía tener al anunciaros desde esta cátedra cómo se han reconocido por verdaderas las ideas que yo defendí, yo habría luchado con mayor valor. Vuelto de Alemania con las palabras de mis profesores todavía en los oídos, me encontré casual-

mente aquí, en Nápoles, con una epidemia de difteria: levante la voz contra las cauterizaciones, y obtuve victorias y derrotas. Pero ahora puedo decir que aquellas derrotas se debían al curso fatal de la enfermedad, y no al desprecio de la cauterización. Advierto que me he extraviado, y vuelvo á la indicación abortiva. No os negaré que autorizados escritores, expertos clínicos, hasta los que rechazan los cáusticos, dicen que en las formas ligeras un toquecito con el lápiz de nitrato de plata dá buenos resultados; y tampoco os negaré que me maravillan tales recomendaciones, cuando recuerdo que son formas claramente ligeras, y pienso que el cáustico no puede hacer más que coagular un poco de albúmina del exudado, y determinar un estado flogístico reactivo, que nunca es bueno provocar. En suma, no creo en la virtud abortiva del medicamento, porque pienso que, aún interviniendo á tiempo, no se puede paralizar la acción de la enfermedad.

Ocupémonos ahora del proceso plenamente desarrollado. Aquí el tratamiento local no ha sido menos variado y controvertido. La medicación con los cáusticos vuelve á aparecer, se impone, se presenta la primera. Se ha usado el ácido nítrico, el nitrato de plata, el nitrato ácido de mercurio, el ácido fénico solo, ó diluido en dos ó tres partes de alcohol, el fuego. La cuestión de las indicaciones de los cáusticos se resuelve fácilmente con el experimento clínico. Los enfermos cauterizados siguen fatalmente la parábola de la enfermedad y el estado local no mejora. La cauterización se hace sobre las falsas membranas, ó sobre la mucosa, de donde ellas parten. Cauterizad las falsas membranas: determinareis la formación de una escara blanquecina, la cual se distingue poco del exudado: entonces os creais un embarazo para la visita siguiente, pues no reconocereis lo que es debido á la enfermedad, y lo que se debe á la cauterización. Si cauterizais la mucosa, los ganglios se ponen tumefactos, el dolor aumenta, el exudado es más abundante. Yo, por cortesía de algun colega, he visto niños en los cuales habia sido tratada enérgicamente una tonsila, y la otra con más suavidad. El proceso diftérico era intenso é igual en ambas: pero el esfacelo, la necrosis, el

infarto, eran mayores en la primera que en la última. ¿Qué valen pues los cáusticos? Os lo dice claramente esta sola observación: sirven para abrir una gran puerta de entrada en la sangre, y en los linfáticos, á los agentes de la infección, para *dañar sin ayudar*. Y que esto es verdad, lo prueba el desfallecimiento en que pronto han caído los partidarios de los cáusticos, y las espantosas estadísticas relativas á esta práctica, cuando el que las redacta no acostumbra á formarse ilusiones, y dice la verdad. Los cáusticos líquidos son más dañosos que los sólidos, porque se infiltran en los tejidos, obran con mayor actividad si no se unen á la miel, á la glicerina ó al alcohol; pero ni los unos ni los otros, responden á la práctica ni á la teoría. Y si alguno os dice que ha curado muchos enfermos con el cáustico, yo podría deciros otro tanto de muchos remedios, pero prefiero desvanecer ilusiones y errores de juicio. El cáustico, pues, está hoy proscrito por la mayoría, y apenas conserva la simpatía de algunos. Con mayor razón se puede considerar abolido el uso de la galvano-cáustica, la cual fué experimentada por algunos.

Astringentes.—Médicos más compasivos prefirieron á los cáusticos los astringentes. Trousseau usaba el alumbre, el ácido tánico, pero se pueden emplear soluciones débiles de nitrato de plata ó de percloruro de hierro. Pregunto yo: disminuyendo la hiperemia—sin decir que á veces irritan—disminuyendo el aflujo de sangre determinado por el activo proceso infectivo ó inflamatorio, ¿resolvemos nosotros el problema? Verdaderamente puede ser útil esta medicación, pero en el período de reparación es cuando ella modifica, usada convenientemente, el estado de los tejidos, y facilita entónces el trabajo de cicatrización.

Disolventes.—Yo no sé como se les ocurrió á muchos clínicos la idea de usar medicamentos que disolviesen el exudado. Digo esto, porque la membrana es el efecto de la infección, pero no es la infección; porque es un signo, un síntoma, no el proceso; ni me parece serio repetir que disolviendo el exudado, se evita la difusión de las falsas membranas, puesto que el momento causal de éstas es una disposición á enfer-

mar de ciertos tejidos dados, bajo la acción morbígena de cierto virus particular. En apoyo de esta tesis quiero recordar que mueren enfermos con diftéria sin exudado, y curan algunos que los tienen extensísimos. Mas sea de esto lo que fuere, si pensamos, como es debido, en la reinfección del organismo y en el obstáculo mecánico que en ciertos sitios interponen las falsas membranas, advertiremos pronto que es cosa saludable limpiar las fáuces. ¿Y qué medicamentos se han recomendado para esto? El agua de cal, el saracato de cal propuesto por Sanné, la neurina, el ácido láctico, el bromo, la potasa y la sosa cáusticas, el cloral, y más recientemente la papaina. Entre todos estos remedios, ocupa el primer lugar el agua de cal, en la cual, como os he dicho, las membranas se digieren completamente. Hoy está muy acreditada, y permitidme que, no por vanidad ni por soberbia, os declare que tengo el mérito de haberla introducido en Italia, como Steiner el de haber sido el primero que la recomendó. Podeis diluirla en 2-3 veces su volúmen de agua, y usarla como gargarismo, ó en pulverizaciones. Es sin duda preferible á la sosa cáustica y á la potasa, porque estas tienen una acción irritante.

Util es tambien el bromo, y nosotros le prescribimos así:

Bromo y bromuro de potasio ana 30 centigramos.

Agua destilada. 100 gramos.

Se conserva en un frasquito esmerilado y en sitios oscuros. Se empapa en él una esponja y se la pone en un cono de papel resistente que se acerca á la boca y á las narices del enfermo.

Tiene la ventaja de que se tolera muy bien, y de poderse usar durante el sueño. Sin embargo, es mucho ménos enérgico que el agua de cal.

El ácido láctico, á la dosis de 1 por 20 de agua destilada, se usa para tocar la parte enferma por medio de un pincel. Cualquiera cosa que se haya dicho en pró ó en contra, francamente conviene usarlo con prudencia; escoria los labios y las encías.

La neurina apenas se ha usado y experimentado. Hoy ni siquiera se habla ya de ella.

Con mayor calor se ha sostenido últimamente que la papaina, sustancia que se extrae del jugo de la papaya, ó este mismo jugo, tienen la virtud de disolver todas las especies de materias albuminóideas (Wurtz, Bouchut), virtud que Kaths Asch y Rossbach han procurado pronto aplicar á la diftéria, sirviéndose de una disolución al 5 p. 100 y han referido sus buenos resultados.

La papaina ó papaiotina, ciertamente reblandece, digiere y hace inofensivas las falsas membranas, cuando se aplica de continuo (por medio de un pincel cada 15 ó 20 minutos, ó en pulverizaciones: despues de la traqueotomía, se introducen directamente en la tráquea algunas gotas); pero tiene el pecado original, esto es, no cura la diftéria, y por confesión misma de las doctas personas que la han experimentado, es inerte contra los exudados infiltrados, es decir, precisamente contra las formas más graves y más terribles.

Queda entre tal monton de medicamentos que haceros todavia mencion de otra clase de remedios; la de los antisépticos. Cito el ácido fénico, el permanganato de potasa, el benzoato de sosa, la resorcina, el azufre, (que propuesto por Jodin, fué experimentado en Italia por Nesti, Calapinto, Becchini); el ácido salicílico y el etiope mineral.

Por común consentimiento el ácido fénico tiene mejor y más activa acción. Los otros quedan en segunda línea, teniendo ménos manifiesta la virtud desinfectante. Yo he dado durante cierto tiempo la preferencia al ácido fénico unido ó nó al alcohol; pero despues de haber leído el trabajo de nuestro Terrini, un distinguido médico, ya difunto, que ejercia en Túnez, me fijé en el cloral, que á la acción desinfectante une la disolvente, y es agradable ver como merced á este medicamento mejora gradualmente el proceso local. Yo lo uno á la glicerina, á la dosis de 1 para 5, recomendando una aplicación cada 2—3—4 horas, segun la gravedad del caso.

El iodoformo fué propuesto, pero no se le experimentó mucho; yo creo que la dificultad de dejarlo en el sitio y su repugnante olor han sido las causas principales; pero ahora parece que vuelve á estar de moda. ¿Podrá jamás alguno ne-

gar que él es un enérgico desinfectante, más enérgico que el ácido fénico?

El azufre tuvo tambien muy corta vida; poco experimentado no llamó la atención, y me parece que hoy solo ciertos médicos Malteses permanecen aún aficionados á las fumigaciones del azufre quemado, (ácido sulfuroso), una atmósfera en la cual no sé como resisten los enfermos, y de la cual tambien se cuentan cosas del otro mundo.

Hay otros desinfectantes de menor fama, de los cuales debo hablarlos. La *juglans nigra*, de la cual se usan en cocimiento las cortezas verdes de las nueces, fué experimentada por Curtis por analogía de lo que Nélaton habia observado en la pústula maligna, pero no tuvo séquito.—La salicina, que Conway ponía, ó sobre la lengua de los pacientes para que fuese deglutida, ó directamente en el sitio.—La quinolina, un remedio descrito por Runge, y su tartrato; aquélla en las proporciones de 1 por 300, éste en la de 5 por 100, con ayuda del alcohol. De estas drogas se ha hablado muy bien recientemente en un periódico muy serio, el *Berliner Klinische Wochenschrift*, pero tampoco alcanzaron el favor del público.—Del clorato de potasa sabemos ya bastante; y del permanganato de potasa, y del cloruro sódico, bastará decir que apenas lograron alguna simpatía. Comparados, la ventaja está por el cloral y el ácido fénico, y es justo que en una enfermedad tan grave como ésta, la preferencia se dé al más fuerte.—La resorcina, gran medicamento desinfectante, no se ha mostrado más eficaz que el ácido fénico: hay, sin embargo, algunas circunstancias especiales que la indican, y volveré á tratar de ella, á propósito de la cura de la diftéria nasal.—Klebs y Letzerich administraron local é interiormente el benzoato de sosa, desde 15 á 25 gramos al día, epicráticamente y por insuflación. El mismo entusiasmo con que se le recomendaba, quizá excitó tanta desconfianza, que bien presto fué casi ó totalmente abandonado.—El gliceroborato sódico es la adquisición más moderna que ha hecho la terapéutica, y ciertamente merecería el honor de la prueba, si el temor de abandonar el antiguo camino no nos contuviese.—Bosisio lava las

fauces con clorato de potasa, y despues insufla etiope mineral y ácido salicílico mezclados. Tambien dos veces al día dá por la boca 20 centígramos de cada uno de estos dos últimos medicamentos, y como preservativo recomienda 10 centígramos de etiope al día. Así la literatura se ha enriquecido con otro método el cual no tendrá suerte mejor que los otros, á lo ménos considerando los posibles efectos que de él hay que esperar.—Mook, como tópico anti-diftérico, insufla en la garganta, préviamente mojada con jugo de limon:

Polvo impalpable de tanino	5 gramos.
de borato de sosa. . . .	3 »
de benzoato de sosa. . . .	2 »

El valor de cada una de estas drogas ya nos es conocido.

Señores, réstame hablaros de otros dos agentes, que tienen una acción diversa y compleja, que se recomiendan por algunos con entusiasmo, pero que mejor se emplean en diversos periodos del mal: me refiero al hielo y al vapor acuoso.

El hielo, aplicado en forma de cataplasmas y dado á pequeños pedazos, tiene el poder de dominar el rigor de los síntomas y la flogósis, y ocupa muy bien el lugar de las sanguijuelas, sin tener las contras de las emisiones sanguíneas. Límitome aquí á anunciaros su acción, despues os diré cuando es útil; pero desde ahora os anticipo que, apesar de los obstáculos que encuentra en la práctica, es un medio excelente, precioso, del cual no debemos privarnos.

Decid lo mismo del vapor acuoso, que es mucho más activo cuando se le emplea en el segundo período, esto es, cuando naturalmente favorece el desprendimiento de las membranas. Hay estadísticas lisongeras de curaciones obtenidas con este medicamento solo (Marchisio). Pero debe usarse á tiempo y con insistencia. Oertel y Prosser James fueron los primeros que lo recomendaron. Pero ni el hielo ni el vapor acuoso, aisladamente considerados, representan el único factor en el tratamiento: tienen indicaciones especiales, virtudes diversas, no contrarias, y tal vez se pueden emplear juntos sin inconveniente.

De esta larga enumeración se desprende un gran corola-

rio clínico, y es, que en la curación de la difteria no hay remedios específicos, y el tratamiento no puede, no debe ser esteotípico; antes ha de variar según la intensidad, la forma y el periodo de la enfermedad.

Os hablaré, pues, de estas aplicaciones en otra lección, y si yo me pongo en lo verdadero, lo juzgareis vosotros mismos.

LECCION DECIMATERCIA

VIII.

Continuacion y fin del tratamiento.—Profiláxis.

Resúmen.—En la diftéria no hay específicos: no hay mas que un método terapéutico posible, el fundado sobre las varias indicaciones.—**Método que seguimos.** Se distinguen tres periodos.—*Tratamiento del primero: a).* Higiene. Aire renovado y húmedo á 16.°—18.°—*b).* Dietética. Leche, caldo, yemas de huevos, vino de Marsala—*c).* Tratamiento farmacéutico: Atmósfera fenicada.—Tratamiento tópico: antiflogísticos: hielo: cómo y cuándo se debe aplicarlo.—Se usa tambien al interior.—Disolventes y desinfectantes. Agua de cal.—Hidrotode cloral.—Modo de usarlo y razones de preferencia.—Es mal consejo el de hacer maniobras bruscas para desprender las falsas membranas (Oertel). Interiormente limonadas, quinina.—*Tratamiento del segundo periodo.*—Vapor acuoso, caldera-crup.—Todavía el hielo; las contra-indicaciones no son más que aparentes.—Todavía las pinceladas de ácido fénico, de hidrato de cloral, la medicacion interna.—Barnizamiento de Mackenzie, y cuando se debe practicarlo.—Escitantes, eméticos.—*Cura del tercer periodo.*—Astringentes.—Si hay adinamia grave, inhalaciones de oxígeno.—Tratamiento de las consecuencias.—No se pueden prevenir.—Buena alimentacion, aire del campo.—Baños de mar.—Electricidad.—Tratamiento de la nefritis.—Hay una profiláxis para la diftéria? Creemos que sí: se prescribe el aislamiento—separacion de casas y personas.—Qué debe hacer el médico.—Si los niños pueden volver á las habitaciones que ha ocupado un diftérico.—Qué precauciones se deben tomar respecto á las habitaciones.—Reformas posibles respecto á las escuelas, á las casas de educacion, etc.—Por qué nos hemos estendido tanto en las lecciones sobre la diftéria.

SEÑORES:

Nosotros, en este capítulo de la TERAPÉUTICA, hemos ido adelantando gradualmente; y ahora que conocemos la larga

lista de los remedios propuestos, llegamos á la cúspide, esto es, á discutir cuál es el método más conveniente. A cuyo propósito quiero repetir que no creo en los remedios específicos, pero creo en un método, es decir, en una reunión de aquellos agentes que tienden á un mismo fin, en un plan curativo fundado sobre bases racionales. Yo os lo expondré ahora; en él no hay mio más que el arreglo, el conjunto de las medidas higiénicas y curativas que he deducido de una larga experiencia. Sabed, pues, que cuanto voy á deciros, es el resultado de una comparación despreocupada.

Comencemos por la HIGIENE. Esta debe dirigirse segun leyes estables y positivas. Hay que renovar el aire, y conviene que sea algo húmedo, porque, como comprendereis, así se facilita el desprendimiento del exudado diftérico: la temperatura entre los 16-18°, la habitación ventilada y ámplia. Se necesita que el enfermo esté principalmente con la cabeza baja, porque así se favorece la circulación cerebral, é importa impedir que se muevan los enfermos amagados de síncope. El desprecio de estas precauciones ha sido la causa de dolorosas pérdidas, y vosotros no las olvidareis.

ALIMENTACIÓN.—Sobre ésta me detendré un poquito. Conviene dar mucha importancia á la alimentación. Yo, que he tratado gran número de enfermos de diftéria, me he convencido de que la mayor parte de las veces los niños difícilmente toleran la leche, que á su edad es el principal alimento. Los antiguos prácticos creían que la leche favorece la formación de las aftas, y por esto la proscribieron; pero apesar de su comprobada intolerancia, la leche no tiene con las falsas membranas otra analogía que el color blanco.

Nosotros damos la preferencia al caldo; sin embargo, sería un error comenzar la alimentación desde los primeros dias con caldos fuertes y restaurantes; haciéndolo así ensuciaríais inútilmente el aparato digestivo de estos enfermos, que por efecto de la fiebre no funciona ciertamente como en las condiciones ordinarias. Contentáos con los caldos ligeros en los primeros dias, y despues dareis los concentrados, cuando por una parte hay que temer el agotamiento de las fuerzas y

por otra la posible parálisis. Entónces debeis administrar los caldos fuertes á intervalos repetidos y regulares, áun durante la noche; por lo regular aconsejo darlos cada 3 ó 4 horas, con alguna yema de huevo, con vasitos ó cucharadas de vino, especialmente el de Marsala, que es alcohólico y satisface bien á la indicación excitante.

¿Cuáles son las INDICACIONES CURATIVAS más racionales que deben servir de base á un tratamiento satisfactorio general y local?

Señores, sostengo, como os he dicho, que la angina diftérica es una enfermedad primitivamente infecciosa; que los productos locales expuestos al contacto del aire se alteran, y si no concedo una parte interesante á los parásitos, tambien éstos merecen cierta consideracion, porque con su continuo multiplicarse perpetúan el daño local. Añadid que el aire contaminado por los productos de exhalación y de excreción del enfermo, no ménos que por los mismos productos morbosos de la localidad, se convierte en causa de auto-infección. Conviene, pues, hallar un medio que *constantemente* prevenga todas estas posibilidades, limitando ó paralizando la accion morbígena de tantas causas. Ahora, si tenemos presente la frecuencia de la enfermedad en los niños, en que no podemos pretender una medicación asídua y continua, el problema se hace todavía más difícil. Pero hay un medio para salir de apuros fácilmente. Si medicináis la atmósfera en que vive el enfermito con un remedio antiséptico, éste será respirado sin conciencia del enfermo. Por esto colocamos nosotros en el cuarto del enfermo un buen pulverizador de vapor, del cual brota una fuerte nube medicinal: prefiero el ácido fénico. Ignoro verdaderamente quién fué el primero que propuso este método, pero sí que todos hemos acudido á él instintivamente y lo hemos adoptado sin saber lo que otro hacía. Sólo así se consigue el objeto principal cuando el enfermo duerme ó es rebelde. Cada hora hareis una pulverización durante quince minutos, de modo que el remedio, permaneciendo suspendido en la atmósfera del cuarto en forma de sutiles partículas, responderá á la idea de medicinar *continuamente* al enfermo. Y

advertiréis que esto es verdad, ya por el olor específico que se siente en el cuarto, ya por las investigaciones uroscópicas que os demostrarán la presencia del ácido fénico en las orinas, como yo lo he observado en mí, y como es sabido que sucede á aquellos cirujanos que, empleando en gran escala la medicación de Lister, tienen que lamentar hasta un pasajero envenenamiento por el ácido fénico. Las orinas, también á la vista, dejan sospechar este hecho, cuando toman un color morenuzco, bastante característico. Recomendando la disolución al 1 por 100 justamente para que el aire sea respirable.

Si respecto á la infección y á la reinfección del organismo esto aconsejamos, hay otros síntomas que debemos combatir, pues con razón os dije que el tratamiento de la angina diftérica no puede ser estereotipado, sino que debe proporcionarse á los diversos períodos de la enfermedad. Y verdaderamente en la angina diftérica trátase de una flogosis específica que está bajo el dominio de una infección: conviene mitigar su rigor é intensidad, y no hay mejor antiflogístico que el hielo, que sustrae calor y produce isquemia; mejor que las cataplasmas tibias y las sanguijuelas, porque con una sustracción de sangre se puede llegar á debilitar el organismo. Pero la aplicación del hielo debe ser continua; el frío isquemiza los tegidos, reduce la inflamación, y vosotros vereis con gran satisfacción disminuir el infarto y el dolor al deglutir; pero si suspendeis la aplicación ó si la practicáis á grandes intervalos, vereis en cambio aumentar la flogosis.

El hielo se da por la boca, á pedacitos, y se aplica exteriormente en forma de cataplasmas; se pueden también utilizar las compresas frías. En las familias encontrareis cierta repugnancia hácia este método; pero cuando la conciencia se encuentra satisfecha por una racional prescripción, hay que afrontar con ánimo sereno la lucha contra las preocupaciones. Conviene que vosotros, jóvenes médicos de la moderna escuela, hagais entender bien á las familias que el deber del médico debe llenarse con buena fé y con confianza. Las cataplasmas frías están indicadas cuando hay gran infarto: cuando hay exudado ligero y no gran infiltración, entónces po-

deis aconsejar el uso sólo del hielo al interior, ó en otros términos proporcionar su uso á la intensidad de la enfermedad. Pero importa obrar lo más activamente posible y hacer algo más en la parte.

Los remedios á los que debemos recurrir para la cura tónica, son los disolventes y los desinfectantes: agua de cal é hidrato de cloral. Os he enumerado ya una larga série de medicamentos de este género; ahora me fijo solo en estos dos. Soy excéptico respecto al tratamiento de la difteria, y esto quiere decir que debeis aceptar todos los remedios ó ninguno. Al ácido láctico, al bromo, prefiero el agua de cal y el cloral, porque una larga experiencia y estudios comparativos me han hecho ver que son los más eficaces de la clase.

El agua de cal se prescribe en forma de pulverización, en irrigación, ó en gargarismos. Estos métodos son elegidos, no al acaso, sino según la urgencia. En los adultos preferid siempre la pulverización al gargarismo; en los sujetos que se prestan á ella, haced la irrigación que yo practico de un modo muy seneillo. Se llena una pera de caoutchouc, capaz de 100-150 gramos de líquido, con agua de cal sola ó unida al agua destilada (para que no pierda su acción); luego se introduce el pitón de esta pera en el espacio destinado á las últimas muelas, es decir, en el que queda libre entre las dos mandíbulas. El niño tiene la cabeza inclinada hácia adelante, encima de un recipiente cualquiera, miéntras vosotros empujais con fuerza el émbolo. La elevación del velo y la depresión de la epiglotis por el líquido, impiden la regurgitación de este por las narices y su penetración en las vías aéreas.

Los desinfectantes deben ser aplicados especialmente en forma de pinceladas ó tocamientos directos. Las aplicaciones de cloral deben hacerse con cierta frecuencia, esto es, cada 2-4 horas, según los casos. Hareis primero los lavatorios detersivos, así limpiareis bien el istmo de las fauces, y si algún pedazo de exudado tiende á desprenderse, lo quitais, y después aplicais el remedio elegido; todo esto con mucha destreza. Algunos prácticos procuran extraer todo lo que pueden de las falsas membranas, y ejecutan maniobras bastante brus-

cas; esto es un error, y se debe á Oertel el haber insistido en reprobarlos, porque se crea un sufrimiento al enfermo; y si este es niño, desde entónces en adelante verá en el médico un enemigo capital. Os aconsejo que atendais mucho á estas cosas, porque podréis obtener que el enfermo se muestre dócil para las ulteriores maniobras, lo cual no valdrá poco. El desprendimiento forzado de las falsas membranas es un método deplorable tambien porque irrita la parte.

La medicación interna en este primer período está reducida á las limonadas minerales, y al sulfato de quinina en pequeñas dosis. En general nunca es necesario pasar de 60-70 centígramos, proporcionándolos siempre á la edad.

Una cura más enérgica hay que plantear en el segundo período, cuando los exudados se acumulan, se pudren en el sitio, y se acentúan los síntomas generales que amenazan la vida. Localmente debemos seguir las tendencias de la naturaleza. La fuerza medicatriz prepara el desprendimiento de estas falsas membranas: un exudado moco-purulento que se va formando debajo, se encarga de la separación, y otras nuevas se forman ó la reparación se inicia. Y bien, para facilitar esta tarea, no recurrais á la pinza, como ya os he indicado, sino á un agente simplicísimo, de fácil y pronta aplicación; quiero decir, al vapor acuoso. Hacer que el enfermo respire este vapor de agua simple ó medicinal, de malvas, de lechuga, etc. significa atender á muchas indicaciones curativas; pero debe hacerse *continuamente*, con un aparatito, una calderita de la cual se desprende el vapor, que por medio de un tubo de caoutchouc se conduce hasta cerca del enfermo, mientras la cama queda toda cerrada por las cortinas. Este aparato se llama en la práctica *caldera del crup*; pero si asistís en una casa que no puede soportar el gasto, hareis uso de una gran olla que se pone al nivel de la cama, mientras ésta se cierra con cortinas. Al principio los enfermos se encuentran mal en esta atmósfera limitada; la fuerza de voluntad y la fé en el remedio os harán vencer las pequeñas dificultades que os opondrán los enfermos y las mismas personas de sus familias. Naturalmente se entiende que el enfermo debe ser vigilado en el

modo como respira, y para prevenir accidentales quemaduras, la inhalación debe continuarse siempre, noche y día, dejando solo ligeros intervalos para las comidas. Acercar al paciente un pequeño recipiente, durante algunos minutos, como hacen los pocos expertos, es una verdadera burla, y siempre será mejor no hacer nada que hacerlo mal. En este período se puede seguir usando el hielo, sin que haya contradicción; este se encarga de disminuir el aflujo de sangre, el vapor acuoso del desprendimiento de las falsas membranas favoreciendo el proceso de supuración. No hay que olvidar que fuera de las cortinas del lecho debe continuarse siempre con las pulverizaciones de ácido fénico, y las pinceladas con hidrato de cloral y las irrigaciones en la garganta, además de toda la medicación interna. A veces la formación de las falsas membranas y su descomposición son tan rápidas, que os desaniman. Os aconsejo un método propuesto por Mackenzie, el llamado *barnisamiento*. Intentar que el aire no se ponga en contacto con las falsas membranas, por medio de una capa de barniz, equivale á una medicación desinfectante. Preferimos el bálsamo de Tolú, en solución etérea (1 por 5), y después de haber limpiado bien la superficie con un papel secante, y extraídos los pedazos pendientes de las falsas membranas, dad repetidas pinceladas sobre la parte, evaporándose el éter, queda una capa delgada como de barniz, y repetireis esta operación cada 12-16-24 horas, procurando vuestro descanso y el del individuo á quien tratais. He visto en algunas circunstancias cuan eficaz es este proceso, y os lo recomiendo. En este mismo periodo, podreis recurrir á los escitantes, especialmente cuando hay marcada debilidad; el fenato de quinina está muy indicado, y puede darse al mismo tiempo que las aguas aromáticas, que las tinturas escitantes, que el vino, etc. En estas circunstancias puede estar indicado el uso de un emético, esto es, cuando hay exudado móvil, desprendido, ó al mismo tiempo exudado líquido que dificulta la respiración. Sin embargo, hay que tener mucha prudencia y previsión. A facilitar el desprendimiento concurren las cataplasmas tibias de harina de linaza, que se substituyen á las frias.

En el tercer período, continuando el uso de los tónicos, modificais el tratamiento local con un astringente, el alumbre, el ácido tánico, el percloruro de hierro, una débil solución de nitrato de plata; pero nunca dejeis de vigilar atentamente á vuestro enfermo, y el uso de las pulverizaciones fenicadas. He visto que alguna vez el pulso que se extinguía y era arítmico y otros muchos fenómenos graves, se corregian con las inhalaciones de oxígeno, las que se practican haciendo que este gas, recogido en un saquillo de caoutchouc, sea inhalado á la dosis de 20-30 litros al dia, en muchas veces, por medio de una máscara semejante á la de que nos servimos para los aparatos neumáticos.

El tratamiento de la angina diftérica no se limita á esto; debemos combatir atentamente las consecuencias posibles, y vigilar escrupulosamente la convalecencia. La desolación que en las familias dejan las pérdidas instantáneas é imprevistas, tal vez por síncope ó por parálisis progresiva, nos ha obligado á indagar si hay algun medio para prevenir estas tristes consecuencias. Os diré que en ciertos casos de dolorosa terminación, he intentado todos los medios y hasta las inyecciones hipodérmicas de estricnina, lo que quiere decir que, para vergüenza de todas las previsiones, á veces no se consigue evitar el peligro. Pero el tratamiento tónico, la buena alimentación, son indispensables. Amaestrado por una larga experiencia, recomiendo, en cuanto el enfermo pueda, el aire del campo, aunque no sea propicia la estación. Así en las familias acomodadas, antes que los enfermos abandonen su casa, recomiendo la respiración de 10, 15 ó 20 litros de oxígeno al dia, con el doble objeto de producir una escitación saludable, y de regenerar pronto los glóbulos sanguíneos. Si el enfermo va mejor, los baños de mar en estío son muy útiles. Desarrollada la nefritis, conviene emprender el tratamiento que vosotros sabeis bien, esto es, con las unturas oleosas y las envolturas, y todas las precauciones y reglas dietéticas conocidas. En casos de parálisis tendreis que intervenir activamente cuando estén comprometidas funciones vitales, que puedan ser causa de la muerte. Entonces, al hierro, á la quina, es menes-

ter añadir la electricidad. Relativamente, la corriente farádica obra de una manera más pronta y más completa que la galvánica, porque así escitais más los músculos que los troncos nerviosos, á no ser que esta última indicación se sobreponga á la primera. Si la parálisis dificulta sériamente la deglución, hay que recurrir á la sonda esofágica.

Señores, en este estudio hemos progresado gradualmente, os lo repito, y hemos llegado al fin adonde yo queria, á la PROFILAXIS. ¿Hay una profilaxis de la diftéria? Yo creo que sí, lo afirmo decididamente. Tan escéptico como me he mostrado respecto al tratamiento farmacéutico, tan confiado me declaro respecto á las medidas que sirven para prevenir la angina diftérica. Este estudio debe hacerse evocando todos los recuerdos sobre la etiología de la enfermedad; y si todavía los teneis presentes en vuestra memoria, desde luego adivinaréis cuáles son las medidas que conviene seguir. El ideal de esta profilaxis sería, como con language ingenioso dice el Doctor Alvarez, conocer á fondo las condiciones en que vive el parásito (admitido y demostrado que él sea la causa eficiente); y emprendiendo su cultivo, atenuarlo, «preparar una generación raquítica, como para el carbunco», é intentar inoculaciones que, provocando una forma ligera, preservasen de una grave. En las actuales condiciones será mejor hacerse rigorista en demasía, y que las familias entiendan el grave peligro que se corre, en despreciar ciertas medidas. Os diré algun hecho en prueba de la verdad de esta aserción, que conviene pensar sériamente en el aislamiento y en el abandono de todos los sitios, y de los colegios en donde se reunen niños ó jóvenes estudiantes, cuando en ellos aparece un caso de diftéria. Algunos años hace, en uno de los principales colegios de la ciudad se desarrolló un caso grave de diftéria, llevada á aquel sitio por una niña que se contagió estando en su casa con un hermanito que murió de diftéria. Vuelta al colegio, tuvo una diftéria gravísima. Tomamos prontas y rigurosas medidas profilácticas; se evacuó la casa de educación, y tuvimos la satisfacción de que no hubo que deplorar ningun otro caso. Poco tiempo después, en otro colegio, se de-

sarrolló una pequeña endemia de diftéria, y recomendé con solicitud las mismas medidas; pero no se hizo lo que yo ordenaba: la endemia se multiplicó, y afortunadamente se mantuvo benigna. El primer precepto, pues, es el de aislar al enfermo. Sobre este aislamiento conviene que nos entendamos. Si vosotros relegais al enfermo á un cuarto del departamento, y permitís que con él traten muchas personas sanas, no hareis nada; los otros niños sanos, que creéis seguros en otra habitación, no están verdaderamente garantidos. Debeis hacerlos salir de la casa, y limitar el número de las personas que deben asistir al enfermo, para evitar que con su continuo tráfico se multipliquen los gérmenes morbígenos y se difundan. En circunstancias especiales, esto no puede obtenerse absolutamente: por ejemplo, de dos niños, uno enferma y al otro lo amamanta la madre; entonces tendreis que contentaros, si otra cosa mejor no puede hacerse, con poner al niño sano en una estancia aparte y recomendar á la madre que, ántes de ir á darle el pecho, se cambie de vestidos y lave las manos y pezones con agua aromática. Mucho más debe decirse para el médico; pero, si en la estancia del enfermo funciona el pulverizador de ácido fénico, disminuís con esto el peligro, porque paralizais la acción del contagio. Yo encuentro poco exacto lo que se ha propuesto por algunos, que el médico use un traje protector revestido de sustancias desinfectantes. Esta sería una medida ilusoria, pues los gérmenes podrian adherirse á las partes del cuerpo ó de los vestidos que estuvieren descubiertas. Igualmente ilusorio me parece el uso de los velos ó filtros antisépticos, que los que asisten esta clase de enfermos pudieran llevar delante de la boca y de las narices. Otra pudiera ser la puerta de entrada, y los gérmenes, quedando latentes durante cierto tiempo en el mismo individuo, pudieran desplegar más tarde y bajo condiciones desconocidas, su maléfica acción. Sin embargo, el médico ántes de acercarse al lecho de un enfermo, y ántes de salir de la casa de este, debe lavarse las manos en agua fenicada, como se usa para la cura de Lister, bastando una débil disolución, al centésimo. Debe lavar en ella los instrumentos que use, y si hay más enfer-

mos de esta clase, empezar á visitar los menos graves. Las ropas blancas deben ponerse aparte; para desinfectarlas bien, basta elevar la temperatura á 100°, haciendo para ellas una legía separada. Es eminentemente profiláctico, para la exploración del enfermo, servirse del mango de una cuchara, que queda en la casa, señalada para este uso exclusivo. Bueno será quitar de la estancia los objetos inútiles, de superficie áspera, adonde de preferencia pueden adherirse los gérmenes de la diftéria, procurando la mayor limpieza. Además se debe prohibir la vuelta de los niños sanos, aún en el período de la convalecencia, é impedir la entrada en sitios infectos, si ántes no se ha hecho una buena desinfección.

Algun tiempo hace, en algunos diarios de la ciudad, propósito de la terminada epidemia de Pórtici, se procuraba con bellas palabras sosegar los ánimos, invitando á las familias, con las más amplias seguridades, á volver allá para gozar los placeres del campo. En esta gentil invitación, habia una insidia involuntaria, pero terrible; y vosotros la habéis comprendido ya. Si los gérmenes morbígenos tienen una resistencia y una tenacidad increíbles, pueden permanecer latentes largo tiempo, y bajo favorables condiciones, volver á mostrar sus tristes propiedades; es muy justo que no se crea cesado el peligro, cuando ha cesado la epidemia, y ántes de permitir la vuelta á los sitios que estuvieron infectos, practíquese rigurosamente la desinfección.

Se dejan, durante muchos dias y muchas noches, abiertas las ventanas de las habitaciones, en donde estuvieron los enfermos de diftéria; se lavan los suelos con soluciones fenicadas, se cambian los muebles, se continúa por muchos dias la pulverización fenicada, se mudan los tapices á los cuales preferentemente se adhieren los gérmenes morbosos. Se tiene gran cuidado en los enterramientos, y no se llevan dando rodeos los cadáveres de los niños, como he sabido que sucede en algunas ciudades de la Basilicata.

No es esto todo: recordad que tambien los convalecientes pueden transmitir la enfermedad, y por esto es un deber impedir todo contacto con los enfermos que acaban de abandonar

el lecho. A este propósito yo añado que las escuelas públicas representan, en mi concepto, un gran medio de trasmisión, y convendría de aquí en adelante llamar la atención sobre esto. Tenemos al cólera más miedo que al infierno, y cuando siquiera se sospecha, se toman justamente las medidas más rigurosas: para la diftéria nos contentamos con llorar y gemir; se grita desgarradoramente que no poseemos remedios para curarla, pero nos volvemos también muy negligentes. Y bien, formular en los Congresos peticiones á las Cámaras, dirigir instancias á los Municipios, significa emplear una fatiga, que sería más útil haciendo entender mejor á las familias la misión del médico. Conviene prevenir. Ahora yo, por mis observaciones personales no temo afirmar, que una tercera parte lo ménos de los diftéricos por mí observados, había estado el día ántes en la escuela: en la escuela están en contacto los niños sanos con los convalecientes, cuando los padres poco solícitos, pasada la fiebre, vuelven á sacarlos de casa al poco tiempo, especialmente si la forma fué leve; contacto con los enfermos, cuando el niño, con ligero malestar, no creído ó despreciado, dejó la cama y la casa; contacto con las personas de la familia que llevan y traen los niños, que tienen hermanos, hermanas: primos, enfermos de diftéria. Por caridad, Señores míos, no induzcáis de todo esto que yo quiero que la escuela quede abolida; pero haced entender á las familias acomodadas que, en tiempos de epidemia, una visita cotidiana del médico, antes de que los niños salgan de casa, no dejará de ser provechosa. Justo sería que en las escuelas populares un médico vigilase, aunque fuera superficialmente, el estado de los que las frecuentan; y para la diftéria bastaría una mirada á la garganta y un reconocimiento del pulso.

Mejorar las condiciones del subsuelo de una ciudad; vigilar la colocacion de los pozos negros; secar los sitios húmedos, por cuyas medidas, como se ha visto en Escocia, la diftéria puede desaparecer de ciertas comarcas; son problemas de solución más difícil..... pero son cosas que no se deben ignorar.

Sed, pues, exagerados, como yo lo soy, en estas reglas profilácticas; sin la exageración, el encogerse de hombros, la

indiferencia, los casos de Tizio y Sempronio que permanecieron incólumes, citados mal a propósito, concurrirán á hacer la angina diftérica cada vez más tenáz, y á echarnos en cara la impotencia de nuestro arte.

Señores, el argumento interesantísimo me ha hecho prolongar bastante estas conferencias sobre la angina diftérica; pero vosotros me hareis justicia con el tiempo, cuando toqueis con la mano que el language que os he hablado, es el de la verdad.

LECCION DECIMA CUARTA

IX.

Diftéria laringo-traqueal ó crup.—Causas, notas anatómicas, exámen laringoscópico.

Resúmen.—Diftéria laringo-traqueal ó crup.—Que hay identidad entre los dos procesos lo demuestran el criterio histórico, el anatómico y el clínico.—Historia de la palabra crup.—Aceptación de este vocablo por otras naciones.—La etiología es la misma de la angina diftérica.—Notas anatómicas.—Exámen laringoscópico.—Lo que se piensa de la laringitis diftérica.—Complicaciones y necesidad de diagnosticarlas bien.

SEÑORES:

Cuando la diftéria se localiza en la laringe y en la tráquea toma el nombre de *diftéria laringo-traqueal ó crup*, como se dice con un vocablo ménos científico, pero mucho más práctico. Sin embargo, esta enunciación suscita una de las más graves cuestiones, referibles á la IDENTIDAD ó no identidad del crup y de la diftéria; dos procesos que la escuela anatomo-patológica moderna tiende obstinadamente á separar. Si quisiera presentaros ahora todo el material científico invocado para defender ó combatir estas maneras de ver, me alargaría mucho y acabaría por cansar ó distraer vuestra atención. Prefiero, en cambio, referiros solo, todo lo que me ha enseñado una larga observación, y que ciertamente vosotros podreis comprobar mañana en vuestra práctica.

Comienzo por deciros que juzgando con el criterio histórico, desde luego comprendemos cómo ha podido suscitarse

semejante cuestión. Verdaderamente, hasta el siglo décimo quinto, bajo la denominación de *cynanche maligna* ó *cynanche stridula*, se comprendían todas las diversas localizaciones de la diftéria y todas las consecuencias posibles del llamado mal de garganta gangrenosa, que nosotros debemos separar completamente de la angina diftérica. En 1765, Home, impresionado por el predominio de los fenómenos laríngeos en el curso de la diftéria, creyó descubrir en ellos los signos de una afección distinta, y halló numerosos secuaces que con él defendieron este concepto y la denominación *crup*, que, sin embargo, estaba ya en voga en Escocia, entre el vulgo, y había sido ya adoptada por su predecesor Patricio Blaer. Como era natural, sucedió que bajo la voz *crup* se confundieron otros procesos morbosos, que no eran la diftéria, pero que tenían igualmente, como la localización de la diftéria en la laringe, fenómenos de sofocación; por esto nosotros hallamos las denominaciones erróneas de *crup catarral*, *falso crup*, *crup espurio*, denominaciones que veremos corresponder á estados patológicos muy diversos, especialmente á la laringitis estrídula y al espasmo glótico.

Inglaterra, en tanto, vióse libre de la diftéria durante un largo periodo: recordareis el bosquejo histórico que os hice, y cuando en 1856 las epidemias reaparecieron, teniendo presentes las observaciones de Home, bajo el nombre de *crup* se comprendió una afección inflamatoria de la laringe, no contagiosa, que presentaba síntomas de respiración estrídula. En cambio en Francia las epidemias se habian sucedido unas á otras, y los médicos de aquellas comarcas habian tenido lugar de familiarizarse con la diftéria; por lo tanto no cayeron en los errores en que habian caído los médicos ingleses, creyendo que la localización laríngea se debia repetir en momentos extraños á la angina diftérica, precisamente como ha sucedido en Italia.

Verdaderamente, despues de las epidemias descritas por Marco Aurelio Severino, por Nola, Carnevale, etc., no hemos presenciado hasta el siglo presente, los estragos que la angina diftérica causa, é iluminados por el concepto anatómico que

las modernas teorías nos ofrecen como novedad, hemos quemado incienso ante la escuela alemana, y hemos olvidado la clínica, dejándonos llevar de denominaciones que falsean el concepto patogénico de la enfermedad.

Os he referido esto, para concluir, que las distinciones entre crup y difteria fueron creadas por una equivocación, ó mejor por un error, en el cual cayó el mismo Home, creyendo que los fenómenos laríngeos que tanto le llamaron la atención, se debían repetir por causas extrañas á la difteria, y se podían considerar como espresiones de una enfermedad autónoma.

No solamente el criterio histórico es el que nos debe preparar el campo para creer en la identidad de las dos enfermedades: hay otros dos de mucho valor, que representan casi el compendio de todas las proposiciones, y que analizaré aquí brevemente.

Criterio anatómico.—Me place recordaros que el mismo Virchow, que podemos mirar con justicia, despues de Rokitsansky, como el padre de la anatomía patológica, Virchow mismo ha tenido que volver sobre las definiciones que habia dado del exudado crupal y del exudado diftérico. Me fijó un poco sobre esto, porque, jóven como vosotros, recuerdo cuán profundamente quebrantadas fueron mis convicciones, cuando, despues de haber salido de la escuela profesando las mismas teorías que hoy os enseñan, he visto el contrasentido que reina en la práctica: os ruego, pues, que me sigais atentamente y juzgueis con imparcialidad si estoy ó no en lo verdadero. Pero bien, ¿qué es lo que nos han enseñado? Que exudado crupal debe llamarse aquél que se coagula y se deposita en la superficie de los tegidos, y exudado diftérico aquél que profundiza en los intersticios de los mismos. Os he dicho y repito, que Virchow mismo tuvo que volver sobre estas definiciones, cuando advirtió que las dos formas del exudado pasaban la una á la otra por insensibles gradaciones.

Cuando este eminente patólogo volvió sobre sus pasos, nos hizo saber que por exudado diftérico debía considerarse aquél en que hubiese mortificación de los tegidos. Este hecho

también fué desmentido por la observación, porque se vió que podia haber necrosis de los tegidos, mientras el exudado clínicamente correspondia al llamado crupal. Pronto nosotros advertimos que las distinciones hechas á simple vista entre estos dos exudados podian ser falaces, y dirigimos nuestra atención al microscópio; le preguntamos, y su respuesta también fué equívoca. Por cierto, me bastará deciros que Wagner y Rindfleisch han acabado por confesar, el uno en 1876 en los *Archives der Heilkunde*, el otro en la tercera edición de su *Lehrbuch der Pathologischen Gewebelehre*, que al microscópio no existía diferencia esencial entre el exudado crupal y el exudado diftérico: alteración del epitelio en el uno y en el otro; formación de una red con prolongaciones de los elementos epiteliales; emigración de leucocitos; degeneración vítrea de las células del uno y del otro. El problema, pues, quedaba totalmente confiado á la clínica, descansaba todo sobre la responsabilidad de las observaciones; y nosotros sin idea preconcebida, procuramos ver cuáles eran las posibles diferencias clínicas que coincidían con el pretendido exudado crupal y con el pretendido exudado diftérico.

Es una historia antigua que vosotros conoceis, pero que yo os represento para atacarla con los argumentos más positivos que nos enseñe la práctica.

Se dice y se repite que hay, relativamente á los dos exudados, diferencias de sitio; esto es, que el exudado diftérico puede invadir la faringe, las fosas nasales y descender á las vías respiratorias inferiores, mientras que el crupal queda limitado á la laringe; y así las estadísticas nos enseñan que el llamado crup primitivo ó crup *d'emblée* de los franceses es raro, y se verifica solo en la proporción de 12 por 100. Pero vosotros comprendéis que si teóricamente este hecho puede subsistir, lógicamente no puede admitirse como verdadero. ¿Podremos nosotros decir que muda la esencia del reumatismo, solo porque en un caso encontramos atacadas las articulaciones de las vértebras cervicales, y en otro la articulación de la rodilla? ¿Podremos decir que el cáncer pierde sus propiedades cuando le observamos ya en un carrillo, ya en un órgano in-

terno? Además, en ciertos casos inequívocos de crup laríngeo, podemos observar localizaciones en otras partes y en otros tegidos, como he visto especialmente después de la traqueotomía. No puedo dispensarme de citaros un caso tan culminante que llamará vuestra atención. Hace poco más de un año, operé de traqueotomía á una niña de dos años, cuya vida estaba en gran peligro. El médico de cabecera era uno de los más distinguidos de la ciudad y especialista para los niños, el profesor Somma, que con justicia habia suspendido su juicio sobre la verdadera naturaleza de la afección, dudando de si se trataba del crup laríngeo ó de la laringitis estrídula, porque sobre el istmo de las fáuces faltaba toda señal de exudado. Pero *periculum erat in mora*, y yo fui elegido para la traqueotomía. Y juzgando yo tambien las condiciones oportunas, operé.

Apenas abierta la tráquea, salieron grandes pedazos de falsas membranas, y así la duda relativa al diagnóstico se disipó. Tres dias después de la operación, toda la región prelaríngea, en la extensión de ocho centímetros de anchura y dos y medio de altura, estaba convertida en una gruesa falsa membrana, tomando una forma que afortunadamente siguió una marcha benigna, y creció sobre una mancha cutánea eritematosa, provocada por las precedentes aplicaciones del hie-lo; se acompañó de considerable tumefacción ganglionar, de fiebre y de areola inflamatoria. El caso importante por sí mismo, se hizo importantísimo, porque demostraba claramente que este caso típico de crup primitivo ofrecia un ejemplo de reproducción del exudado diftérico sobre algunos puntos del cuerpo, atestiguando el carácter infectivo de la enfermedad y la expresión más clásica del mal diftérico. Añadid que en estos casos de crup laríngeo primitivo, las más de las veces sobre el istmo de las fáuces hay un exudado membranoso escasísimo que es la señal característica del mal; y la localización laríngea, aunque se suponga primitiva, es siempre repetición del mismo proceso.

Se ha dicho que el crup no era contagioso, y la diftéria sí; y los ménos obstinados quisieron crear una distinción tam-

bien muy arbitraria, admitiendo un crup de causa externa y accidental, y uno de causa interna ó constitucional (Jaccoud). Pero la contagiosidad está probada hasta la evidencia por observaciones antiguas y modernas. Valleix, el hijo de Blache, y recientemente Foulis, sin citar otros, fueron víctimas de la angina diftérica contraída por haber asistido y operado enfermos del crup. Así, la cuestión del contagio envuelve otra, esto es, la de la reproducción de la enfermedad en sitios y con formas diferentes, puesto que Blache, Valleix y Foulis, no solo se contagiaron operando enfermos de crup, sino que murieron, no de crup, sino de angina diftérica.

Se dice que en el crup no hay albuminaria y en la diftéria si. Este hecho se ha desmentido por ulteriores observaciones, y por ejemplos que se os podrán presentar siempre.

Se dice que en el crup faltan las parálisis póstumas, y en cambio son frecuentes é importantes en la diftéria. Sin decir que cuando el crup se cura ó se prolonga, nosotros observamos perfectamente estas parálisis que hemos visto en la diftéria, debo haceros observar que la localización laríngea mata por laringostenosis ántes que se desenvuelvan los otros fenómenos generales.

Se ha dicho, por último, que el crup era una enfermedad local, y la diftéria una enfermedad general, invocando la altura de la fiebre, el infarto de los ganglios linfáticos, y todo el síndrome fenómeno lógico que hemos visto acompañar á la angina diftérica. Pero cuando practiqueis diligentes observaciones termométricas desde el principio del crup, vereis que la fiebre existe igualmente; pero como la laringostenosis predomina sobre todos los otros síntomas, este primer período se trasforma bien pronto en una escena adinámica, que se revela por el éxtasis, por la debilidad, por la dificultad de la respiración. Os repito que la falta de infarto ganglionar en el crup, depende de una disposición anatómica de las glándulas en que desembocan los linfáticos de la laringe y de la tráquea, mientras que las comunicaciones de la faringe con los ganglios externos son vastísimas, las de la tráquea y de la laringe es-

tán limitadas á dos glándulas solitarias situadas bajo los grandes cuernos del hioides, y al lado de la tráquea.

Este hecho está confirmado en otros procesos morbosos que también tienden á la degeneración de los linfáticos, tales como el cáncer laríngeo; así las afecciones cancerosas de la laringe son tan difíciles de diagnosticar, porque no provocan el infarto ganglionar, como sucede en otras partes del cuerpo, y especialmente cuando se desarrollan en el istmo de las fáuces. En fin, la diferencia del desprendimiento del exudado depende de la estructura de los tegidos en los cuales él se establece. En la faringe, en el istmo de las fáuces, no tenemos la membrana limitante, como sucede en la laringe; los exudados fácilmente se infiltran en el tegido submucoso, y difícilmente se desprenden, mientras en la laringe la separación se consigue con bastante facilidad.

Concluyo esta digresión sobre la identidad de los dos procesos con las mismas palabras de Mackenzie: «Nosotros hoy mostramos una decidida tendencia á reunir los procesos morbosos bajo el punto de vista etiológico y patogenésico; para el crup no debemos faltar á la lógica, sosteniendo que hay dos procesos morbosos idénticos por su forma y su producto (la falsa membrana), diversos por su causa productora; esto es, que hay uno que depende de la inflamación pura y simple, y otro de causas específicas, de causas infectivas.» Ya encontraréis en los libros el exámen crítico de esta cuestión; pero presumo que apesar de haberla tratado brevemente, basta para que tengais, si no la fundada convicción que yo tengo, á lo ménos algo que se le parezca.

Sin embargo, de cualquier modo que se vean las cosas, es cierto que la voz *crup* es de origen escocés, así parece que la palabra primitiva fué *croops*, la que después se convirtió en la de *croup*, voz que era popular, y que Blair en 1713 habia adoptado ya antes de Home.

La verdad de este origen la encontramos confirmada en una correspondencia que el vocablo tiene en otras lenguas; por ejemplo, en la holandesa *Geroop*, que quiere decir grito; en la islandesa *Hropa*, en otra anglo-sajona *Hreopan*, en el

gótico *Hropjan*, en el alemán antiguo *Hrof*, en el moderno *Ruf*, las cuales todas significan respiración estrídula; pero la voz *crup*, variación del *croops* ó *croop*, es escocesa, y significa ronquera ó contracción de la garganta en lengua gálica.

Estas noticias las ha dado Mackenzie, célebre especialista inglés. El ha podido fácilmente recoger estos datos, que son muy importantes para la etimología de la palabra, y prueban el error en el cual hemos caído falseando un poco el significado del *crup*.

Nos hemos esforzado un poco para concluir, que el *crup* es una localización de la angina diftérica; ahora ahorraremos trabajo, pues relativamente á la ETIOLOGIA no podría hacer más que repetiros todo lo que os he dicho ya de las causas predisponentes y determinantes de la angina diftérica. El contagio especial que existe suspendido en la atmósfera, las peculiares condiciones climatológicas, los momentos dados que lo hacen más activo, el terreno en el cual fácilmente fructifica, y la edad de los niños que vosotros fijareis bien en la memoria, sobre todo la de dos á cinco años, son cosas que vosotros sabéis ya. Recordad también que la mayor frecuencia con que enferma el sexo masculino de *crup*, está compensada por el predominio de la angina diftérica en el sexo femenino, por lo cual teneis un total que puede dividirse en dos cifras iguales, una para cada sexo. Prescindo por esto de la historia etiológica del *crup*.

Seré también muy breve relativamente á las NOTAS ANATÓMICAS, puesto que si á la simple vista y con el microscópio la membrana crupal no se distingue de la diftérica, solo podría repetiros los mismos caracteres físicos y químicos: el espesor vario, que no se altera en el alcohol ni en el éter, la virtud disolvente que tienen ciertas sustancias que empleamos en terapéutica. En cambio prefiero detenerme algo tratando del sitio, de la abundancia del exudado, deciros algo que sirva para preparar las bases del concepto patogénico que discutiremos junto con los síntomas en la próxima conferencia.

El exudado diftérico en la laringe se desprende más fácilmente por las razones anatómicas que os he expuesto. Con

más frecuencia se le vé en la cara laríngea de la epiglotis, en los ligamentos ari-epiglóticos, en la mucosa interaritenóidea, y después puede invadir los ventrículos, las cuerdas, y penetrar á lo largo de la tráquea. Desde el punto de vista clínico podemos sostener que, considerando como centro de localización la laringe, el *crup* puede empezar primitivamente por esta, y se llama *crup primario* ó *crup d'emblée*. Puede ser secundario á las manifestaciones sobre el istmo de las fáuces, y entonces se llama *crup descendente* ó *crup diftérico*, como dicen los tudescos. Por último, puede ser secundario á los exudados que parten de la tráquea, y se llama *crup ascendente*. Sin reclamar prioridad de ninguna clase, quizá al mismo tiempo que Steiner, yo adoptaba esta denominación para aludir á la difusión del proceso que se verificaba en un sentido inverso, esto es, desde las partes respiratorias más bajas hácia la laringe. Puesto que el exudado fácilmente se desprende, con dificultad observareis debajo hemortágias considerables, ó graves pérdidas de sustancia, como sucede cuando el exudado, por falta de membrana homogénea, penetra en los tegidos.

Os ruego que no olvidéis lo poco que os diré de las notas anatómicas; esto es, que á veces el exudado puede ser escasísimo, tan escaso, que la escena sintomatológica del *crup* falta completamente, y no lo diagnosticais más que con el laringoscópio. O bien, que el exudado puede ser tan abundante que ocluya completamente la laringe. Hace algunos años fuí llamado para ver la hija de un profesor de esta Universidad, que presentaba manchas blanquecinas sobre el istmo de las fáuces, fiebre alta y una tos insistente. Gracias al laringoscópio pude descubrir sobre la cara interna de la epiglotis pequeños puntos de un exudado que tendían á reunirse en forma de falsa membrana. Hice un pronóstico reservado, como debía en este caso; pero no me descuidé, y emprendí una cura enérgica general y local. Repetí la observación diariamente, y por fortuna la escena de la laringostenosis se modificó tanto, que la enfermedad siguió la marcha de un simple catarro, y como tal curó perfectamente. Sabed, pues, que el

exudado crupal excepcionalmente puede ser tan escaso, que no provoca la triste y tumultuaria escena de la laringostenosis. Pero cuando el exudado es más ó ménos considerable; cuando la forma de la enfermedad es la que en general suele ser, hay una considerable tumefacción de la mucosa circundante, y esta circunstancia es la que me ha hecho emitir una teoría respecto á la disnea en el crup, que yo creo la más exacta y la más verdadera. En otros términos, opino que la laringitis diftérica se puede llamar flemonosa, cuando hay un exudado membranoso más ó ménos abundante. Este edema colateral puede á su vez estar más ó ménos desarrollado, segun los sitios que elige el exudado; pero de ciento, noventa veces existe, y es lo que nos explica ciertos fenómenos, que nosotros analizaremos muy pronto.

Las otras notas anatómicas son de orden secundario; algunas de estas nosotros las conocemos ya: el éxtasis, las alteraciones del corazón, del bazo, del hígado, de los riñones. Aquí debo recordaros la frecuencia de la repetición del proceso en aquellos brónquios cuya dirección es vertical, y sobre todo la coexistencia del enfisema pulmonar y de los núcleos atelectásicos que se forman facilmente, no por efecto del crup como proceso, sino del crup como laringostenosis.

Procuraremos interpretar reunidas estas lesiones tan diversas y discordes, cuando analicemos los síntomas; pero desde ahora os advierto que la noción de este hecho es interesantísima, puesto que al observarlo, importa distinguir clínicamente las pulmonías lobulares periféricas y los núcleos atelectásicos, de las pulmonías lobulares centrales relacionadas con el crup; las últimas contraindican la traqueotomía, las primeras aumentan sus indicaciones.

LECCION DECIMAQUINTA

X.

Síntomas.

Resúmen.—La sintomatología del crup se debe estudiar en un caso primitivo.—Consideramos tres estadios: catarral, exudativo y paralítico.—Varían en intensidad y duración, de aquí las variedades del crup fulminante y prolongado.—*a)* Estadio catarral.—Siempre hay fiebre.—Los desórdenes subjetivos son de poca importancia, pero hay uno de los objetivos, la tos, de gran valor, pero sin ser patognómico.—Trastornos fonéticos y respiratorios.—*b)* Estadio exudativo.—Estenosis laríngea manifiesta.—Los trastornos fonéticos pueden llegar hasta á la afonía.—Tos que sufre las mismas variaciones que la voz.—Signos objetivos torácicos y laríngeos.—Desórdenes circulatorios.—Euforias intermitentes.—Accesos crupales.—Explicación de todos estos síntomas.—Teorías sobre las causas de la laringostenosis de Bretonneau, de Gerhardt y de otros.—Es posible la parálisis de los crico-aritenóideos posteriores, la unión de las cuerdas vocales (Niemeyer), un defecto de coordinación en la mecánica respiratoria (Rudnicky)? Se puede explicar por la presencia del exudado membrani-forme? Nuestra hipótesis.—*c)* Estadio paralítico.—Los desórdenes respiratorios y circulatorios llegan al acme: anestesia cutánea.—Resultados: curación, muerte y su causa.

SEÑORES:

A propósito de la SINTOMATOLOGIA del crup, debo declararos que si mi palabra, inculta y tosca, no consigue pintaros con sus verdaderos colores los fenómenos morbosos que no-

sotros observamos, tampoco la del más esperto clínico, la del más experimentado patólogo lo conseguiría. Es un cuadro fenomenológico que queda bastante bien impreso en aquél que lo vé una sola vez. Y sin embargo, obligado á hablaros de la historia patológica de los síntomas del crup, prefiero á una descripción fantástica, el análisis minucioso de los mismos síntomas, para que lo poco que os refiera, quede bien impreso en vuestra memoria, y os sirva para interpretar los hechos.

Ante todo os recuerdo que anatómicamente hemos distinguido un crup descendente y un crup ascendente, y despues un crup primitivo, ó crup *d'emblée* de los franceses. Importa tener bien presente esta distinción para limitar la tarea que nos proponemos; por lo tanto trataré exclusivamente de los fenómenos laríngeos que la diftéria desenvuelve cuando se inicia primitivamente en la laringe. Si yo quisiese hablaros, por ejemplo, del crup descendente, tendria que volver á hacer la historia sintomatológica de la angina diftérica; deciros como empieza la fiebre; cuál es el aspecto de las tónsilas y del istmo de los fáuces; cuáles son los fenómenos colaterales; cómo se conduce el infarto ganglionar; cuáles son los peligros que de él se derivan para la infeccion; cosas que vosotros ya conoceis. Y tratándose de un crup ascendente, debería referiros la historia de una tráqueo-bronquitis pseudo-membranosa, que tiene caractéres comunes con la tráqueo-bronquitis de índole diversa, y que vosotros conoceis tambien perfectamente. Hago, pues, abstracción de la una y de la otra fenomenología, y os describiré un caso típico de crup primario de la laringe, para ver mejor cuáles son las diferentes fases que la enfermedad atraviesa.

Por comun consentimiento, todos los tratadistas han distinguido tres períodos, que llaman periodo catarral, periodo exudativo ó de laringostenosis, y periodo asfítico ó paralítico.

Verdaderamente, el crup laríngeo sigue rigurosamente algunas fases que son bastante diferentes entre sí, y cuyo conjunto caracteriza el ciclo de la enfermedad; con la diferencia de que estos tres diversos períodos pueden tener cada uno por sí una duracion diferente, y entónces el curso de la enfer-

medad se cambia. Así el periodo prodrómico, equivocadamente llamado así, pues no se trata de fenómenos precursores de la enfermedad, sino de lesiones iniciales de un proceso autónomo; el periodo prodrómico, digo, puede durar desde algunas horas á algunos dias, exactamente como el periodo final ó asfítico; y el que es siempre más largo, tambien con una duracion relativamente breve de la enfermedad, es el periodo intermedio, ó periodo exudativo. Cuando los fenómenos morbosos se suceden tan rápidamente que todo el curso de la enfermedad se reduce á pocas horas, el crup se llama *fulminante*; y se dice *prolongado* cuando dilatándose el tiempo que marca el periodo exudativo, dura más de cuatro, cinco ó seis dias, que representan la cifra media propia de la mayor parte de los casos de crup. Por lo tanto, vosotros comprenderéis que las diferencias clínicas designadas con los nombres de crup *fulminante* y de crup *prolongado*, no se refieren más que á la diferente duracion del mal, y más particularmente á la duracion de algunos estadios.

a) El periodo catarral del crup principia por la fiebre, que es constante, y á veces elevada. Podeis dogmáticamente sostener que no hay casos de crup sin fiebre; y cuando el termómetro os marque la cifra normal, recordad que probablemente practicais la observación termométrica en un periodo distante del principio, pues la fiebre puede declinar pronto; sin deciros que á medida que se avanza, á los fenómenos de excitacion suceden los de adinamia; al primer estadio, sigue el asfítico ó paralítico.

Generalmente no se admite la elevación real de la temperatura; pero la mayor parte de los autores sostienen la opinion que os he formulado. Sin embargo, debo de añadir que la cifra de 40° no es constante, que hay varias oscilaciones, nunca ménos de 39°, con tal que estas observaciones se hagan á tiempo, así como yo las he practicado. Puesto que nos ocupamos un poco del ciclo termométrico, añado que á medida que la enfermedad avanza, la fiebre puede desaparecer del todo, por lo aquello que ya os he dicho; ó bien podeis tener nuevas accesiones febriles que expresan, permitidme la palabra,

nuevas erupciones de la enfermedad, en especial, difusión hacia el trayecto inferior de las vías respiratorias; por lo tanto, hay cierta analogía entre el ciclo termométrico del crup y el de la angina diftérica, ya porque esta curva puede desaparecer rápidamente, ya porque podeis tener en el uno y en la otra accesos febriles, muchas veces justificados por la extensión del proceso local.

Con la fiebre coinciden fenómenos de catarro gutural y laringeo; los niños grandecitos acusan cierta molestia, cierto hormigueo en la garganta, hecho que debo citar porque lo hallareis registrado en las patologías, pero con el cual en vano contareis para el juicio diagnóstico, como tampoco podreis hacerlo con el malestar, el cambio de carácter, y con todos aquellos síntomas precursores que se encuentran en general en casi todas las enfermedades. Pero el síntoma que domina la escena, junto con la fiebre, es la tos irritativa por sacudidas, sonora, con un timbre especial, y que en el lenguaje vulgar se llama *crupal*. Veremos, señores, que es característica de la enfermedad la mutabilidad del carácter de esta tos. La tos seca, irritativa, ladradora, cederá muy pronto, se hará ménos frecuente, ronca, totalmente afónica; pero al principio, este timbre especial, y quizá un ligero silbido que la acompaña, acreditan la denominación vulgar de tos *crupal*, aquella tos que alarma á las familias y á veces las decide á llamar al médico, hasta por afecciones de la laringe que no tienen el carácter *crupal*. Quiero decir con esto, que el carácter *crupal* de la tos en el crup, se ha invocado falsamente como signo patognomónico; él no es característico de la enfermedad, ya porque presto se muda, ya porque se encuentra en otras afecciones que no son el crup, v. g., en un catarro ordinario, que permanecerá tal durante todo su curso, y en la laringitis estrídula que es una laringitis inflamatoria de carácter común desarrollada en los niños.

La voz en este período puede estar ronca, y durante cierto tiempo no se observan otros síntomas. Cuando las lesiones catarrales, de que ahora os hablaré, se acentúan más, empieza una perturbación respiratoria, esto es, la respiración co-

mienza á ser rumorosa, difícil, frecuente, y se realiza con la ayuda de todos los músculos auxiliares.

b) El estudio de los fenómenos de este segundo período, exudativo, es de los más importantes, y yo lo haré detenidamente; os analizaré cada fenómeno en su esencia, buscaremos la interpretación más plausible de cada síntoma; así vosotros no os sorprendais de que en este capítulo yo funde la patogénesis de la enfermedad, procurando exponer el concepto anatómico que debemos tener del crup; de la manera como nos lo han revelado las numerosas observaciones laringoscópicas que se han hecho en esta era moderna.

La estenosis laríngea es la nota culminante del segundo período. He dicho que la respiración se vuelve ruidosa y difícil, y este estridor particular podeis notarlo en los dos tiempos respiratorios, ó principalmente en la inspiración. Muy pronto os presentaré las lesiones anatómicas reveladas por el espejo laríngeo, y entónces podremos darnos cuenta del por qué de este hecho. Me basta, empero, desde ahora anunciaros, que cuantas veces la tumefacción de la mucosa, ó la abundancia de los exudados es tal, que estrecha uniforme y constantemente la luz de la laringe, igualmente ruidosas y difíciles serán la inspiración y la espiración; miéntras cuando la disposición de las falsas membranas permite un movimiento de las mismas en un sentido, y principalmente hácia la cavidad laríngea, la inspiración es más rumorosa que la espiración, y esta última puede en ciertas circunstancias hacerse de un modo casi normal. Vosotros, pues, no podeis utilizar el carácter de la inspiración y de la respiración ruidosa, pero debeis atender á estos varios fenómenos, procurando explicarlos como consecuencias de la lesión anatómica.

Cuando la respiración se dificulta más, se muda el carácter de la voz y de la tos; esto es, de la ronquera leve se va á la grave, y de ésta á la afonía. O cuando las cuerdas vocales no pueden vibrar por obstáculo material producido por el edema ó por las falsas membranas, hay una tos igualmente afónica, ó como en frase poética decia Trousseau, vosotros *vereis* y no *oireis* ya toser á estos niños. Quiere decir, que en

los movimientos tumultuosos de la espiración, y en aquel sonido que os recuerda la tos, vosotros reconocéis que este movimiento reflejo que llamamos tos, no se explica ya con aquel sonido característico debido á la reunión de las cuerdas vocales, sino con uno distinto, que se debe á la falta de vibración de la columna de aire que se escapa al través de una glotis insuficiente.

Es fácil con la laringostenosis darnos cuenta de todos los fenómenos que se verifican en el conducto respiratorio y en la esfera del sistema circulatorio. En verdad, á medida que la laringostenosis aumenta, menor cantidad de aire penetra en los pulmones, y en toda inspiración prolongada por la resistencia de la glotis, habrá tendencia al vacío. De aquí el predominio de la presión atmosférica y la aspiración del diafragma; de aquí aquel surco característico que vemos en la base del torax, en el crup y en todas las laringostenosis graves.

El apéndice ensiforme deprímido, estrecha el diámetro antero-posterior del torax, acercándose á la columna vertebral cerca de dos milímetros. El predominio de la presión externa deprime las paredes torácicas, por lo cual hácia las primeras costillas se nota un surco que basta verlo para adivinar el grave obstáculo que existe en las vias respiratorias. Añádase que la tendencia al vacío aspira el diafragma, y advertiréis que apesar de la contracción respiratoria de este músculo, permanece elevado, como se revela por el límite del hígado apreciado por la percusión. Así tambien, apesar de la contracción de los músculos prelaríngeos, el predominio de la presión atmosférica lleva hácia adentro la laringe, que está atacada de movimientos convulsivos que la arrastran hácia adelante y hácia atrás, los cuales nunca con justicia se han señalado como caracteres distintivos entre la estenosis laríngea y la de la tráquea. Así, si estudiais bien el modo de ser de la caja torácica en la laringostenosis crupal, os persuadireis que por la intervención de todos los músculos auxiliares de la respiración, la porción antero superior del pulmón permanece en una dilatación intensa, puesto que en aquella región no hay hundimiento de la pa-

red torácica, y durante la espiración, las partes limítrofes del pulmón empujan sobre ella, y el aire secuestrado motiva el aumento de la producción de aquél enfisema de que os hablé en la anterior conferencia; enfisema pulmonar que en el crup encontramos preferentemente en los vértices, y del cual hallamos una doble razón de ser, ya en la faz inspiratoria por la dilatación de los vértices, ya en la espiración, porque faltando músculos espiratorios propios, las partes limítrofes del pulmón deben ejercer una compresión sobre aquellas partes más altas, y el aire no puede salir á causa de la estenosis. Viceversa, la porción básica del toráx se deja deprimir, las paredes torácicas aparecen hundidas, y las partes del pulmón sufren en la espiración más de cerca la presión ejercida por los órganos abdominales. Ahora, ya por deficiencia del aire en las partes más bajas del pulmón, ya por la presencia del pus ó de las falsas membranas, teneis en la región básica la formación predominante de núcleos atelectásicos, que se explican por el mismo proceso y por una razón mecánica.

Comprendeis que los efectos que se den en el sistema circulatorio deben tambien ellos estar subordinados á las lesiones de que os he hablado. Durante la inspiración, en el estado fisiológico, hay una aspiración de la sangre por las venas de la cabeza; si por un hecho patológico esta dilatación inspiratoria se prolonga, habrá mayor tendencia al vacío, y la aspiración de la sangre estará más favorecida; así el semblante encendido de los niños, en el período catarral por las sacudidas de la tos, se cambia en un color pálido, debido á la aspiración de la sangre de las venas cefálicas al corazón. Y cuando en el tercer período se vacía mal, y la sangre está sobrecargada de ácido carbónico, al color pálido sucede el color plumizo. Así, siguiendo paso á paso las diversas alteraciones que se verifican en la mecánica respiratoria por la laringostenosis, os dais cuenta de las perturbaciones, que se verifican en el sistema respiratorio, especialmente respecto al color, respecto al pulso, que vibrátil y fuerte al principio, acaba por hacerse pequeño, irregular, intermitente, y á veces indica el aniquilamiento, el síncope que puede cerrar la escena.

La frecuencia respiratoria, que compensa al principio el defecto del oxígeno, en las laringostenosis graves cede el puesto á la lentitud, y esto es verdad en todas las laringostenosis indistintamente. Esta relacion entre la lentitud de la respiración y el grado elevado de la estenosis, que Traube percibió el primero, se ha tratado de explicar por una irritación del laringeo superior; opinión que queda refutada por el hecho de que la traqueotomia hace que la respiración vuelva á la cifra normal; opinion que parece inspirada por otra de Breuer, que invocaba la influencia del auto-gobierno del pulmon. Recordad empero que esto es posible, pero que no vayais á creer la cosa insólita y extraña.

Esta escena sintomatológica debida al estrechamiento de la glotis, que se expresa con el ánsia, con la angustia, con la dificultad de la respiración, con la necesidad que los enfermos tienen de apoyar las extremidades para elevar bien las clavículas, con un trabajo continuo de las alas de la nariz, con la boca abierta, experimenta alternativas curiosísimas de mejoría y de agravación. La euforia muchas veces depende de los efectos de la medicación empleada, especialmente del vómito, cuando espulsa las falsas membranas; y entónces ampliada algo la luz de la laringe, los fenómenos laríngeos y respiratorios se mitigan, el estridor es ménos fuerte, el semblante no está tan pálido, la respiración y la circulación se restablecen. Viceversa, y es el hecho más frecuente, esta escena desoladora, proporcionada al grado de la estrechez de la laringe, experimenta agravaciones, que se llaman *accesos crupales*; es decir, los enfermos que ya respiraban mal, comienzan á tener una manía, una necesidad de llevar la mano al cuello, y la respiración casi se suspende, y aquel particular estridor que vosotros advertíais, cesa; indicio de que el paso de la corriente de aire está del todo interceptado; ó bien se agitan en el lecho, echan atrás la cabeza, para que los músculos largos de la región del cuello dilaten un poco el espacio de la glotis intercartilaginosa. Estos accesos duran pocos minutos, y pueden producir la muerte en vista de la completa oclusión; ó cediendo, pueden volver las cosas al estado primitivo.

Es importante que discutamos ahora las diversas teorías que han reinado ya sobre las causas que determinan la laringostenosis en el crup, ya sobre las que provocan estos accesos crupales. Me ocuparé ante todo de las últimas. Bretonneau y Gerhardt dicen que estos accesos son debidos al moco que partiendo de la tráquea y de los bronquios, choca contra la superficie inferior de las cuerdas vocales, y provoca un espasmo. Nosotros imaginamos fácilmente que junto al proceso específico debe haber flogosis catarral; las autopsias lo demuestran, la lógica misma nos lo hace presumir. Ahora bien, nada más fácil que este exudado mucoso, líquido, movido por la corriente del aire, llegue hasta á las cuerdas vocales, y produzca este espasmo. Otros dicen que son pedazos de falsas membranas, que se introducen entre los lábios de la glotis, determinando momentáneamente mayor estrechez en la laringe, explicando así el aumento de los fenómenos disnéicos. Otros, en fin, han querido sostener el hecho de carácter puramente funcional, hablando de un espasmo de los músculos laríngeos. ¿Cuál es nuestra opinión? Yo creo que podemos admitir todas estas causas juntas; todas tienen buenas razones para sostenerse con fundamento; todas responden á las exigencias de la patología. El ver que á veces el acceso termina sin la expulsión del moco-pus, hace verosímil la hipótesis de que á ocasiones estos accesos pueden depender de los movimientos que las falsas membranas experimenten. En cambio la corriente de aire espirado ó inspirado, en condiciones favorables puede, desembarazando la glotis, volver las cosas al estado primitivo. No podemos llamar improbable la otra hipótesis de que haya verdaderamente un espasmo de los músculos, pues que yo creo menos en las parálisis invocadas por muchos autores para explicar la disnea constante, que en las citadas, para dar razón de estos accesos crupales.

Voy ahora á discutir las opiniones presentadas para explicar el estrechamiento de la laringe. No creais que esto sea un capricho ó un lujo, pues hay opiniones contrarias; y parece extraño que en un proceso tan bien definido, no se haya estado de acuerdo. A este propósito quiero exponeros la

opinión que yo tengo respecto á la esencia verdadera de la enfermedad. Se ha dicho que la causa principal del estrechamiento de la laringe era la parálisis de los músculos crico-aritenóideos posteriores; y en apoyo de esta opinión, se han invocado por una parte la imagen laringoscópica, y por otra las alteraciones musculares. Muchos laringoscopistas, y yo entre ellos, hemos tenido ocasión de practicar el exámen laringoscópico en niños enfermos del crup, y hemos podido observar que, independientemente de otras notas, la hendidura glótica aparece excesivamente estrecha, porque durante la inspiración, las cuerdas vocales no se separan la una de la otra, esto es, permanecen juntas en la línea media. Al encontrar esta falta de abducción, los autores han dicho: están paralizados los crico-aritenóideos posteriores. Hay, empero, mucho que objetar á esta interpretación. El primer hecho es que á veces, acabada de practicar la traqueotomía, observamos que se recobra la movilidad de las cuerdas. El otro hecho es que las más diligentes observaciones de los músculos laríngeos muestran mayor alteración en los tiro-aritenóideos y notas anatómicas, que son las más comunes de una miositis clásica, es decir, degeneración grasienta, desaparición de las estrias, multiplicación de los núcleos del sarcolema (Callandreau-Dufresse). Que son los tiro-aritenóideos los más comprometidos, lo adivinamos considerando cuán cerca de ellos ejerce su acción la flogosis que invade la mucosa laríngea.—A propósito de una parálisis miogénica doble de los crico-aritenóideos posteriores, os expliqué como las causas reumáticas debían obrar sobre aquellos músculos laríngeos que están mas descubiertos; pero en el crup, la causa morbosa reside dentro de la misma laringe; y los músculos que más deben sentir la alteración colateral, son los que están más próximos á la mucosa. Así pues, ni la anatomía patológica, ni la clínica, deponen en favor de la parálisis de los crico-aritenóideos posteriores. Estudiando este hecho, en un tiempo acaricié la idea de Niemeyer, esto es, que la laringostenosis fuese producida por el aglutinamiento de las cuerdas vocales debido á la presencia de un moco denso y tenaz. Pero ulteriores observaciones me

han hecho abandonar esta teoría, y la que voy á presentaros me parece que es más verdadera.

Antes quiero deciros dos palabras sòbre la hipótesis de Rudinicky, que admitia un defecto de coordinación en la mecánica respiratoria, y despues referiros la opinión de los que hacen depender la laringostenosis de la presencia del exudado membraniforme. Esta última teoría es falsa, porque vereis enfermos en los cuales la espulsión de las falsas membranas se ejecuta perfectamente, y apesar de esto la laringostenosis permanece igual. Por lo tanto, debe haber otra causa que lo explique.—La primera parece más imaginaria que real. Cuando repetimos el exámen laringoscópico, advertimos fácilmente que independientemente del exudado membranoso hay considerable tumefacción de la mucosa, edema más marcado en donde la membrana es más laxa. Además de la viva rubicundez, tendremos siempre lugar de observar que en la mucosa interaritenóidea y en los ligamentos ari-epiglóticos hay cierto grado de infiltración; que la frecuencia del exudado sobre la mucosa interaritenóidea es muy grande, y así el edema colateral siempre es claro y clásico. En los casos de crup, esta simple noción basta para darnos cuenta de los errores en que han caido todos los que han sostenido teorías opuestas; esto es, dada la infiltración edematosa de la mucosa en la base de los aritenoides, las cuerdas difícilmente se pueden abducir; es lo que os he dicho aporósito de la tuberculosis laríngea, y os repetiré todas las veces que debamos explicar la laringostenosis con alteraciones poco marcadas. Sabeis que las articulaciones crico-aritenóideas tienen por objeto adducir y abducir las cuerdas vocales; cuantas veces la mucosa que cubre estas articulaciones, esté hinchada de modo que el movimiento hácia afuera y hácia adentro no pueda hacerse, se tendrá el estrechamiento en grado proporcional (por defecto de la abducción de las cuerdas) y disfonía (por defecto de la adducción). Y he aquí como el ayuntamiento de las cuerdas ha podido hacerse depender de parálisis, cuando creo que se trataba de una verdadera anquilosis de las articulaciones crico-aritenóideas por infiltración edematosa. De esta manera el

crup laríngeo no sería otra cosa más que una laringitis flemonosa, una laringitis en que hay infiltración serosa ó sero-purulenta en las mallas del tejido sub-mucoso, una laringitis á la cual se une la presencia del exudado membraniforme. Pero el elemento principal de la estenosis en el crup no es siempre la falsa membrana, sino el predominio del edema colateral; este es el que explica el obstáculo en el movimiento de las articulaciones crico-aritenóideas, y mientras nos dá cuenta de la ineficacia de la medicación emética, nos debe servir de guia para más racionales indicaciones.

c) El tercer estadio es el asfítico, el paralítico, en el cual hay cianosis de las extremidades, frialdad de los miembros, anestesia intensa. Esta es un criterio precioso para decidirse á la traqueotomía. Basta simplemente pellizcar la piel; los niños no lo sienten. En este estadio paralítico no puede haber más que la curación ó la muerte. La primera se conseguiría por una desaparición gradual del exudado y del obstáculo mecánico, con la vuelta á las condiciones normales de la respiración y de la circulación. Entonces la voz vuelve á estar ronca, la tos se hace más frecuente, el estridor es menos seco. Se nota una especie de estertor húmedo á la formación del exudado líquido que facilita el desprendimiento de las falsas membranas, y el enfermo recobra fuerzas y la palidez desaparece. Pero al contrario, y esta es la terminación más constante, sobreviene la muerte. Puede acaecer de diferentes maneras: esto es, por oclusión de la glótis; por asfixia debida al acúmulo de los exudados; por intoxicación general; por una detención de la respiración despues de la escitación centrípeta del bulbo, como ha hecho notar Jaccoud; por síncope; por abatimiento; en fin, bajo el coma ó las convulsiones. Sin embargo, estas no son la regla constante; el coma sucede ó se mantiene cuando la estenosis, más lenta en su desenvolvimiento, impide el libre reflujo y se pierde el conocimiento, que casi siempre permanece íntegro en estos míseros niños.

Las pocas cosas que os he dicho sobre las posibles TERMINACIONES del crup, sirven para evitar el error de juzgar

la muerte próxima ó lejana por el estado del pulso, porque á veces aunque vibre, el enfermo dista poco de la tumba; y sabeis que pronosticar exactamente, es á veces un mérito grandísimo. En fin, la muerte puede sobrevenir por las complicaciones, pero éstas, como muy lejanas, apenas merecen mencionarse.

LECCION DECIMASEXTA

XI.

Diagnóstico y pronóstico del crup.

Resumen.—**Diagnóstico.**—Es fácil y es difícil.—Cómo se diferencia el crup de la laringitis catarral, de la estrídula, del espasmo glótico, del muguet, de las placas mucosas, de los pólipos congénitos de la tráquea, del absceso retrofaringeo.—**Consejos para la aplicación del espejo laringeo en los niños.**—**Pronóstico.**—**Estadísticas y variaciones que experimentan, según que se trate de enfermos que estén ó no traqueotomizados.**

SEÑORES:

Sabemos qué es el crup, y cuáles son los fenómenos que lo anuncian. Ahora debemos tratar una cuestión clínica de gran interés, á saber: si el diagnóstico del crup es fácil ó difícil. Y bien, en la práctica sucede precisamente esto: que hay circunstancias en las cuales el diagnóstico es facilísimo, y otras en que no se puede resolver con certeza, sino estudiando bien el curso del mal. Me explicaré con ejemplos. Supongamos que sois llamados al empezar la enfermedad, es decir, cuando hay síntomas de simple catarro laríngeo; ¿cómo haréis entónces para preveer que se trata de una afección crupal, y no de una inflamación catarral pura y simple de la laringe? Aquí el médico se halla en grandísimo embarazo, porque aún suponiendo que se trata verdaderamente del crup, aún suponiendo que podeis practicar el exámen laringoscópico, no descubriréis más que las notas de un catarro ordina-

rio. Verdad es que el exudado se forma bastante pronto; pero si sois llamados más al principio, podreis no encontrar señales de él, y en cambio, comprobar las notas de una inflamación clásica. En tales circunstancias es necesario armarse de prudencia, especialmente si reina alguna epidemia, atender á la fiebre y al estado del istmo de las fáuces; porque si encontráis sobre las tonsilas una señal, por ligera que sea, de exudado, podeis exagerar vuestras inducciones, y pensar que este exudado escaso no es más que el precursor de una falsa membrana, y relacionar este proceso de las fáuces con el que se inicia en la laringe. Aun suponiendo que los exudados sobre las tonsilas sean bastante extensos, el infarto glandular puede ser mínimo, por lo cual no podeis confiar en esta falta de infarto ganglionar para negar el crup. Y como á veces con exudados diftéricos sobre las tonsilas puede coincidir un estado hiperémico de la laringe puro y simple, las dudas serán mayores y la reserva será la salvaguardia de vuestro amor propio. Pero al poco tiempo, teneis argumentos para formular con precisión vuestro juicio, especialmente cuando la laringostenosis comienza á formarse y progresa, y con ella encontraréis todos los trastornos funcionales que se verifican en el sistema respiratorio y en el circulatorio, como los hemos estudiado en la pasada conferencia.

Suponiendo ahora que llegueis en el segundo período, esto es, cuando ya existe la laringostenosis en un niño pequeño, nuestra tarea se limitará algo más, pues sabemos que el crup es una enfermedad que predomina en la niñez. En este período de la vida, el diagnóstico diferencial de los otros procesos que pudieran simular la misma escena, se hace facilmente. Yo os presentaré todas las otras alteraciones de la laringe y de los órganos vecinos que pueden aparentar la escena sintomatológica del crup, advirtiéndole que para algunas bastará citarlas.

La que más se asemeja al crup es la laringitis estrídula ó falso crup, como erróneamente lo llaman algunos. He dicho *erróneamente*, porque no es exacto llamar á una afección falsa; ó es, ó no es. Y bajo este punto de vista, yo os ruego que

seais precisos en el language clínico, y sustituir para el llamado falso crup la expresión más propia de laringitis estrídula. Este diagnóstico diferencial puede ser escesivamente difícil, hasta el punto que los más expertos clínicos se han encontrado apurados. Trousseau enuncia casos en que se practicó la traqueotomía, y á ésta siguió una pronta curación, porque se trataba de laringitis estrídula, como otros en el cual les sobrevino la muerte; y mientras se creía en el crup, se encontraron igualmente las notas de una laringitis estrídula. Hay, sin embargo, ciertos criterios á los cuales es necesario atender, no porque sean patognomónicos de la una ó de la otra afección, sino porque sirven para ponernos en buen camino: por ejemplo, el criterio de la voz. En la laringitis estrídula, verdaderamente, la voz conserva su timbre más que en el crup, en el cual rápidamente se extingue y como la voz, se mantiene la tos, la que hemos visto corresponder en la práctica á la llamada tos crupal. Quiero decir, que avanzando en el curso de la laringitis estrídula, la voz no se altera demasiado, y la tos persiste por sacudidas, sonora, ladradora; mientras lo opuesto sucede en el crup. Por esto con razon Trousseau, que tenia profunda intuición y procuraba fijar bien en la memoria de sus discípulos ciertos puntos salientes, decía, que *el falso crup acaba como empieza el verdadero*; porque en la laringitis estrídula, á medida que pasa más el tiempo, la voz se pone más clara, mientras en el crup sucede lo contrario. Hay más. La laringitis estrídula tiene tambien un modo especial de empezar, porque casi siempre el acceso es instantáneo y de noche. Si tenemos lugar para tratar de la laringitis estrídula, os demostraré que la invasión brusca es aparente; se trata de una inflamación catarral intensa de la laringe que se desarrolla en los niños, esto es, en individuos cuyas dimensiones de la glótis son rudimentarias. O bien, la tumefacción catarral de la mucosa, que al principio no es tan apreciable, no provoca fenómenos de lesa respiración, y como la fiebre tambien es menos fuerte que en el crup, los niños lo pasan medianamente, casi, casi no se quejan; por lo cual este período preparatorio de la laringitis estrídula pasa

desapercibido de los padres. Estos niños se acuestan bien, pero en el curso de la noche, sea porque la afección se agrava, sea porque la falta de luz ejerce una influencia especial en el conducto respiratorio, como vemos en todas las afecciones morbosas, que comienzan á estrechar la luz de la laringe, sea por alguna secreción catarral que tiende á acumularse, sea, en fin, porque la respiración durante el sueño se hace más lenta, el niño es atacado por accesos de sofocación, mientras duerme; se despierta, se sienta en la cama, su semblante está encendido, se agita, instintivamente lleva la mano al cuello, y una profunda y ruidosa inspiración atestigua la dificultad de respirar. Ved aquí como vosotros encontrais consignada la invasión brusca de la laringitis estrídula, invasión que, sin embargo, yo llamo aparentemente brusca, puesto que en sustancia la enfermedad se preparaba hacía dias. Verdad es que en el crup á veces hay una invasión análoga; pero en la mayor parte de los casos el período prodrómico marcha con bastante mayor lentitud en su desenvolvimiento, y ya la atención se dirige hácia la laringe, aún antes que un acceso de espasmo glótico anuncie la invasión de una triste enfermedad.

Comprendeis que este diagnóstico diferencial es importantísimo, no solo para el pronóstico, sino para el tratamiento, pues que si en la laringitis estrídula podeis esperar y agotar toda la escala de los medicamentos en voga, en el crup no es bueno mecerse en vanas esperanzas, y convendrá intervenir con una operación quirúrgica. Añadid, que la laringitis estrídula suele verificarse con igual frecuencia en la misma edad que el crup, y comprenderéis que en las circunstancias equívocas será necesario esperar, antes de emitir un juicio formal.

Otra condición, que más remotamente puede simular el crup, es el espasmo glótico: basta, empero, tener presente la edad, las condiciones en las cuales se presenta, la intermitencia del fenómeno, para diferenciarlos. El espasmo glótico es una enfermedad que escoge los niños más pequeños, desde los primeros meses de la vida hasta los dos años. El espasmo glótico es una enfermedad apirética é intermitente; en los

intervalos el niño está perfectamente sano; se acompaña de contracciones carpo-pedales; es parte de un todo, es parte de una perturbación que se verifica en todo el sistema nervioso, de modo que muchas veces podeis ir hasta encontrar la causa del espásmo glótico en otras lesiones, una de las cuales es la llamada craniotabes; por lo cual, en la posición horizontal los huesos blandos ejercerían una presión sobre el cerebro, y de aquí la contracción espasmódica de los músculos de la laringe y de las extremidades.

Hasta hace poco tiempo no se hablaba de que el muguet pudiese atacar á la laringe y provocar fenómenos semejantes á los del crup laríngeo. Yo he sido bastante afortunado por haber llamado la atención sobre este punto antes que otro alguno. Una vez he visto en mi gabinete un niño de tierna edad atacado de una grave estenosis laríngea y de una fiebre alta. Las condiciones en que se hallaba este enfermo eran desoladoras, tanto que la escena sintomatológica me recordó con bastante exactitud el crup. El niño tenia pocos meses, y yo comprendí las graves dificultades que habria encontrado para la traqueotomía, ya por la edad, ya por las condiciones en que lo observaba y por su estado social, pues era hijo de un mozo de cuadra. Aquel pequeño organismo luchaba entre la vida y la muerte, cuando pensé en el cateterismo laríngeo y procuré sobre la punta de mi índice izquierdo introducir un catéter inglés N.º 11. Al intentar esta maniobra, ví la epiglotis envuelta en un exudado blanco, que tenia el aspecto del crup, aunque por otra parte se apartaba de él, pues los exudados crupales nunca son tan abundantes. En el primer tiempo de la introducción del catéter se oyó un silbido, y tuve la certeza de haber penetrado en la cavidad; pero pocos momentos después la respiración se suspendió, y me ví obligado á extraer el catéter. Hecho esto, el niño respiró mejor; y cuando, casi instantáneamente, miré las aberturas del catéter, encontré una materia blanca caseosa, que comprendí que era la del muguet. Entonces repetí la maniobra, y cada vez saqué pedazos de exudado, restableciendo así sucesivamente la respiración. Además, habiendo hecho examinar al microscó-

pio este exudado, se encontró en él el característico *oidium albicans*.

He contado algo minuciosamente el hecho, para deciros cómo la casualidad me guió á una importante noción; así ninguna duda queda sobre la posibilidad de un muguet laríngeo; y este, si debe entrar en el diagnóstico diferencial con el crup, se distingue fácilmente de él, pues es siempre secundario del muguet bucal; mirando los labios, la lengua, el velo del paladar, encontrareis exudados análogos sobre los cuales no podeis ya abrigar dudas.

Además de estos procesos agudos endolaríngeos, hay otros crónicos, hácia los cuales llamo vuestra atención; y advertid que no lo hago al acaso, sino guiado por aquella experiencia que es fruto de una larga observación. Una vez fui invitado para practicar la traqueotomía á un niño que se decia que estaba afecto de crup, y despues de muchas indagaciones con el médico de cabecera, convinimos en que se trataba de una sífilis laríngea. Era un niño que tenia disnéa análoga á la del crup, estaba algo febril; pero la laringostenosis se habia desarrollado hacía ya quince dias; pero en el istmo de las fáuces se encontraban los caracteres evidentes de los condilomas planos; pero en las piernas existian aún ampollas de pénfigo; por solo lo cual pudimos con bastante facilidad eliminar la duda presentada por el médico de cabecera, y afirmarnos en la idea de una sífilis laríngea, tanto más, cuanto la presencia de las placas mucosas en la laringe y la posibilidad de una laringostenosis consecutiva, son hoy hechos demostrados.

Otro tanto podeis decir de los pólipos congénitos de la tráquea, fibromas y papilomas á veces encontrados en la autopsia. Sé que son la excepción, sé que en los adultos debemos más bien analizar todo lo que es capaz de provocar una laringostenosis; pero os dije que apropósito de ciertos procesos, me contentaría solamente con citarlos; y por esto de los pólipos congénitos no diré más, puesto que, como conoceis, falta la fiebre, toda señal de exudado y de infarto ganglionar.

Pocas palabras debemos emplear sobre ciertas condicio-

nes morbosas extra-laríngeas, que pueden simular una estenosis. Cuando os hable de la diftéria nasal, insistiré un poco para describir el grave obstáculo que tienen para respirar los niños, cuyas vías nasales están ocluidas por la tumefacción de la mucosa y por la presencia de falsas membranas. Añádase que la tumefacción de las tónsilas obliga á estos infelices á una respiración laboriosa con la boca abierta, interviniendo los músculos auxiliares. En circunstancias semejantes, el timbre de la voz, la falta de tos, la exploración directa del istmo de las fáuces y de la nariz, os harán ver la causa verdadera del obstáculo á la respiración. Y así el solo examen físico de la parte posterior de la faringe podrá evitaros tomar por crup un absceso retro-faríngeo. Los abscesos retro-faríngeos espontáneos son comunes en la niñez, y avanzando hacia el orificio laríngeo, pueden modificar el timbre de la voz y alterar la respiración. Pero la vista y el tacto nos sacan del error, y nosotros, antes de exponer nuestro juicio, podremos completar nuestro examen. Pero tengo que deciros, en conclusión, que la frecuencia del crup en la niñez es tan sabida, que cuantas veces se os presenta un niño, las mayores probabilidades están en favor del crup. Hay que completar el examen con la inspección general y con la inspección local, pero las probabilidades estarán siempre de parte de la enfermedad que estudiamos.

Señores. Me he detenido algo sobre el diagnóstico diferencial, lo contrario de lo que he hecho en otros procesos, porque comprendéis que poco provecho podemos sacar del EXÁMEN LARINGOSCÓPICO. En los niños es bastante difícil usar el espejo laríngeo, pero hay algunas circunstancias en las cuales importa practicar este examen, apesar de la epiglótis replegada sobre los lados y que cubre el orificio laríngeo, y apesar de la falta de la intervención voluntaria del sujeto. Ved por que me permito deciros algunas cosas respecto á ciertas reglas que debeis guardar, cuando es menester practicar esta exploración; y si teneis paciencia, gozareis la satisfacción de comprobar con vuestros ojos la lesión material.

Nosotros no podemos sacar la lengua ni hacer que se pronuncie una vocal con sonido de cabeza para elevar la laringe y acercarla al espejo; será mejor, pues, dejar libre en la cavidad bucal la misma lengua. A veces no poseemos un espejo reflector; en tal emergencia acordaos que una cuchara puede prestar útil servicio, y con una bujía puesta en correspondencia con la parte cóncava de la cuchara, improvisais un aparato iluminador suficiente. Haced que la cabeza se incline exageradamente hácia atrás, porque así esquivais los obstáculos de la epiglotis, y aplicais el espejo en el fondo de las fáuces despues de haberlo calentado. Esta maniobra provocará un conato de vómito, que aprovecharéis para la exploración, puesto que siempre lograreis ver la epiglótis. Repetid la exploración muchas veces, si en la primera tentativa no habeis quedado satisfechos; y como los exudados crupales ocupan principalmente la cara laríngea de la epiglótis y los ligamentos ari-epiglóticos, aún de este exámen incompleto podeis recavar alguna noción útil para el diagnóstico.

La CUESTIÓN PRONÓSTICA del crup es también de las más interesantes. Vosotros comprendéis que hay un pronóstico para las familias y otro para la ciencia. ¿Vivirá? ¿Morirá? Ved aquí lo que nos preguntan las familias. ¿Cuál es la proporción de las muertes en el crup? Esta es la pregunta que nos hace la ciencia.

Para responder á estas dos preguntas, no basta decir que el crup es una enfermedad gravísima; debemos recorrer escrupulosamente las estadísticas para saber lo que nos dicen. La cuestión del pronóstico, decia, es importantísima, pues discutiéndola á fondo, sacaremos corolarios que nos servirán de fundamento en la medicación, y el poco tiempo que dedique á este párrafo nos será recompensado cuando os hable de aquella. Y bien, este pronóstico del crup, que sabemos que es tristísimo, sufre modificaciones importantes, y según que se trate de individuos en los cuales se practique ó no la traqueotomía.

Las cifras estadísticas que yo os presentaré, despertarán ya en vosotros aquellas convicciones que os ruego no aban-

doneis jamás, serán la guía más segura para que enjuiciéis acertadamente, y para que vuestro ánimo se libre de aquellas ilusiones engañosas que casi la mayor parte de los médicos abrigan culpablemente, porque llevan inexorablemente á la tumba muchos niños afectos de crup. Comienzo por deciros que tambien este pronóstico, estudiado en sus aplicaciones á la traqueotomía, experimenta modificaciones segun el génio epidémico; y este es el que debeis estudiar, porque si en algunas ocasiones las curaciones se multiplican, en otras son tan raras, que es mejor no coger el bisturí. El crup fulminante, aquel que recorre sus períodos en pocas horas, dá menores probabilidades de curación; mientras la estenosis precede á pasos precipitados, la infección tambien avanza, y vosotros no teneis ya que resolver solamente el problema de la laringostenosis, sino tambien el de la infección general. Además, el daño local y las condiciones generales, deben estar siempre presentes en vuestro ánimo para haceros comprender cada vez más la gravedad de esta enfermedad; y pesándola justamente en la balanza del criterio clínico y de la práctica, podeis conjeturar la indicación oportuna para decidiros á la traqueotomía.

Finalmente, las mayores probabilidades de éxito para la operación, se tienen cuando ésta se practica á tiempo. Escuchad un poco lo que nos dicen los autores, escuchad lo que nos enseñan las estadísticas. En general, podeis sostener que de cien casos de crup, curan sin traqueotomía apenas diez. Al referiros esto quiero ser generoso, no quiero ponerlos ante la vista los resultados de mi práctica, que es bastante larga; que si yo quisiera deciros el resultado de mis estadísticas, tendria que manifestaros que de 300 ó 400 casos, solo recuerdo cuatro ó cinco de curación espontánea. En cambio, con la traqueotomía tenemos resultados vários, segun las diversas regiones y los diversos observadores, pero siempre una cifra superior al diez por ciento. Mackenzie en su libro clásico sobre la difteria, que yo he traducido, y en el cual, como he dicho, me inspiro para estas lecciones, refiere una estadística de 4663 casos sumados y

recogidos en los dos principales hospitales de París, el de Santa Eugenia y el de Niños, estadística recogida en 25 años, esto es, desde 1851 hasta 1875 inclusive. Hay una proporción de curaciones del 23,91 por ciento, es decir, cerca del 24 por ciento. Lo que en otros términos significa que de 100 enfermos afectos de crup, 68,49 mueren—no os asustéis de estas cifras,—y curan 31,51; de estos, 10 sin traqueotomía, 21,51 con traqueotomía. En Londres, desde 1864 á 1876, se operaron en un hospital de niños 60 casos, de los cuales curaron 13; es decir, tenemos una proporción semejante á la precedente, 21,6 por ciento. Langenbeck en Berlin desde 1.º de Enero de 1870 al 30 de Julio de 1876, de 567 casos por él recogidos, dá una proporción de curaciones del 30 por ciento. Y Cohen, en Filadelfia, reuniendo 166 casos ha referido 110 de curación. Yo no puedo presentaros más que una estadística mezquina, pero tengo el placer de hacerlo para deciros que los resultados á veces son animadores.

Notad que la cuestión de la traqueotomía está tambien subordinada al crédito que ésta ha alcanzado en las várias naciones del globo. En Inglaterra se opera de traqueotomía bastante menos que en Francia, y aquí entre nosotros los casos de crup, en los cuales se practica la traqueotomía, son escepcionales. Esta infeliz estadística, de la cual yo os hablaré con cierta satisfacción, debe servir para mostraros que, entre el confiar en una medicina dudosa y una posible acreditada por los hechos, no hay vacilación que valga. El año pasado he practicado ocho traqueotomías por crup, y cuento cinco curaciones. Sería desoladora la estadística, si quisiese reunir todos los casos de crup; ménos feliz si quisiese sumar todos mis traqueotomizados, pero quiero deciros con esto, que intentar la operación en muchas circunstancias es un deber.

Os he dicho por qué yo me he entretenido algo en el pronóstico del crup. En la próxima conferencia, cuando hablemos del tratamiento, podremos fijarnos en las indicaciones más racionales y principales; y puesto que sabemos ya

cuáles son los remedios propuestos contra la diftéria en general, nuestra tarea será más limitada, y podremos con un parangón óbvio decir cuáles son los medicamentos de los cuales se espera con derecho cierto efecto, faltando el cual, hay que recurrir inmediatamente á la traqueotomía.

LECCION DECIMASETIMA

XII.

Tratamiento de la diftéria laringo-traqueal.

Resúmen.—Nociones sobre las cuales debe basarse é indicaciones á que debe satisfacer el tratamiento de la diftéria laringo-traqueal.—Primer período: hielo aplicado tópicamente y administrado al interior.—Segundo período: eméticos y su valor.—Ipecacuana, tártaro emético (Bouchut), sulfato de zinc, sulfato de cobre, apomorfina. Apomorfina y pilocarpina, turbit mineral.—Desprendimiento mecánico.—Aspiraciones amoniacales, pinceles de Mackenzie, cateterismo de Bouchut, de Macwen.—Medicamentos diversos.—Disolventes: bromo, ácido láctico, agua de cal, vapor acuoso.—Tercer período: pulverizaciones, escitantes, tónicos.—Traqueotomía.

SEÑORES:

El TRATAMIENTO del crup, ó mejor de la diftéria laringo-traqueal, debe basarse sobre tres nociones: la del tratamiento de la diftéria en general, que ya sabemos; la del concepto anatómo-patológico del mal; la de los datos pronósticos que os referí en cifras en la conferencia anterior. Procediendo de esta manera, economizaremos un tiempo precioso, pues evitaremos repeticiones inútiles. Lo mismo tengo que deciros de la profiláxis; si os he demostrado que el crup es contagioso y puede producir, no el crup mismo, sino la angina diftérica, es muy justo que todas las medidas preventivas aconsejadas para la diftéria, se tomen también para esta localización laríngea. Añadid que el tratamiento del crup ya desarrollado

no puede ser siempre el mismo, como no debe serlo en la diftéria, lo que quiere decir que debemos proporcionar las armas á los diversos períodos de la enfermedad, é inspirarnos en las indicaciones racionales sugeridas por las lesiones anatómicas que corresponden á los diversos períodos del crup. Por lo tanto, podremos compendiar en línea genérica estas indicaciones; en una, antiflogística; en otra, disolvente de las falsas membranas, y en una tercera puramente sintomática, dirigida á restablecer la libre respiración.

Primer período.—Período catarral, período en el cual los síntomas funcionales y el exámen directo solo corresponden á las lesiones ordinarias de una inflamación clásica. Si nosotros, interviniendo á tiempo pudiésemos limitar esta flogosis en su desarrollo, tendríamos derecho á esperar no solo una correspondiente disminución del exudado que se vendría á formar, sino que la tunefacción de la membrana mucosa, quedando limitada, no constituiría el obstáculo más sério á la respiración. Tened siempre presente que si las falsas membranas, acumulándose en la laringe, pueden ser una causa positiva de estenosis, otra más notable y más constante es la pseudo-anquilosis de las articulaciones crico-aritenoideas por hinchazón de la mucosa. Esta indicación antiflogística está plenamente justificada, apesar del carácter específico de la enfermedad. No poseemos agentes que por la vía de la sangre puedan paralizar la acción del virus diftérico; pero podemos combatir con alguna confianza sus efectos, y aunque la flogosis está bajo el dominio de la infección, podemos limitarla en su intensidad y en su extensión. Esta indicación se llena con un medio clásico, esto es, con la metódica aplicación del hielo, es decir, la metódica sustracción del calor. Bueno será, pues, que, reconocido este período catarral, aunque esté avanzado hasta el punto de que principie el segundo período (el exudativo), y aún habiendo dudas acerca de si se trata de una laringitis estrídula, apliqueis exteriormente el hielo en forma de cataplasmas á la región pre-laríngea, y recomendeis la suministración continua del hielo por la boca. Comprendeis muy bien que en esta medicación es necesario ser vigorosos y

exáctos, en cuanto que es necesario hacerla con constancia. Aplicando el hielo y suspendiendo su uso por algunas horas, provocaríais una reacción que os haría perder el buen efecto obtenido. Estas aplicaciones externas del hielo, se hacen de una manera sencillísima, mediante el collar de caoutchouc; pero asistiendo en familias poco acomodadas, tambien puede servir el intestino de un animal cualquiera. Os recomiendo poner siempre debajo del collar un pedazo de flanela, á fin de que empape el agua que se filtre; así, no solo evitaremos una causa posible de enfriamiento, sino que tranquilizareis á las familias, que se asustan siempre que se habla de estas aplicaciones. Tiempo es ya de que rompamos lanzas contra las antiguas preocupaciones; tambien la sangría estaba tan en boga en la pulmonía, que el médico que se atrevia á anunciar sus daños, corría el peligro de ser apedreado. Ahora, si queremos mantener las preocupaciones, quedaremos siempre atrasados en un siglo. Combatamos nosotros, jóvenes, con aquella confianza que es hija del convencimiento, y venceremos; y entónces vereis que el hielo, sin ser el específico del crup, es sin embargo un medio potentísimo para limitar el proceso en su extensión, y debo deciros que del hielo se puede esperar no solo una acción antiflogística, sino tambien sedativa. Recuerdo haber sido llamado para niños que tenían fiebre, tos, ronquera, en los cuales todo hacía presagiar la invasión del crup, especialmente por los llamados accesos crupales, esto es, por verdaderos accesos de espasmo glótico. En aquellas familias que han cedido á mis instancias, he aplicado el hiel, y he visto que no solo el proceso ha abortado, sino que estos accesos de respiración dificultosa se hacian cada vez más raros, y despues desaparecian del todo. Quiero decir con esto que estoy autorizado para conceder á la sustracción del calor otra virtud, esta es la sedante, contra los conocidos accesos espasmódicos. Apénas se necesita deciros que este medio antiflogístico soberano merece la preferencia sobre todos los otros de su género, sobre todos los otros medios que en un tiempo se recomendaban empíricamente. No os hablo de las sanguijuelas, las que haciendo perder sangre al organis-

mo, son una causa de debilidad, y no debemos olvidar cuál es el carácter, cuáles las tendencias de esta afección: pero indico el calomelano, la copaiba, la cubeba, los bromuros, el clorato y el sulfuro de potasa, que tuvieron fama de remedios específicos, y que en la práctica se muestran completamente ineficaces. En adelante debeis convenir conmigo, despues de lo espuesto en las anteriores conferencias, que el confiar en estos remedios, alabados todavía por los médicos antiguos, sería perder el tiempo y causar un daño tan grande como la gravedad del proceso que tenemos que combatir, Así, pues, de estos pretendidos específicos ensalzados hasta las nubes no debemos ocuparnos.

En el *segundo periodo* debemos racionalmente proponernos el restablecimiento de la circulación del aire, dificultado por efecto de la laringostenosis. Apesar de haber combatido la enfermedad en su primer periodo, ella sigue su curso; fórmanse las falsas membranas: la laringostenosis se acentúa; la respiración y la circulación se alteran profundamente. ¿Qué debemos proponernos en esta fase de la enfermedad? Con una frase general puedo decirlo: la limpieza de las falsas membranas. Limpiar las vias estenosadas, significa recurrir á medios que disuelvan el exudado, ó que lo hagan espeler vomitando, ó que lo desprendan.

Comienzo por los eméticos: una medicación famosa, una medicación á la que han recurrido todos los prácticos indistintamente, pero infiel y hasta peligrosa en ciertas circunstancias. Os he dicho muchas veces que la laringostenosis en el crup depende principalmente de la inflamación flemonosa. Por lo tanto, vosotros adivinais que sería necesario vomitar la laringe para obtener alguna mejoría. Y en verdad, sucede á veces que los niños arrojan con el vómito las falsas membranas, pero no mejoran en las condiciones de la respiración difícil. Si en esta circunstancia explorais la laringe con el laringoscópio, vereis que el obstáculo respiratorio consiste en la falta de abducción de las cuerdas vocales por la mucosa hinchada. Además, la medicación emética, imprimiendo un movimiento á las falsas membranas, podria no desprenderlas y

expulsarlas, sino colocarlas en tal posición que aumente la disnéa; la medicación emética debe tener indicaciones precisas, esto es, emplearse solo cuando se tenga conciencia que el exudado es separable ó que está desprendido; de otra manera no se hace más que excitar inútilmente al niño para que vomite, sin que se desembarace más que de alguna mucosidad filamentosas, que proviene á veces del trayecto inferior. En fin, esta medicación emética, en cuyo favor se han invocado todos los remedios de su clase, á veces no da resultado; pues hay una paresia tal de las terminaciones del vago, que en algunas contingencias, apesar de dosis colosales, apesar de elegir los más reputados, nada se logra. Y si para el hielo os dije que es necesario ser constantes y luchar con convicción, para el emético debo declarar que todas estas reservas no bastan para hacer que en absoluto prescindamos de él; pero que es necesario servirnos del vomitivo con parsimonia y con criterio, deteniéndonos cuando veamos que su eficacia es poca ó nula, é indicándolo cuando todo hace creer que el exudado se separará fácilmente.

Dicho esto, pasaré revista á los medicamentos que se han propuesto y experimentado. Entre todos descuella la ipecacuana, un remedio de cierta eficacia, y libre de inconvenientes tóxicos y de graves perturbaciones sobre el canal intestinal; un remedio que se puede dar solo ó con otros; bajo forma pulverulenta ó en infusión. Creo que siempre es la mejor administración la de una infusión cargada que se da epícráticamente, hasta obtener el efecto emético. Quiero decir con esto que pudiendo equivocaros al indicar 10, 15 ó 20 centigramos de polvos de ipecacuana, podeis servirlos con mayor seguridad de una infusión hecha con un gramo para 80 ó 100, y despues de colado se añaden algunas gotas de licor anisado amoniacoal, y se da á cucharaditas de café, cada cinco minutos, hasta obtener el vómito. Cuando éste no se consigue con el medicamento de que se trata, se piensa en otros, y el tártaro emético hizo tanto ruido en un tiempo, que Bouchut, cuyo nombre no podemos pronunciar sin profunda reverencia, hizo de él casi un método aparte, registrando curaciones

clásicas. El recomienda una disolución de diez centigramos de tártaro estibiado, en ochenta gramos de emulsión gomosa, epicráticamente, á cucharaditas, ordenando á la madre que no dé de beber al niño; así, concentrado el medicamento, no tiene sobre el canal intestinal la triste influencia de provocar la conocida diarrea.

Cuando un hombre autorizado recomienda un método cualquiera, todos tenemos la obligación de experimentarlo, y así lo he hecho yo. He dado en gran escala el tártaro estibiado; pero mis enfermos de crup tratados por este método, no solo no han curado, sino que muchas veces he visto que no vomitaban; quiero decir, que confiar en uno de estos agentes, significa olvidar el concepto anatomo-patológico de la enfermedad.

Continuemos. Remedios eméticos de fama colosal: sulfato de zinc y de cobre, que se dan en disolución y epicráticamente, á la dosis desde 20 hasta 80 centigramos en 80 gramos de agua. Vosotros conoceis la acción de estos agentes, además de la emética, y yo os pregunto: ¿dado el caso de que el niño no vomite (y se os manda insistir en la administración epicrática hasta conseguir este vómito), qué sucederá? ¿Cuál será el efecto de este *veneno* sobre un organismo débil? Presumo que el práctico en este caso se hallará en grandísimo embarazo, tanto más, cuanto que no podrá esperar con certeza el vómito, que desocuparía el estómago del remedio, que permaneciendo en él pudiera hacerse peligroso. Steiner, apasionado de esta medicación emética, recomienda la ipecacuana y el tártaro estibiado reunidos, un papelito cada diez minutos de

Ipecacuana	centigramos	80
Tártaro estibiado	»	7
Azúcar	gramos	2

Dividánse en seis papeles iguales.

Además del sulfato de zinc y de cobre, algunos han recomendado recientemente la apomorfina, como un enérgico emético contra el crup. Se hace una disolución de un centígramo por un gramo de agua, y se inyecta debajo de la piel, media ó una geringa. La inyección hipodérmica en este caso tiene

una notable ventaja, y es inútil que yo os repita los obstáculos que encontramos en los niños para darles los remedios por la boca. Así, ha habido alguno que ha querido unir la apomorfina á la pilocarpina, formando un método de ellas; he aquí dos preciosos medicamentos: uno la pilocarpina, que facilita el desprendimiento de las falsas membranas; otro que hace espelerlas, y alternando por vía hipodérmica el uno y el otro, podemos ver lo que hasta ahora no habíamos visto.

Cuáles son mis apreciaciones sobre el uso de la pilocarpina, vosotros las sabeis; cuáles las que yo debo hacer sobre la apomorfina, nó, pero las adivináis, despues de lo que os he expuesto respecto á la medicación emética. No es una indicación á la que corresponden constantes efectos: así, más que dudosa es peligrosa, y dado que fuese ciertamente eficaz, no responde á las exigencias de la ciencia.

Recientemente he leído *maravillas* de otro remedio, el turbit mineral, recomendado á la dosis de 10 á 25 centigramos y administrado en papeles; y cuando el vómito no se produzca á los 25 minutos, se repite otra dosis igual. El autor que escribe este artículo, dice así: «cualquiera que sea la forma del crup, trátase de una diftéria ó de un catarro, administrad el turbit, y la curación será infalible.» Pero más abajo añade: «si despues de esta medicación no se obtiene el efecto deseado, entónces se recurre á todos los otros remedios prescritos.» Esta segunda parte destruye el crédito que merecería la primera; y cuando se demuestre que con la medicación emética sola, podemos alcanzar la curación del crup, entonces yo me convertiré en el más ardiente sostenedor del turbit mineral.

¿Cómo explicar que á despecho de mis afirmaciones estos remedios adquirieron crédito, fama y aceptación? Debo responderos, probablemente por un error de diagnóstico. Vosotros comprendéis muy bien que afecciones comunes simples, que ataquen á los niños, pueden estrechar la hendidura glótica poco desarrollada en sí, pues poco desarrolladas están las apófisis vocales de los aritenoides; por lo tanto, en el niño no podemos distinguir, como en los adultos, dos partes

de la glotis; lo que quiere decir que, á medida que la laringe gana en desarrollo, este espacio que llamamos glotis se alarga, y así consigue poder tolerar mejor la influencia de aquellas causas morbígenas que tienden á estrecharla. Tengo derecho para decir que ha sido *error de diagnóstico* el que acreditó esta medicación, pues he experimentado todos los remedios de este género, y he visto cuán falaces son. Así deseo que dirijais vuestra atención á otras medicaciones, de las que nos ocuparemos ulteriormente.

El segundo modo de intentar la limpieza de las falsas membranas es el desprendimiento. Quizá el cosquilleo, que unas veces se hace con el dedo y otras con las barbas de una pluma, podría clasificarse mejor entre los remedios eméticos; pero yo lo coloco entre los agentes que deben favorecer el desprendimiento de las falsas membranas, porque obra evidentemente por una acción mecánica. Pero entre los eméticos y el cosquilleo, será mejor recurrir á éste, cuando intervengais en un momento en que todo os hace pensar que la respiración es difícil por efecto de los exudados líquidos, por efecto del moco aglomerado debajo de la estenosis. Os dije que en la tráquea, y á veces en los bronquios, hay una hiperemia que da por resultado el aumento de la secreción mucosa. Este moco halla mayor dificultad para ser expulsado, porque la glótis está estrechada; él concurre también á aumentar el grado de la laringostenosis, y en algunas circunstancias á provocar hasta los accesos crupales; pues no ignorais que la superficie inferior de las cuerdas vocales está provista de una sensibilidad exquisita. Ahora bien, si por el conjunto de los hechos y por la cualidad del extertor podeis sospechar que el aumento de la disnea se debe á la presencia del moco, el cosquilleo podrá dar resultados, y como el cosquilleo, la esponja empapada en amoníaco líquido y esprimida despues, que durante un momento teneis suspendida en el istmo de las fáuces.

También hubo un tiempo en que esta medicación se elevó á método, pero yo no puedo comprender cómo en un niño de tierna edad, que con trabajo abre la boca, se puede introducir una esponja empapada en una disolución no indife-

rente; de modo que, respirando los productos exhalados, faciliten el desprendimiento de las falsas membranas.

Además de estos medios, debo deciros algo de ciertos agentes mecánicos: los pinceles, el cateterismo y el sulfato de zinc. Mackenzie entre el cateterismo, del cual os hablaré muy pronto, y las aplicaciones locales de los pinceles, para extraer pedazos de falsas membranas, da la preferencia á estos últimos, y los ha hecho construir muy curiosos, en los cuales los pelos no tienen una dirección vertical, sino oblícua hácia arriba; de modo, que introducido el pincel á ciegas bajo la dirección del dedo índice, dentro de la cavidad, y sacándolo, los pelos hallan un obstáculo en la laringe misma y logran extraer pedazos de falsas membranas. Os confieso que la introducción de cuerpos extraños dentro de la laringe de los niños atacados de estenosis, es difícil y peligrosa, y especialmente si las personas de las familias están presentes, y los accesos convulsivos de la glótis se renuevan, no os permitirán repetir la maniobra; comprendéis que todo el secreto de esta medicación no está en aplicar una vez el catéter y el pincel, sino en reaplicarlos para abrir camino, porque los exudados vuelven á formarse. Sin embargo, debo deciros que á esta medicación da Mackenzie una importancia secundaria, y la recomienda solamente cuando el práctico se propone desprender mecánicamente las falsas membranas.

El cateterismo que Bouchut denominó *drainage*, se vuelve hoy á presentar con la autoridad de nombres respetables, entre los cuales cito el de Macwen. Las historias de los casos de curación así alcanzada, se registran con mucha claridad. Aquí no podemos invocar el error diagnóstico, de que os he hablado en la medicación emética. Se toma un catéter número 10, 11 ó 12, y se le introduce en la laringe y en la tráquea. A la introducción de este cuerpo extraño, sigue una escena tumultuosa, que cede pronto, y los niños comienzan á respirar bien al través del catéter. ¿Qué sucede despues? Que los exudados ocluyen las aberturas del catéter elástico, la respiración se suspende, el cuerpo extraño aumenta las molestias y hay que extraerlo. He aquí porqué el cirujano que pon-

ga en práctica esta feliz idea, tendrá que convertirse en un enfermero distinguido, permaneciendo junto al lecho de su enfermo para en cuanto la respiración se suspenda, ó haya necesidad de limpiar el catéter, extraerlo, colocar otro, y escribir y consignar que ha curado así un caso de crup. Con esto quiero deciros que los únicos casos de curación referidos con un método ó con otro, están lejos de presentarnos el tipo de la medicación á que debemos recurrir.

Y cuando tengamos que pesar el valor de estos medios y de estos procesos, nos persuadiremos que aquellos casos aislados no representan siquiera los afortunados, sino los excepcionales, que no pueden establecer con fundamento sério la continuación de un tratamiento.

Koch ha criticado muy bien este método: dice que en las laringostenosis agudas hay un número de contraindicaciones clásicas para la aplicación del cateter; por ejemplo: la irritación que produce sobre la mucosa, el peligro de que moviendo las falsas membranas se empujen hácia abajo y produzcan una laringostenosis que no ceda ya á los medios que pudieran emplearse; la traqueotomía inclusive. Añadid, que en las condiciones en que se encuentra el niño, yo, que tengo alguna práctica de estos casos, tendria más miedo que nadie de practicar el cateterismo, temiendo ver espirar entre mis brazos al enfermo; y entre un proceso al parecer inocente, pero engañoso, otro que se cree grave, pero que puede salvar la vida (la traqueotomía), prefiero este último. No os disuado de intentar el cateterismo en el crup; pero cuando todavía no hayais adquirido crédito y reputación, huid de estos medios equívocos.

El sulfato de zinc, en disolución al 15 por 200, se ha recomendado en forma de repetidas pinceladas en la laringe, para facilitar el desprendimiento de las falsas membranas, para que, coagulando la albúmina y arrugando las falsas membranas, las arrastre afuera como un iman. En estas proporciones el sulfato de zinc es venenoso, y pudiendo ser ingerido, los autores recomiendan que se dé á beber despues leche; se prescriben unas diez pinceladas seguidas, para repetirlas al cabo de

algun tiempo. Yo comprendería el valor del sulfato de zinc en el muguet que da un exudado sin grandes adherencias con la mucosa subyacente; pero tampoco la coagulación de la albúmina del moco puede considerarse como un medio eficaz para el desprendimiento de las falsas membranas. Y así me explico cómo muchos de estos métodos, después de haber aparecido en el horizonte científico, acabaron por ser completamente abandonados. ¿Qué haremos, pues, en circunstancias semejantes? ¿Pensaremos en otros remedios que puedan mejorar las condiciones locales, ó debemos volver las espaldas y recurrir á las indicaciones sintomáticas?

Hay, Señores, un tercer orden de medicamentos, los disolventes de las falsas membranas, en los cuales yo tengo gran confianza: el bromo, el ácido láctico, el agua de cal; pero entre todos es preferible el agua de cal. Se hacen directamente inhalaciones con el hidroconio de Siegle, cuantas veces sea posible, cuantas veces el niño se preste á ello. También en los pequeñitos se puede, oprimiendo las encías y cerrándoles las narices, obligarlos; pero ni el médico puede estar siempre al lado del enfermo, ni las familias cumplen siempre con fidelidad nuestras prescripciones; entonces se recurre á un medio excelentísimo, que facilita el desprendimiento de las falsas membranas, y no requiere la intervención del paciente, esto es, las inhalaciones del vapor acuoso. Os he dicho, cuando hablé del tratamiento de la difteria, el modo como se practican: una caldera de la que se desprende el vapor acuoso, que llega debajo de la cuna ó del lecho (cerrados por cortinas) mediante un tubo de caoutchouc. Pero si entonces añadí que debían hacerse constantemente, de noche y de día, dejando apenas algunos minutos de tregua, en el crup esta constancia debe llevarse al último límite; porque obligados á limitar el campo de nuestra medicación, debemos aferrarnos á ciertos recursos como á la última áncora de salvación.

Así, pues, para sintetizar el método de tratamiento preferido, os diré que entre todos los remedios propuestos para el crup, confío principalmente en dos: el hielo en el primer período, el vapor acuoso en el segundo; el primero para mitigar

la flogosis, el segundo porque desembarazando la laringe de las falsas membranas es el mejor emético, y es tambien un buen medio antiflogístico.

Apenas necesito deciros cuál debe ser la higiene en estos dos períodos, porque pronto luchareis contra el *tercero* que avanza. Sostener las fuerzas, hacer que el aire sea puro, tener siempre en la habitación un pulverizador de vapor que funcione aún cuando se hagan las inhalaciones de vapor, son cosas que no olvidareis, atendiendo principalmente á la infección. Os digolo mismo de la medicación sobre el istmo de las fauces, que siempre es la misma si hay exudados en esta parte que la reclamen.

Cuando el hielo no da resultados, cuando el vapor acuoso es ineficaz, debemos sin intentar más recurrir á la traqueotomía.

Al citaros las estadísticas que invoqué oportunamente para infundir en vuestro ánimo la convicción de la gravedad del pronóstico, os hice tocar con la mano la cifra de las curaciones que se podía alcanzar con este medio. Señores, estas cifras son el criterio más elocuente para deciros que cuando todos los recursos se han frustrado, no debemos olvidar la traqueotomía. Y sin embargo, esta no se hace á ojos cerrados: hay INDICACIONES ESPECIALES. Uno de los requisitos para que la operación tenga éxito completo, es hacerla á tiempo. Cuando intervenís en el tercer período, cuando el corazón debilitado se vácia mal, cuando las fuerzas están agotadas, el niño pocos elementos tendrá para resistir en esta lucha, y á veces, apesar de una operacion practicada admirablemente, lo vereis caer muerto bajo vuestro bisturí. Este triste resultado he obtenido yo algunas veces que, no queriendo transigir con un escrúpulo de conciencia, he osado la operación en condiciones graves. El año pasado alguno de vosotros pudo asistir en el hospital de San Eligio á una escena desoladora; se trataba de una niña que vino casi asfítica, moribunda. Hice lo que pude para que la admitieran en el hospital de San Eligio; pues en este Clínico y en el de Incurables no fué posible, y practiqué la traqueotomía. El mal estaba avanzado; esta niña venía del campo, habia sido llevada todo el dia de acá para allá

por la ciudad, en brazos de su padre, que pedia auxilio y buscaba la salvación. Operé por el método de Saint Germain, sin accidente de ninguna clase; pero la niña hizo una profunda inspiración y cayó cadáver. Permanecemos á su lado mucho tiempo, porque hay casos en que la muerte es aparente, pero todo fué en vano, la niña estaba realmente muerta. En estos casos, para animar al pobre operador, yo he buscado alguna explicación que nos dé cuenta de tan brutales contratiempos, y no he hallado más que una enteramente fisiológica. Cuando despues de una estenosis laríngea el conducto respiratorio está privado de aire, y vosotros practicais una abertura artificial para suministrárselo, provocais una profunda inspiración; el aire se precipita en la cavidad torácica con tanta mayor fuerza cuanto mayor es el vacío. Pero en el período asfítico, ¿cuál es la causa de la cianosis y de la circulación perturbada? El obstáculo que el corazón encuentra para vaciarse. Ahora bien, si ya existía sangre en el ventrículo porque el corazón se vaciaba mal; si llega á él nueva sangre aspirada, es posible que este corazón extremadamente dilatado deje de latir, esto es, que haya una asistolia que sea causa de la muerte. Esta podrá ser una interpretación más ó ménos verdadera, pero el hecho cierto es que en algunas ocasiones nosotros podemos predecir que el débil organismo no resistirá á la traqueotomía. Es, pues, precepto saludable, que la operación no debe hacerse demasiado tarde, y por comun consentimiento se establece como término máximo el fin del segundo período ó el tránsito del período exudativo al asfítico. Con esto no quiero disuadir de intentar la operación en condiciones graves, pues la fortuna á veces ha ayudado á los operadores hasta el punto de registrar éxitos no esperados. Pero si no quereis hacer traición á vuestra conciencia, teneis tambien obligación de rodearos de aquellas precauciones que deben asegurar el porvenir de vuestra carrera. Tampoco debeis precipitaros demasiado para indicar la operación, pues teneis la obligación de experimentar primero (para tranquilidad vuestra y de las familias) los otros medios que hemos estudiado juntos. Experimentadlos, empero, sin vanas ilusiones, sin perder tiempo,

observando sus efectos, protestando contra la seguridad de éstos, haciendo entrever la *ultima ratio*, y no decir, como algunos ilusos, que si el niño vomita el problema está resuelto. Es, pues, conveniente no ser ni demasiado confiado ni demasiado incrédulo: emplear primero una medicación racional sobre las bases que hemos sentado, para recurrir á la última esperanza; pero no olvideis que cuando los fenómenos más culminantes no ceden, toda ilusión es ilegítima. Ciertamente, señores, que yo apreciaria más á aquel práctico que anticipase la operación que al que, iluso, la retardase, porque sólo con una rica estadística lograremos acreditar la traqueotomía en el crup.

Por ahora me detengo aquí—en otra conferencia os hablaré de las contraindicaciones. Y pues sabeis que esta operación está llena de peligros, y sabeis cuánto trabajaron Bretonneau y Trousseau para acreditarla en el crup, y con cuánta frecuencia se opera de traqueotomía en Francia, no os será desagradable que yo os prometa ocuparme del proceder operatorio y de las curas consecutivas. Os diré que no basta conocer el proceder clásico; hay algunas circunstancias que nos llevan á modificar el método; y despues procuraré llamar vuestra atención sobre ciertos puntos ignorados, esto es, las curas consecutivas que es necesario practicar con gran diligencia. Estoy cierto de que vosotros nunca olvidareis esto, porque las muchas fatigas os serán abundantemente recompensadas, porque nunca el cirujano queda más satisfecho que despues de una traqueotomía coronada de éxito feliz.

LECCION DECIMOCTAVA

XIII.

Contraindicaciones á la traqueotomía. Descripción del proceder operatorio en el crup.

Resúmen.—La traqueotomía no debe hacerse cuando: *a)* el genio epidémico es mortífero, *b)* no se considera que el enfermo podrá resistir, *c)* la infección está avanzada, *d)* se supone que el corte puede caer encima del punto estenosado, *e)* hay pulmonía, *f)* en caso de crup secundario, á ménos que no existan condiciones muy satisfactorias —Ligera historia de la traqueotomía.—Cómo se la practica.—Topografía de la región.—Métodos: lento (Trousseau) y rápido: dos tiempos (Bourdillat, Moizard); un tiempo (Simon, Saint-Germain).—El que nosotros seguimos (Saint-Germain).—Razones de esta preferencia.—En qué consiste.—Manual operatorio.

SEÑORES:

En la anterior conferencia he dicho que el momento más oportuno para practicar la traqueotomía era el paso del segundo al tercer periodo. A veces es clínicamente difícil asignar con precisión esta época, pero el hundimiento del epigástrico, el surco en la base de las costillas falsas, son signos bastante característicos, y más que éstos debe valer la inutilidad de los otros medios experimentados. Hemos recomendado el hielo y despues el vapor acuoso, y éstos, unidos á una higie-ne conveniente y á todos aquellos recursos que deben mantener las fuerzas, ¡quizá tambien á un vomitivo! Pero si estos remedios no dan resultado, es necesario recurrir á la traqueotomía. Así, pues, queda bien fijada la indicación de este ex-

celente medio, que da aquellas ventajas que hemos visto por las estadísticas que os referí apropósito del diagnóstico.

Peio vosotros me preguntareis: ¿cuáles son las CONTRAINDICACIONES EN LA TRAQUEOTOMÍA? Esto es, dado que el enfermo se halle en un estado en que los medios propuestos y administrados no han producido efecto, deberemos practicar siempre la traqueotomía ó atender á alguna otra cosa que nos hará prescindir de ella? Ante todo, debeis tener presente el genio epidémico; y ya os dije que á veces los resultados eran desgraciados. Atended, pues, al carácter de la enfermedad, y si la práctica os demuestra que atravesais una faz poco próspera, será mejor que os abstengais.

Otra contraindicación muy sería es el estado del enfermo. Os he dicho que en la traqueotomía se empeña una lucha entre el aire que tiende á penetrar y el estado de las fuerzas. Ahora, cuando todo hace preveer que el enfermo no podrá resistir, será mejor no operar.

Decid lo mismo cuando tengais, por la inspección del istmo de las fauces y del tórax, argumentos para suponer que la infección está adelantada, ó la operación se verificará en un punto encima de la estenosis. He sostenido que el crup es una enfermedad infectiva; ahora, si debemos verosímilmente tenerla como tal, natural es pensar que además del peligro de la laringostenosis habrá otro que haga la contra-escena, esto es, la infección.—A esta objeción se responde fácilmente: vosotros debeis pesar en la balanza del justo criterio las probabilidades de retroceso que esta infección general tiene; de otra manera, lo que intenteis será trabajo perdido. Si el enfermo tiene la forma del crup descendente, si presenta falsas membranas extensísimas sobre el istmo de las fauces, difundidas á la nariz, enorme hinchazon de los gánglios y un estado adinámico que os demuestra que ya se ha verificado la re-infección del organismo, se entiende bien que aunque respírase con toda comodidad, sucumbiría lo mismo; en estas emergencias la traqueotomía sería supérflua, y sólo podreis practicarla cuando, impulsados por las familias, querais sustituir á la muerte angustiosa por apnea una más dulce por síncope, lo

que llamamos favorecer la *eutanasia*. Otro tanto puede decirse de la propagación al trayecto inferior de las vías respiratorias; con la diferencia de que en este caso no sólo debeis temer la infección centripeta, sino el hecho grave de caer encima del obstáculo, ó no mitigar correspondientemente la laringostenosis. Si las falsas membranas se han difundido á la tráquea ó á uno de los bronquios (condiciones que podeis reconocer á veces auscultando y viendo que el aire con dificultad penetra en el tórax, pero con mayor trabajo allí en donde hay estenosis bronquial), entónces es inútil decidiros á la operación; primero: porque debeis suponer un proceso mucho más grave y extenso; y despues porque no podeis obtener por este medio todo el beneficio deseado. Es necesario pensar tambien en el estado de los pulmones; al hablaros de los caracteres anatómicos os hice notar que, como complicación del proceso crupal, se dan pulmonías lobulares centrales y núcleos atelectásicos, que á la auscultación se revelan con una notable debilitación del murmullo vesicular, y á la percusión con un sonido ménos lleno, más alto, tal vez timpánico. Ahora, recordándoos que los núcleos atelectásicos están en la periferie y los neumónicos en el centro, podeis tener un criterio para indicar la traqueotomía cuando temais la atelectasia (pues es un fenómeno que desaparecerá, abierta la tráquea); y detendreis vuestra mano, cuando hayais reconocido una pulmonía. En una palabra, las contraindicaciones á la traqueotomía en el crup se resúmen en aquella intuición clínica, que os hace ver, además del peligro derivado de la laringostenosis, otra condición morbosa que debeis vencer. Si las probabilidades están en favor de la laringostenosis, operad con seguridad é insistid en operar; si las probabilidades son dudosas, exponed á las familias las cosas en su verdadero valor, y no opereis sino cuando os rueguen y supliquen que lo hagais; pensad hacerlo cuando la experiencia y el exámen del enfermo os aseguren que con la traqueotomía no hareis más que una parte del tratamiento, que será eclipsada por la gravedad del proceso, por las condiciones generales.

En fin, es necesario tener presente que el crup consecutivo

á otras enfermedades infectivas (sarampión, viruelas, pulmonia, escarlatina, etc.), no da á la traqueotomía resultados satisfactorios. Hé aquí por qué se necesita atender á la concurrencia de todas aquellas circunstancias favorables que indican claramente la operación.

Señores, os he dicho y prometido en la anterior lección, que os daría una conferencia sobre LA TRAQUEOTOMÍA EN EL CRUP; mantengo ahora mi promesa, pero con una protesta. No trato de describiros hoy el proceder clásico de la traqueotomía, así como lo hacen ilustres maestros que enseñan en este Ateneo, ya porque no me siento capaz de ello, ya porque no quiero invadir un campo que no es mío. Lo poco que os diré se referirá á las modificaciones que este proceder debe tener en una enfermedad aguda que tiende á producir rápidamente la laringostenosis, y que, como sabemos, se desarrolla preferentemente en *niños muy pequeños*.

Creo que es bueno entreteneros un poco con este interesante argumento, pues la traqueotomía es una de aquellas operaciones que debereis practicar todos los médicos y cirujanos; especialmente los que ejerzais en provincias, si no habeis comprendido bien la misión del médico, ante un proceso tan grave os encontrareis en el mayor embarazo, cuando, declinando la responsabilidad del acto operatorio, os fijais en su sola indicación. Se necesitaría hallar un cirujano que operase, y yo no sé si en las provincias, en donde la traqueotomía está menos acreditada que entre nosotros, habrá alguno convencido, como vosotros debeis estarlo, que quiera ser complaciente con vosotros. Por lo tanto, no sólo pido toda vuestra atención, sino que os recomiendo fervorosamente que os ejerciteis un poco en el proceder operatorio que os describiré y que juzgo preferible, y que os animeis, pues ante una enfermedad grave como el crup, será mejor hacer algo que permanecer expectador perezoso. Lo que se refiere á la traqueotomía en los niños, permitid que lo repita para mayor inteligencia; no se puede verdaderamente aplicar á los adultos, porque sería una desgraciadísima inducción.

Sabeis que la traqueotomía es una operación que se re-

monta á TIEMPOS REMOTÍSIMOS; Hipócrates y Asclepiades, según lo que dice Galeno, 100 años antes de J. C., habían entrevisto la posibilidad de introducir una cánula en las vías respiratorias, y habían procurado hallar las indicaciones para esta operación. Sabeis todas las vicisitudes que ella experimentó en época posterior, y quizá tampoco ignorais que fué un italiano, un tal Brassavole, el que en 1546 fué el primero en consignar un caso de éxito. Comprendeis también que esta operación, que podía ser reclamada por variadísimos procesos laringeos, debía experimentar una segunda faz, acreditarse en el crup, y llegamos á una época remotísima, la de Trousseau y la de Bretonneau, su maestro, á los cuales corresponde el mérito de haber fundado la traqueotomía en el crup sobre sólidas bases. La traqueotomía se acreditó más ó menos en las diversas regiones del globo á medida que encontró ejecutores; y nosotros podemos decir que el número de éxitos alcanzados es ciertamente mayor en Francia, en donde halló siempre propagadores y en donde no hay médico que no tenga su caja de traqueotomía, convencidos como están en aquel país, que ésta es una operación frecuente y urgentemente reclamada.

No os será desagradable si yo comienzo por recordaros brevemente la TOPOGRAFÍA de la región laringo-traqueal, no por lujo inútil, sino para sacar algunas consecuencias anatómicas que nos deben servir para fundar sobre buenas bases nuestro método.

La región laringo-traqueal se puede decir que está representada por un triángulo isósceles, con el vértice vuelto abajo hácia la foseta esternal, que lo limita inferiormente, y la base arriba hácia el hueso hioides. Los lados estarían representados por los bordes de los esterno-cleido-mastoideos, y adentro, este triángulo está limitado por los músculos prevertebrales y por la columna vertebral. Si inspeccionamos con el tacto esta región externa, hallaremos algunos puntos que son preciosos en la traqueotomía, porque sirven para reconocer las diversas partes. Estos son, procediendo de arriba abajo: la depresión correspondiente á la membrana tiro-hioidea; la prominencia formada por el cartílago tiróides; despues más abajo

otra pequeña depresión que corresponde al ligamento crico-tiroideo, que es más ancho en el centro que en sus lados, y está ménos desarrollado en el niño que en el adulto; después, la prominencia del anillo cricoidé, y luego los anillos traqueales. Si disecamos esta región, veremos que las capas que la componen son: ante todo la piel, sutil, delicada, flexible; debajo el tejido celular dispuesto en forma laminar, en cuyo espesor hallamos la vena yugular anterior, que á veces es doble, y en los niños atacados de asfixia, aparece turgente; además ramitos arteriales derivados de la tiroidea superior; después la capa muscular, que está formada por los esterno-hioideos y los esterno-tiroideos; y como los esterno-hioideos tienen que alcanzar un punto de inserción mucho más alto que los esterno-tiroideos (hueso hioides en el primer caso, cartilago tiroides en el segundo) y corren casi paralelos, los músculos más próximos á la incisión que haceis, son precisamente los esterno-tiroideos. Debajo hallamos el cuerpo tiroideo, y después la aponeurosis traqueal y la tráquea. Reflexionad que, por la posición oblicua del tubo laringo-traqueal, á medida que descendéis en el cuello, las relaciones topográficas se modifican. La tráquea estará más oblicua y más profunda cuanto más abajo se la explore, y supuesto el caso de una laringostenosis, esto es, el caso en que hay una desproporción entre la presión interna y la externa, con predominio de ésta, la tráquea estará más hundida. Como el istmo del cuerpo tiroideo cubre de preferencia el tercero, cuarto y quinto anillo traqueal, la porción situada encima de este istmo permanece descubierta: debajo del cuerpo tiroideo, antes de la tráquea, hallamos un tejido celular algo abundante, en el cual se alojan las dos venas tiroideas inferiores casi paralelas á la línea media, entre las cuales corre á veces la arteria tiroidea de Neubauer. A los lados están las carótidas primitivas, y abajo el tronco braquio-cefálico y la vena subclavia, en la cual desembocan las venas tiroideas. Por estas noticias comprendéis enseguida que la región menos provista de vasos, la región en que los gruesos vasos del cuello están más distantes, es precisamente aquella que está encima del istmo tiroideo, esto

es, la porción comprendida entre el borde inferior del tiróides y el primer anillo traqueal; allí, los gruesos vasos del cuello distan lateralmente más de una pulgada, mientras se aproximan siempre más á los lados de la tráquea cuanto más abajo se va. Los ramos de la tiroidéa superior, que son bastante superficiales, corresponden al borde superior de la tiróides, mientras que más abajo están las gruesas venas tiroidéas que desembocan en el tronco braquio-cefálico y en la subclavía. A medida que nos dirigimos más arriba en dicha región laringo-traqueal, nos acercamos mejor á los tegidos que debemos incindir; lo que significa que la región sobre la cual debe caer el corte, más próxima á nosotros y ménos rica en vasos, donde los gruesos troncos vasculares laterales se separan más, es precisamente la situada encima del istmo tiroidéo. ¿Habrá, pues, duda de que en los niños, en los cuales es difícil reconocer las diversas partes, en estos niños atacados de asfixia, y en los cuales la laringe adquiere una estremada movilidad, nosotros deberemos caer con nuestro corte preferentemente en la región más superficial, y que reúne también la ventaja de ser la ménos provista de vasos? No niego que la habilidad de un experto cirujano pueda vencer las dificultades de un proceder clásico; pero si yo precisamente os he incitado á la operación, si yo mismo comprendo que en vuestro ejercicio éstas pueden ser las primeras armas, debo insistir para describiros un procedimiento que pueda ser en vuestras manos el más seguro. Me creo, pues, autorizado para sacar de lo dicho hasta aquí un corolario práctico de grande importancia; y es, que la traqueotomía *en los niños*, oid bien, *en los niños*, debe hacerse de preferencia bastante alta. Vosotros sabeis que este proceder, designado por los antiguos con el nombre genérico de *broncotomía*, ha sido llamado por los modernos *laringotomía* (que dividimos en *infra-hioídea*, *tirotomía* y *crico-tirotomía*) ó *traqueotomía*, superior, media ó inferior, segun cortamos los primeros anillos de la tráquea encima del istmo, ó debajo, ó bien en la porción que queda cubierta por el mismo istmo; y *laringo-traqueotomía*, cuando incindimos el anillo cricoideo y los primeros traqueales. Y bien, si estos procedi-

mientos en el adulto pueden tener su elección por especiales condiciones morbosas y especiales indicaciones, deben en cambio descartarse para el crup en la niñez.

Antes de empezar la descripción, os hablaré del MÉTODO que conviene seguir. Podemos distinguirlo en *rápido* y *lento*. En el proceder *lento*, clásico, como lo ha descrito y ejecutado Trousseau, se dividen los tejidos capa por capa, conteniendo al momento la hemorragia, reconociendo las diversas partes, é incindiendo la tráquea debajo del istmo tiroidéo. En estas circunstancias, es necesario hacer un corte algo grande para poder maniobrar mejor. Este mismo proceder lento se ha hecho últimamente más seguro usando instrumentos que, mientras dividen los tejidos, cauterizan los vasos y así detienen la sangre. Primero se pensó en la galvano-cáustica, más recientemente en el termo-cauterio. Obligado á ser breve en estas discusiones para no cansaros, os diré que los mismos que propusieron el termo-cauterio y el galvano-cauterio en la traqueotomía, se convencieron que este proceder era excellentísimo en los adultos, pero poco ventajoso en los niños; no sólo porque la escara que se produce es considerable (y es siempre buen precepto operar con un cauterio de punta, punzando y no cortando, y es indispensable abrir la tráquea no con el termo-cauterio, sino con el bisturí), sino también porque usando el fuego, debeis proceder con delicadeza y reconocer siempre las diversas partes sobre que operais, lo que es difícil, por no decir imposible, en los niños. Por lo tanto, estos medios, que yo tampoco acepto en buena conciencia para el adulto, por razones que quizá os diré algun día, no son admitidos por la mayor parte de los cirujanos, cuando se trata de los niños; y en cambio, para despachar pronto y para no perder aquel punto de mira que el cirujano ha podido con diligencia encontrar, se ha pensado en métodos operatorios rápidos.

De seguro conoceis la serie no pequeña de los traqueotómos propuestos: el de Rizzoli, el de Maisonneuve, el de Ceccarelli, el de Caselli, el de Oliveti, el de See, el de Anger, el de Dattilo, el de Buffardi, y los de otros cirujanos más ó me-

nos reputados, italianos y extranjeros. En pocas palabras haré la crítica de los traqueotómos. Cuando os sirvais de estos instrumentos, debeis fijar bien antes la laringe y la tráquea, precisamente para que vuestro instrumento, cualquiera que él sea, pueda con seguridad abrir la tráquea. Y en este caso debeis saber manejar perfectamente el instrumento que elijais, y antes de esta maniobra es preciso fijar bien la laringe, pues una desviación lateral, no sólo podría haceros herir regiones en donde hay vasos interesantes, sino que no pasarais del tegido pre-traqueal; ó no midiendo bien la fuerza que debeis imprimir, llegueis hasta la parte posterior. Cuando nos ponemos á leer las estadísticas de las traqueotomías hechas con los trocares, vemos que la falta de éxito es debida muchas veces á que, deslizándose la tráquea á la presión hecha para abrirla, el punzón queda delante del tubo laringo-traqueal. Yo, por ejemplo, me enamoré del traqueotómo de Ceccarelli, que os presento, sólo porque tenía la ventaja de poseer además del punzón una lámina para poder cortar primero los diversos tejidos blandos, y después porque á los lados tiene dos canales que desde la primera introducción de la cánula permiten la libre circulación del aire; pero debo confesaros que habiéndolo aplicado una vez en el vivo, he debido renunciar á su uso; pues obligado á comprimir con el índice sobre la cánula que lleva junto á la hoja, fácilmente veía disminuir la longitud de ésta; y en un cuerpecito que luchaba entre la vida y la muerte, yo estaba tan embarazado, que tuve que recurrir al bisturí. Digo, pues, en tésis genérica: á los traqueotómos complicados, más ó menos unidos á dilatadores ó simples, y hasta al traqueotómo galvano-cáustico de Caselli, prefiero la punta del bisturí, que ciertamente corta lo que queremos, porque sabemos limitar la longitud de la hoja.

Los procedimientos rápidos se acreditaron mucho en Francia por la necesidad de operar pronto. Bourdillat recomienda hacer la operación en dos tiempos. En el primero se incinden sobre la línea media todos los tejidos pretraqueales; en el segundo, la tráquea, y después se introduce la cánula. Moizard adopta un proceder casi semejante, pero Simon

y Saint-Germain se han declarado ardientes partidarios de la traqueotomía en un tiempo. Os describiré el proceder de Saint-Germain, que es tipo del rápido, y que he tenido ocasión de experimentar muchas veces. Sin embargo, me permitireis que antes de deciros cómo se ha de colocar el enfermo, cuáles son las maniobras del cirujano, y antes de mostrároslas sobre el cadáver, os resuma las razones que deben hacer preferir este procedimiento. Recordad, y no me cansaré de repetirlo, que nosotros antes de practicar la operación debemos reconocer las diversas partes que componen la región laringo-traqueal. Si vosotros, en un niño que se agita entre las angustias de la asfixia, habeis una vez ó dos encontrado el tiróides, el cricoides (que no siempre se reconocen con facilidad) á la tercera vez es posible que os falte este dato, é incindiendo capa á capa los tejidos, os estravieis. En segundo lugar, el chiquillo que está próximo á la asfixia, tiene siempre un plexo venoso desarrolladísimo; ahora, ú os decidís á detener la sangre antes de abrir la tráquea, y la vida del niño, usando una feliz expresión del profesor Caselli, estará en las esponjas, ó debereis afrontar todas las consecuencias posibles de la penetración de la sangre, y en este caso el operar con prontitud puede resolver mejor la cuestión.

Hé aquí el proceder de Saint-Germain. Se desnuda al niño; yo acostumbro á servirme de una servilleta, con la cual envuelvo los brazos y el torax, sin ejercer gran presión, pues cualquiera violencia dificultaría siempre más la respiración. El niño se coloca sobre un lecho algo duro; prefiero una mesa, que ofrece buena resistencia. Debajo de la cabeza se pone una almohada, que debe ser también dura, ó un cilindro de madera, sobre el cual se arrolla un lienzo; ó una botella, sobre la cual fijais con cintas una almohada. Un ayudante se encarga de tener bien inclinada hacia atrás la cabeza, de modo que el cuello sobresalga mucho. La operación por el proceder de Saint-Germain se reduce á un momento. Operad de noche ó de día, procuraos siempre una iluminación lateral, y como debeis colocaros á la derecha del enfermo, la ventana ó la luz deben estar á la izquierda. Si operais de noche, acor-

daos que el mejor medio de iluminación es un cerillo, doblado en varios dobleces. Acordaos tambien que el que ha de tener esta luz debe ser animoso; un individuo pusilánime pudiera exponeros á quedar en la oscuridad. Y despues os armais de pocas cosas: de un bisturí recto, en el cual hay marcadas divisiones á diversas distancias, entre todas centímetro y cuarto á centímetro y medio (bisturí con divisiones de Krishaber); un dilatador, preferible siempre el de dos ramas de Trousseau; insisto en deciros que habiendo experimentado dilatadores con tres ramas, los he encontrado incómodos; una cánula, de cuya elección os diré algo. Esta puede tener tres piezas, una de ellas el llamado conductor de Krishaber, que termina como un catéter, y reemplaza provisionalmente á la cánula interna. Este conductor sirve para facilitar la introducción de la misma cánula; así Krishaber tuvo la idea de construirlo para dispensarse del dilatador. Pero os aconsejo que no desprecieis este valioso instrumento, pues hay circunstancias especiales que nos obligan á dilatar prontamente la tráquea. No olvideis tampoco un catéter elástico inglés, que en muchas circunstancias os puede prestar importantes servicios, figurando momentáneamente como cánula, cuando halleis dificultad para introducirla y como instrumento para aspirar la sangre que, derramándose en la tráquea, puede ser causa de asfixia. Ahora, tomando el bisturí con el pulgar, el índice y el medio de la mano derecha, y si el bisturí no tiene las divisiones, limitando su longitud con la uña del índice, os preparais para incindir aquel punto de la región laringo-traqueal que habeis fijado antes; esto es, comenzais á buscar con el índice de la mano derecha, para reconocer la eminencia formada por la manzana de Adam, el límite inferior del cartilago tiroides, y despues el ligamento crico-tiroidéo, sobre el cual debe caer el corte; como reconocer este punto no es siempre fácil, debeis repetir vuestra exploración y cuando lo halleis, señaladlo con la uña ó con tinta. Ahora con la mano izquierda coged la laringe de modo que el pulgar y el medio la abracen lateralmente, y apretad como si quisiéseis enuclearla, mientras que la uña de vuestro índice izquierdo señala el mismo punto

precedentemente fijado, allí en donde por la tensión de la piel se forma un pliegue transversal. Recomendad al ayudante que sostenga la cabeza que no la mueva, é introducid con seguridad y á ojos cerrados el bisturí. Cuando comenceis el corte, os impresiona el ver un chorro de sangre venosa; continuad con valor, seguid y oíreis un silbido que os asegura que la operación está casi concluida; y entonces con un pequeño movimiento de sierra, cortad el anillo cricóides, el primero y también el segundo de la tráquea, teniendo cuidado de que el corte externo sea un poco más ámplio que el interno, justamente porque el aire expulsado no produzca enfisema infiltrándose en las mallas del tejido conjuntivo. En este punto es probable que la sangre comience á penetrar en la tráquea, y las falsas membranas que se mueven proporcionan al cirujano un momento de apuro. Simón en estos casos recomienda poner el índice de la mano derecha en la herida, no sólo para asegurarse de haber incindido verdaderamente la tráquea, sino para comprimir algo los vasos, de modo que la sangre salga fuera; y este consejo me parece que en ciertas circunstancias puede valer mucho. Pero yo sigo ciegamente lo que practica Saint-Germain, esto es, despues que he alargado el corte, hago levantar al niño, y guiado por el dedo índice, introduzco el dilatador, que separo lentamente para procurar una penetración gradual del aire, y después deslizo la cánula; pero no con la punta del conductor vuelta hacia abajo, sino en sentido contrario, practicando la *vuelta de maestro*. Cuando introducís la cánula de este modo, haciendo una rotación, os hallais de repente en la tráquea. La introducción de la cánula es difícil, razón por la cual el distinguido cirujano Fergusson ha modificado la cánula externa, de modo que se pueda achicarla, como veis que yo hago. Estas dos láminas que representan el esqueleto de una cánula de traqueotomía permanecen separadas después por una contra-cánula, que cuidareis de introducir pronto. Los ingleses están tan convencidos de que el tiempo más difícil es el de la introducción de la cánula, que á la que usan añaden siempre un conductor como éste que veis en mis manos, conductor

que da al cirujano mucha seguridad y realiza las condiciones necesarias para poder colocar pronto la cánula.

Pero la operación requiere muchas otras curas; la operación puede provocar muchísimos incidentes, y nosotros debemos no ignorarlos, y por esto nos ocuparemos de ellos. Para terminar hoy, quiero deciros algo sobre la elección de la cánula, elección que debeis regular sobre las dimensiones que ofrece la tráquea. Indirectamente nosotros recavamos de esta breve noción un criterio más para deciros que el punto de elección para la traqueotomía en los niños debe ser la membrana crico-tiroidéa.

La ELECCIÓN DE LA CÁNULA, repito, se acomoda á las dimensiones de la tráquea. Y bien, el diámetro antero-posterior de ésta, en el adulto, es de 18 á 19 milímetros; en la mujer que, como sabeis, tiene la laringe un poco más pequeña que el hombre, se reduce á 14 ó 15 milímetros; en los niños varía según la edad; en los de 18 meses á 4 años este diámetro es de 6 á 8 milímetros, en los de 11 años llega á 10, en los de 16 años á 14. El diámetro transversal en el adulto es de 18 á 24 milímetros, en la mujer de 14 á 20, y en los niños es exactamente como el diámetro antero-posterior, esto es, proporcionado tambien á la edad del niño.

Queda, pues, demostrado, que el punto máximo de dilatación de la tráquea está en el diámetro antero-posterior y especialmente al nivel de la membrana crico-tiroidéa. Sobre estas medidas es fácil escoger las cánulas, que en los niños de uno á cuatro años deben tener 6 milímetros de diámetro y 5 centímetros de longitud; en los de 8 á 12 años, 10 milímetros y 6 centímetros; en los de 12 á 15 años 12 milímetros y 6 centímetros; en los adultos, en fin, 15 milímetros. Pero debo deciros que en general, en el crup siempre será buena una cánula de grueso calibre; ésta que os presento, gruesecita, la he usado en niños de dos años y más. Verdaderamente vosotros no sólo debeis asegurar la libre respiración, sino esperar el desprendimiento de las falsas membranas, que, cuando se verifica, constituye uno de los más serios peligros.

Krishaber, cuya prematura y recientísima muerte todos

lloramos, con su ingenio vivaz había sabido hallar un medio facilísimo para proporcionar las dimensiones de la cánula. Habiendo notado una relación constante entre el desarrollo general del cuerpo y el de la laringe, creó para las diversas estaturas una escala correspondiente á las diversas cánulas, de modo que midiendo la longitud del cuerpo del niño, se leía enseguida en un cuadro qué diámetro y qué longitud convenían.

Señores, debo completar todo lo que concierne á la traqueotomía en la próxima conferencia; espero además mostraros prácticamente sobre cadáveres de niños pequeños lo que os he expuesto teóricamente; pero no temo afirmar desde ahora que Saint-Germain nos ha hecho dar un gran paso en la traqueotomía para el crup, haciéndola científica y prácticamente facilísima, lo que quiere decir *popular*. Y nosotros debemos estarle agradecidos.

LECCION DECIMANOVENA

XIV.

Incidentes operatorios y curas consecutivas á la traqueotomía en el crup.

Resumen.—Incidentes: 1) Fijado bien el espacio: no se logra abrirlo.—2) Hemorragia.—3) Dificultades para introducir la cánula.—4) Oclusión de ésta por las falsas membranas.—5) Descenso de mucha sangre á los pulmones.—6) Síncope.—Medios para prevenir y dominar estas dificultades.—Curas consecutivas. Se lava al enfermo con agua fría y después se le coloca en una cama bien caliente.—Delante de la abertura de la cánula se pone un velo protector.—Desprendimiento en caso oportuno, de las falsas membranas.—Se prohíbe á los parientes que se acerquen á los niños.—Se persiste en la cura emprendida.—Se limpian la cánula y la contra-cánula.—Se pone una compresa debajo del pabellón de la cánula.—Alimentación.—Se respeta el sueño, vigilándolo.—Se combate la tos si se presenta.—Complicaciones. Parálisis, flogosis, asistolia, decaimiento, pleuritis, neumonitis, etc.—Más importantes son: la anorexia, la hemorragia secundaria y entre las complicaciones locales: el flemon, la erisipela, la gangrena, el difterismo.—Ulceraciones traqueales.—Cura respectiva.—Separación de la cánula, racional y metódicamente hecha.

SEÑORES:

Os expuse las razones que nos hacían preferir el proceder rápido cuando debíamos practicar la traqueotomía en el crup, y os describí el método que también os mostré experimentalmente en el cadáver. Ahora debemos completar todo lo

que concierne á la TRAQUEOTOMÍA EN EL CRUP, ocupándonos ante todo de los INCIDENTES que pueden surgir durante la operación, y despues de las CURAS CONSECUTIVAS; argumento importantísimo, como adivinais; tanto más, cuanto que los libros y los autores se ocupan poco y ligeramente de él; noticias éstas que en compendio os daré, derivadas de mi práctica personal, y que deseo trasmitiros con toda la conciencia y con todas aquellas ansias y aquellas angustias que nos proporcionan estas difíciles curas. Pues, señores, no basta haber alcanzado la primer victoria con el éxito del acto operatorio; el tratamiento póstumo tiene tanta importancia, que el descuidarlo suele ser causa de escenas llenas de peligros para el pobre niño.

Cuando os he descrito el método, he supuesto que todo se realizaba bien; pero pueden surgir algunos incidentes, los cuales nos colocan en situación difícil ó comprometen el éxito de la operación. Será bueno, pues, enumerarlos y ver cuál es el camino para poder prontamente remediarlos.

El primer incidente que puede darse es éste: habiendo fijado bien el punto que debeis incindir (el espacio inter-crico-tiroidéo) no llegais á abrirlo y quedais algo delante. Es necesario armarse de valor y continuar, apesar del flujo de sangre venenosa que se presenta.

Insisto sobre esto, pues no es una casualidad, sino un corolario lógico de la noción precisa de la región elegida por nosotros. Si habeis explorado bien este punto, si con las manobras preliminares, despues de haber fijado la laringe, habeis reconocido la membrana crico-tiroidéa, podeis con seguridad avanzar, introduciendo el bisturí hasta escuchar aquel silbido característico de la penetracion del aire. Valor, pues, y adelante hasta tener la certeza de haber llegado á donde se quería.

Segundo incidente: hemorragia.—Hé aquí un fenómeno que ha preocupado á los más distinguidos cirujanos. Especialmente para aquellos que, no habiendo puesto en práctica el proceder de Saint-Germain, lo creen peligroso, la hemorragia es una pesadilla, es, como vulgarmente se dice, la bestia negra; y es el reproche que nos hacen cuando defendemos este

proceso rápido. Y bien; yo no he operado *muchísimas* veces por este proceder rápido, pero en todas aquellas circunstancias en que lo he puesto en práctica he visto que la proposición de Saint-Germain, esto es, que la hemorragia cede espontáneamente introducida la cánula, es muy verdadera; y no yo, que estoy entre los últimos cirujanos que operan de traqueotomía, sino el mismo Saint-Germain, que cuenta á centenares los casos, nunca ha tenido que lamentar este que algunos llaman *deplorable* incidente. Vosotros comprendéis que la hemorragia debe naturalmente cesar, no sólo por el restablecimiento del círculo, sino también porque la cánula hace de tapón; es maravilloso el ver cómo esta hemorragia cede apenas se introduce en la tráquea el tubo de plata. Si la hemorragia fuese considerable y persistiese después de la introducción de la cánula (caso que debemos justamente contemplar), será menester recurrir á aquellos otros medios que la ciencia nos enseña; por ejemplo, á la presión hecha con el índice, según el método de Simon, ya para impedir que la sangre penetre en el árbol respiratorio, ya para ejercer una compresión; á las pinzas hemostáticas, que será bueno tenerlas siempre prontas y de forma vária; al disco de yesca que interponeis entre la piel y el pabellón de la cánula; á la aspiración con el catéter para evitar la asfixia; y despues á cualquier hemostático común, el percloruro de hierro, siempre que logreis ver el punto del cual sale la sangre, ó cualquier otro estáptico, si la hemorragia es ligera; y á las inyecciones de ergotina y al alcohol á grandes dosis, que en las hemorragias, especialmente en las secundarias, es útil. Advertid que me ocupo ahora de la hemorragia como incidente del acto operatorio; volveré á ocuparme de ella, cuando os hable de las hemorragias póstumas.

Si la sangre reaparece despues de haberse aplicado la cánula, no olvideis que á veces la contendreis con honor sustituyendo una más grande; y ya para dar paso libre á las falsas membranas, ya para ejercer una conveniente presión, debéis elegir siempre una relativamente grande como os dije en la anterior conferencia.

Otro incidente que puede darse durante el acto operatorio es la dificultad de introducir la cánula. Este es verdaderamente el tiempo más difícil de la operación. Tened entonces á mano el conductor de Krishaber y el inglés, que os facilitan la tarea. Pero á veces la introducción se dificulta, porque habiendo herido la pared posterior de la tráquea, la presión externa supera tanto á la interna, que junta las dos paredes y da á la tráquea el aspecto de un ojal; vosotros estais en la tráquea, pero no lograis colocar la cánula, porque no podeis separar la pared posterior de la anterior. La herida de la pared posterior es un hecho irremediable, cuando ya se ha verificado; es uno de los incidentes que debeis evitar, como la herida del esófago, que todavía es más grave. Pero si esta desgracia os sucede, por no haber sabido proporcionar la longitud de la hoja del bisturí, debeis esforzaros en ensanchar con el dilatador este tubo reducido á una estrecha hendidura, y procurad introducir la cánula. Os he citado el hecho, porque basta llamar vuestra atención sobre él, para que os deis cuenta del obstáculo que se opone á la introducción del tubo traqueal.

Alguna vez la cánula penetra con dificultad, porque la incisión se ha practicado algo corta; y entonces, antes de decidiros á alargar la herida; debeis pensar en mantener libre la respiración, y tener á mano un catéter elástico, que provisionalmente haga el oficio de cánula. El catéter sirve para aspirar la sangre, puede utilizarse temporalmente como cánula, es, en suma, un precioso recurso, en el que debeis pensar antes; una vez, en un adulto, habiendo yo practicado una incisión un poco corta, pude salvar la vida del paciente, comprometida en aquella lucha que se determina entre la penetración del aire y la caída de la sangre, gracias á la rápida introducción de un catéter elástico.

Vosotros habeis incindido el cricoides y los primeros anillos traqueales, habeis introducido la cánula, habeis oido el silbido que el aire produce atravesando aquella abertura artificial, pero el enfermo no respira, hay ápnnea. Momento solemne, porque en el ánimo del más concienzudo operador sur-

ge siempre la duda de no haber realizado la operación según los cánones de la ciencia. No hay que asustarse. La traqueotomía es una de aquellas operaciones en las cuales el cirujano debe no perder nunca su sangre fría y debe obrar siempre pronto; es el verdadero caso del *cito, tuto et jucunde*. Y bien, si hay ápnnea, es necesario acordarse que las falsas membranas nunca se limitan sólo á la laringe, sino que se extienden á la tráquea, y, desprendidas, fácilmente se adaptan á la abertura inferior de la cánula, ocluyéndola é impidiendo la penetración del aire. Entonces quitad por un momento la cánula, separad con el dilatador los labios de la herida, y esperad. Ciertamente si la operación se ha practicado bien, aire penetrará y aire será expulsado, y bajo los violentos esfuerzos de una inspiración profunda y después de una espiración, vereis espeler falsas membranas de dimensiones y formas varias.

Otras veces no es la falsa membrana la causa de la ápnnea, sino el moco y la sangre (especialmente esta última), que se precipitan en las vías inferiores. Si la operación se ha practicado un poco tarde, la reacción de parte del pulmón será también ella tardía y lenta, y la tos faltará, esto es, faltará aquella acción refleja por la cual las vías aéreas deben librarse de los productos en ellas acumulados. La aspiración con el catéter, el cosquilleo de la mucosa traqueal con una barba de pluma, el excitar la respiración rociando agua fresca, son á veces los mejores medios para librar las vías aéreas de la sangre que accidentalmente ha podido caer en ellas.

Un incidente también muy deplorable y alarmante es el síncope, que suele sobrevenir cuando se opera tarde ó cuando el individuo se halla en un estado de extrema postración. Intenté en la anterior conferencia hallar la explicación más verosímil para daros cuenta de este síncope; pero aquí, más que de la génesis del fenómeno, debemos ocuparnos de remediarlo. Os diré que es necesario no abandonar como cadáver al enfermo; ántes es menester excitar la respiración, si es posible, con un aparato de inducción, aplicando los reóforos sobre la región cardíaca ó á los lados del cuello, dando á oler

sustancias estimulantes, el amoniaco que se acerca á las narices; hé aquí por qué junto con el percloruro, el catéter y las compresas, debeis proveeros de un poco de amoniaco. Medio más solemne es la respiración artificial y las insuflaciones hechas, no boca á boca (que sería peligroso), sino siempre mediatamente, por medio de un compresor como el que usamos para las pulverizaciones ordinarias, la pelota de Richardson. Estos medios logran, despues de un período de tiempo más ó ménos largo, reanimar la vida, y producen á veces verdaderas resurrecciones. Si hay tiempo y la respiración se mantiene irregular, intermitente, podreis serviros con utilidad de las inhalaciones de oxígeno.

Comprendo que además de estos principales incidentes, pueden darse otros de menor importancia; pero á vuestra práctica y á vuestra habilidad toca superarlos.

Ahora comencemos á ocuparnos algo de las CURAS CONSECUTIVAS que exige el enfermito, y después de las complicaciones que pueden presentarse concluido el acto operatorio. Sé que el dolor que sentimos, cuando una operación se ha practicado perfectamente y después el enfermo se muere, es ciertamente muy grande; pero cuantas veces hayais podido poner en la cuna al enfermito y hayais podido decir á la familia: «hasta aquí mi responsabilidad», vuestra conciencia, vuestro amor propio, vuestra reputación, estarán bien á cubierto. Es menester lavar al enfermito; la sangre que sale con vehemencia, que brota de los labios de la herida le habrá ensuciado, especialmente porque vosotros cuidásteis de desnudarlo; lo lavais, y á veces un baño hidroterápico improvisado se convierte en un excelente medio escitante. Recuerdo muy bien que en una niña, en la cual no estaba muy contento del ritmo con que se efectuaba la respiración, hice una solemne ablución con agua fria, y tuve el placer de que apareciese enseguida una respiración fuerte y regular. Pero despues del baño frio, debeis pensar en la reacción, y para esto será bueno colocar al enfermito en un lecho bien caliente, habrá que hacer todo lo posibie porque se restablezca completamente el equilibrio de la circulación, equilibrio que ya se ini-

ciaba después de haber abierto á la respiración una vía artificial. Es necesario atender á la temperatura y al grado de humedad de la habitación del enfermo; no solo para que la temperatura sea uniforme, y para hacer menos susceptibles á la flogósis las porciones inferiores del trayecto respiratorio, sino tambien para facilitar el desprendimiento de las falsas membranas. La temperatura puede oscilar entre 17 y 19 grados; el aire de la estancia ha de estar un poco húmedo, para que los productos de secreción sean lo más líquidos posible, y las falsas membranas no se des sequen y representen un obstáculo á su espulsión. Para evitar que cuerpos extraños penetren á través de la cánula, para que el aire mismo sea proporcionado á la temperatura de la mucosa, en todos los enfermos operados de traqueotomía por cualquier causa, nosotros solemos poner delante de la abertura de la cánula un velo protector, que se mudará tanto más frecuentemente, cuanto más copiosa sea la secreción. En verdad, acabado el acto operatorio, principia una especie de flujo por estas vias, flujo constituido por moco y sangre.

Lo que más urge es la asistencia del operado; asistencia que, especialmente en las primeras horas, debe hacerse más por ayudantes entendidos que por personas de la familia. No solo porque importa limpiar muchas veces la cánula interna (y esto se aprende facilmente y se realiza con tanta mayor facilidad cuanto más sobresale la cánula interna de la externa), sino tambien porque es posible que al desprendimiento de las falsas membranas se interrumpa la respiración y el hombre del arte puede desatar las cintas, quitar la cánula, dilatar la herida y buscar las falsas membranas con una pinza apropiado, como esta que veis, y que dejareis en la casa de vuestro operado. Yo nunca puedo olvidar que doce horas después de una operación por crup, en una niña, fuí llamado con urgencia, y tuve que luchar más de una hora, manteniendo ampliamente dilatada la herida, buscando las falsas membranas, que apenas logré mover, pero no desprender; el desprendimiento se verificó después, y la respiración se restableció.

Cuidad de impedir que los niños vuelvan enseguida á poder de sus padres ó parientes. El acto operatorio, que está lleno de peligros y puede producir la muerte instantánea, os habrá sugerido la afortunada idea de alejar á los padres. Una emoción que procurais, con la vuelta de los parientes, los cuales no podrán ocultar su conmoción al ver de nuevo vuelto á la vida un cadáver, se revelará por una influencia maléfica sobre la salud del enfermo, y pudiera sobrevenir un síncope, hemorragias, ú otros accidentes que comprometen el resultado final.

Concluido el acto operatitio, una cuestión que ha sido objeto de serios estudios, es la siguiente: ¿es necesario continuar ó no la cura general? ¿Es necesario continuar dando pinceladas, suministrando quinina, limonada y eméticos? Francamente, yo creo que la cuestión, cuando menos, es poco pertinente. No se puede negar que la traqueotomía ejerce tambien sobre el proceso diftérico una favorable influencia; lo prueban las estadísticas que nos hacen saber como obrando á tiempo, llegamos muchas veces á prevenir la difusión en la tráquea y en los brónquios; lo prueba la atenta observación clínica, la cual demuestra descenso de la fiebre, mayormente de las condiciones locales relativas á aquel exudado accesible á la vista. Y no creais que yo exagero; lo que os refiero ha llamado la atención de las familias, que os dirán espontáneamente como han quedado maravilladas de ver las tónsilas limpiarse; los gánglios tumefactos achicarse después de practicada la traqueotomía. Se entiende bien, cuando las condiciones son tales que habeis decidido la operación con alguna probabilidad. Pero decia: que me parece la cuestión del tratamiento médico consecutivo fuera de propósito, porque con la traqueotomía no hemos hecho más que una parte del tratamiento; hemos abierto una via artificial y nada más. Por lo tanto será bueno no abandonar del todo la cura emprendida, sino proporcionarla á las condiciones en que se encuentra el organismo por la nueva fase que atraviesa. Insistid, por ejemplo, en los remedios externos mucho más que en los internos, sin permanecer ociosos. Las pulverizaciones de ácido fénico

(una disolución al centésimo empleando el nebulizador de vapor cada hora durante un cuarto) resuelven el problema de humedecer bastante la atmósfera de la cámara, el de proteger á los que asisten al paciente, y en fin, el de combatir del modo más racional esta infección, ó si mejor os place, la reinfección del organismo, que adelanta á medida que la enfermedad sigue su curso. Continuar el emético es no solo práctica irracional, sino, dañosa, en cuanto que puede deprimir las fuerzas cardíacas y comprometer la vida del paciente. Las falsas membranas se mueven cuando se desprenden: favorecer este desprendimiento es la indicación más clásica, pero con la humedad de la estancia, las pulverizaciones alcalinas, el tiempo y la paciencia.

Además de todos los remedios reclamados por la infección y por los exudados más ó ménos abundantes, dispuestos en varios sitios, hay algunas reglas que se refieren á la cura local que es necesario establecer; cuando la cánula está colocada, conviene, segun he dicho ya, limpiarla. Cuando se ignoran las cosas pequeñas, el cirujano puede encontrarse embarazado. Un medio excelente para limpiar la cánula es la pulverización directamente hecha con una sustancia alcalina tibia, porque no irrita la mucosa. Esta pulverización, provocando la tos, es á veces un medio excelente para facilitar el desprendimiento de las falsas membranas.

La cánula interna algunas veces se adhiere á la externa de manera que es difícil sacarla; y si la obturan pedazos de falsas membranas ó moco coagulado, la respiración se hace muy difícil. Un cirujano poco práctico, un ayundante que no asuma la responsabilidad de soltar las cintas y quitarlo todo, puede crearse un embarazo grandísimo. Por lo tanto, es laudable dejar escritas algunas instrucciones, entre las cuales la de verter con un cuenta-gotas algunas de agua tibia por la abertura del pabellón de la cánula. Os aseguro que me detengo en estas pequeñeces, solo porque al volver á ver mis operados, he hallado médicos jóvenes ocupados en extraer con pinzas la cánula interna.

Otro medio excelente es la barba de pluma. Encargad que

os preparen muchas muy suaves, que se mojan en una solución fenicada y se introducen sucesivamente á través de la cánula con valor, hasta hacer cosquillas en la tráquea: el mantenimiento de esta acción refleja es siempre útil, especialmente cuando quereis obtener el desprendimiento de los exudados que se forman sobre la mucosa.

Debajo del pabellón de la cánula es necesario colocar una compresa para que los exudados que corren del ángulo inferior de la herida no ensucien al enfermo, y se tendrá cuidado de renovar muchas veces estas compresas y de mojarlas en una solución fenicada.

¿Y para alimentación? Comprendeis que después de haber hecho la operación, debeis dejar dicho todas estas cosas á la familia, y como no tendreis ni tiempo ni fuerzas para quedar de guardia, debeis consignar todas estas instrucciones.

Regularmente, en el primer dia no hay que dar de comer mucho, ya porque sobrevendrá la fiebre traumática, ya porque debeis guardaros de producir una excitación demasiado fuerte; un poco de caldo y agua con vino serán suficientes. A medida que la fiebre disminuye, pensareis en una alimentación reparadora, á la cual añadireis siempre pequeñas dósís de vino generoso. Después que el niño ha sido operado, no tarda en dormirse. Este sueño ha preocupado á los cirujanos, los que se han preguntado si debian respetarlo ó combatirlo; los que eran del primer parecer decian: el débil organismo necesita reposo, reparar las fuerzas perdidas durante la prolongada lucha. Los que son de opinión contraria, temen que el sueño pueda ser fatal, porque deteniendo la respiración favorece el síncope, ó que provoque apnea por deslizamiento de la sangre ó desprendimiento de las falsas membranas. La cuestión se resuelve por sí misma; debeis dejar descansar al niño, pero vigilándolo. Conviene inspeccionar todas las funciones: la respiración, el pulso, el semblante, la posición. Yo, francamente, tengo la costumbre de respetar este sueño que á veces es tranquilo, dulce, saludabilísimo, y produce una gran satisfacción al cirujano que ha operado.

Os he nombrado la fiebre traumática, y es inútil detenerme mucho para deciros cómo y por qué esta fiebre se determina; suele aparecer pocas horas después de la operación, y eleva siempre un poco la cifra de la temperatura en que se habia quedado.

Sabemos que en el curso ulterior el crup dá una temperatura que no es muy elevada: así, á medida que tiende á establecerse el período adinámico, la temperatura desciende, y casi siempre en este período es cuando operais. Hecha la traqueotomía, vereis volver á subir la temperatura; el hecho no debe preocuparos, como no me ha preocupado las veces que me he encontrado en contradicción con otros médicos presentes, que primero habian combatido la idea de la traqueotomía, y cuando la operación habia salido bien, creian encontrar en la fiebre la manera de cobrar la culpa del éxito. No: esta elevación termométrica es de poca importancia: á las 24 ó 48 horas cede y se confunde con la temperatura provocada por el proceso, lo que significa que, si la infección se tiene, podeis llegar hasta la normal; y si surgen complicaciones, la temperatura puede volver á elevarse, pero no está ya en los dominios del tráuma.

Aplicada la cánula, á veces se determina una tos tan pertinaz é insistente, que los niños pierden su tranquilidad. He sido invitado á volver á países lejanos de la ciudad, para este molesto fenómeno. La atmósfera húmeda, los eméticos (y permitidme repetiros que este es el único remedio que es necesario desterrar del todo), todo este fárrago de medicinas y de indicaciones, para nada sirve. La tos pertinaz debe llamar enseguida vuestra atención sobre el modo como están anudadas las cintas: cuando la cánula oscila algo dentro de la tráquea, se convierte en causa de irritación, y entonces, apretando un poco las cintas ó cambiando la cánula, se la domina. Recuerdo muy bien, que he logrado como por encanto corregir la tos, ni más ni menos que con este simple medio.

Pero, señores, hay verdaderas COMPLICACIONES, y escusadme si insisto en ellas, sobre todo, despues de haber prolongado demasiado estas lecciones sobre la diftéria; compli-

caciones algunas de las cuales se relacionan con la infección diftérica y otras que son comunes. Por ejemplo, la parálisis, ciertas flogosis, la asistolia por coágulos tan fáciles de formarse en la cavidad cardiaca, el desfallecimiento, los progresos de la infección, las lesiones intestinales, los exantemas diftéricos, la albuminuria, son complicaciones que se ligan al proceso causal, y se curan de la manera ordinaria. Decid lo mismo de aquellas afecciones comunes que sobrevienen después de practicada la operación: la pleuresia, la pulmonía, la bronquitis, la bronco-neumonía y la gangrena pulmonar. Ocupémonos ahora de otras que tienen más íntimas relaciones con el acto operatorio, por ejemplo, la anorexia.

Es desolador que á veces se vea en sério peligro un niño en el cual la operación se ha practicado magníficamente, solo porque se obstina en rehusar la comida. En circunstancias semejantes podreis estar obligados hasta alimentarlos con la sonda, y podreis prevenir, más que curar esta anorexia, lavando á los niños, distrayéndolos, y dándoles alguna sustancia amarga y tónica.

Las hemorragias secundarias, á veces dependen del desprendimiento de las falsas membranas; se reconocen fácilmente, se dominan por sí mismas; no así las que dependen de la incisión de vasos importantes. Margary de Turin ha referido dos casos muy instructivos, de muerte por hemorragia póstuma á la traqueotomía; la autopsia demostró que la hemorragia provenía de los vasos del istmo de la tiróides que habia sido cortado; pero si recordais que el proceder de Saint, Germain tiene, entre otras, la ventaja de obrar sobre este istmo, comprendereis que él nos pone á cubierto de este incidente. Si la hemorragia no proviene del istmo de la tiróides, entonces ó podemos descubrir el punto que dá la sangre (porque está comprendido entre la tráquea y la piel externa) ó debemos convencernos que la sangre parte de la mucosa de la tráquea; si es grave, el cirujano casi nada tiene que hacer más que dar el alcohol á dosis altas y los estípticos; si es moderada, se podrá detener con estos mismos medios, que administrareis con mayor confianza. No olvideis que las

flagelaciones con una compresa fria, la posición horizontal y los revulsivos, pueden producir buenos resultados y moderar la hemorrágia.

Los accidentes locales en la proximidad de la herida, se reducen al flemón, á la erisipela, á la gangrena, al difterismo.

El flemón tiende á terminar más por ulceración que por supuración. En estas circunstancias podeis comenzar á combatirlo con los antiflogísticos, con los fomentos frios, y especialmente si ha sido provocado por maniobras un poco bruscas, por tentativas infructuosas para introducir la cánula, podeis con el reposo de la parte, y colocando convenientemente la misma cánula, combatir etiológicamente el proceso. Pero si el flemón crece, debeis pensar en la compresión, y el colodión ha prestado buenos servicios.

Respecto á la erisipela, al enfisema y á todas aquellas condiciones que ocasionan la hinchazón del cuello, por lo cual la cánula no alcanza ya á la tráquea y la respiración se verifica con dificultad, conviene todo lo que voy á deciros. Cuantas veces por tumefacción de los tegidos blandos se aumenta la distancia entre la superficie externa y la tráquea, la cánula no llena su cometido, y se necesita una más larga y de forma diversa. Durhans ha resuelto bien la cuestión, sirviéndose de cánulas en ángulo recto, en las cuales podeis cómodamente colocar, á la distancia que querais el pabellón, ó bien podreis hacer construir cánulas especiales con una curvatura bastante pronunciada. La erisipela puede convertirse en un accidente grave, puede hacerse serpigínea é invadir sucesivamente una gran extensión del cuerpo. El colodión, los tónicos, quizá las inyecciones fenicadas en la periferia de la piel enferma valen algo.

Tampoco se puede prevenir la gangrena: se combate con una rigurosa higiene, con gran limpieza y especialmente con los desinfectantes, entre los que ocupa el primer puesto el ácido fénico. Una medicación análoga hareis en el caso de difterismo de la herida; la medicación desinfectante que debe preferirse á la cáustica. Quiero advertiros que el difterismo á veces toma grandes proporciones, pero apesar de esto no de-

be alarmarnos mucho, pues con curas oportunas, si las fuerzas fisiológicas se conservan, saldreis victoriosos de él.

El enfisema del cuello á veces puede extenderse hasta el mediastino y ser causa de muerte. A él, más que á ninguna otra causa, debemos atender; su conocimiento nos servirá de guia para un tratamiento racional. El enfisema puede depender de una viciosa abertura de la tráquea; por ejemplo, un corte demasiado pequeño ó demasiado grande, ó demasiado bajo; uno lateral, uno doble. Otras veces es efecto de la insuflación practicada para reanimar á los enfermos; otras, de maniobras infructuosas para introducir la cánula, y en fin, puede depender de hinchazón y despegamiento de los tegidos, por lo cual el aire halla fácilmente lugar en donde infiltrarse. En tales emergencias debeis servir de las cánulas largas, rectas. Con una compresión gradual favoreis la desaparición del enfisema y á veces si hay esclerósis de los bordes de la herida, quitando definitivamente la cánula, pues está probado que la respiración puede efectuarse perfectamente bien sin ella, cuando los tegidos que rodean la herida están indurados.

Una de las complicaciones sobre las que Roger ha llamado la atención, es la relativa á las ulceraciones de la tráquea. El campo está dividido entre los que creen que la ulceración es un hecho totalmente traumático y los que la ponen bajo la dependencia de condiciones generales. Creo que no se puede ser exclusivista, y el eclecticismo á veces sirve para darnos cuenta de los hechos. Una cánula rígida que choca contra la pared posterior de la tráquea (pues debo decir que las ulceraciones tienen su asiento principalmente en esta pared), bien puede, de manera traumática, producir la úlcera: con cánulas móviles como ésta de vulcanita, se remediará fácilmente esto, ó modificando su curvatura, de modo que no tenga ya el cuarto de círculo, ó adoptando estas otras de goma, que me han venido de Viena. Pilcher dice á este propósito que puede uno servirse de la cánula misma suturando con la piel los bordes de la herida traqueal. Si se sospecha con justicia que las condiciones generales no son del todo extrañas, lógico será añadir los tónicos.

La cura consecutiva debe comprender tambien la ABLACIÓN definitiva de la cánula. Los padres olvidan pronto el peligro corrido, sus angustias y las del médico, y dicen: ¿qué vamos á hacer con esta niña con un agujero en el cuello, y con una secreción que á veces no es inodora? La ablación de la cánula es uno de los más sérios problemas que se presentan al cirujano, pues por una cura de lujo, se arriesga nuevamente la vida del paciente. En la ablación de la cánula conviene pensar desde los primeros dias. No creais esto una paradoja, es una verdad clínica que no debe despreciarse: el confesarla nos explica por qué algunos niños llevan la cánula durante años. Es un precepto que, pasadas las primeras 24 horas, debéis quitar la cánula, no solo para observar el estado de la herida, no solo para dar más libre salida á los exudados, cauterizar y curar á gusto, sino tambien para comenzar á acostumar al niño á estar sin ella, y será siempre la señal del camino que seguireis en el tratamiento ulterior; por lo tanto, cada 24 horas la cambiareis, teniendo pronta una semejante para reemplazarla, pues cuando hace poco tiempo de la operación, los bordes de la herida pueden juntarse, y podreis molestar mucho las partes. Así, poco á poco, dejais algun tiempo á los niños sin cánula. Hay cirujanos que exageran en fijar la época en que se puede practicar esta definitiva ablación, y yo creo que esto es poco exacto. Se empieza quitando la cánula durante algunas horas, y al fin se llega á cerrar definitivamente la herida. Pero la ablación debe hacerse en época proporcionada á la intensidad del proceso, y al modo como la cicatrización procede respecto á las complicaciones. Tal vez los botones carnosos introduciéndose en la cavidad, son un obstáculo sério (cicatrización precóz), y tal otra la cicatrización es tórpidas, lenta, difícil. En suma, son las circunstancias especiales las que deben guiarnos, esto es, la noción exacta de que el proceso se extingue, y de que se restablece la permeabilidad de las vias estenosadas. Debeis adelantar más bien que retrasar este acto: cuanto más dilateis el cerrar la herida, mayores dificultades encontrareis. Conviene hacerlo gradualmente, esto es, á una cánula grande sustituiréis una

más pequeña, cerrando durante algunas horas del día la abertura externa, de modo que el mismo aire distendido se convierta en medio dilatador; así llegais hasta las dimensiones rudimentarias de las cánulas que sirven más para tener ligeramente separados los bordes de la herida, que para permitir la libre respiración. Haced cerrar de noche la cánula y observad como respira el niño: el temor tal vez provoca el espasmo, y vosotros advertís cerrando la cánula sin que lo sepa el paciente, cómo se verifica la respiración. El estado de la voz, de la deglución—la deglución poco después de la operación sufre siempre algo por el acto traumático ó por parálisis—y de la respiración, será la mejor guía para decidírnos á la ablación. Pero no olvidéis que la secreción abundante podría hacernos creer en una persistencia de la estenosis, por lo cual antes de decidiros, sereis prudentes, sí, pero no medrosos. Todos estos ensayos se harán bajo vuestra dirección y vuestra responsabilidad, nada hareis que no esté en vuestras convicciones.

Señores, no puedo dejar este argumento sin deciros algo de la diftéria de las vías nasales. Lo haré en la próxima lección.

LECCION VIGESIMA

XV.

Diftéria de las vías nasales.—Diftéria secundaria.

Resumen.—La diftéria puede comenzar primitivamente por la cavidad naso-faríngea.—Bretonneau lo comprendió el primero.—Posibilidad de los errores diagnósticos, especialmente con el coriza.—Tiene mayor gravedad (Trousseau).—Notas por las cuales se debe sospecharla: perturbaciones generales—fiebre—examen rinoscópico—alteraciones de la voz.—Epistaxis.—Tos análoga á la crupal.—Disnéa intensa.—Hechos colaterales por diftéria laríngea ó faríngea pueden secundarla.—La terapéutica no se modifica: añádense solo inyecciones intra-nasales con la resorcina.—Diftéria secundaria.—En qué enfermedades se manifiesta.—Caractéres comunes á todas las difterias secundarias.—1) Se manifiestan cuando la enfermedad esta adelantada.—2) Cuando faltan los hechos generales.—3) Con alteraciones de la mucosa subyacente.—4) La muerte se verifica entre síntomas de colapso y de adinamia.—5) Ocupa los mismos asientos elegidos por el proceso original de la enfermedad.—Caractéres especiales.—Diftéria de la escarlatina, del sarampion, de la fiebre tifoidéa, de la viruela.—La cura no se modifica.—La traqueotomía en casos de laringostenosis ha dado tambien malos resultados.

SEÑORES:

Cuando describí la forma típica de la angina diftérica, indiqué que en el segundo período podia verificarse una difusión del exudado, yá hácia la larínge, yá hácia la cavidad naso-faríngea. Como el estudio de la diftéria laríngea es interesantísimo, lo hemos tratado aparte; completamos hoy el es-

tudio de la diftéria en general, y de la porción alta de las vías respiratorias en especial, con alguna breve noción respecto á la llamada DIFTÉRIA NASAL y á la DIFTÉRIA SECUNDARIA, de la cual tambien indiqué alguna cosa.

Bretonneau observó que en ciertas epidemias la diftéria empezaba con los síntomas de un coriza; y esto que el docto médico francés habia observado, nosotros lo hemos visto tambien en las recientes epidemias; quiero decir, que si es posible una difusión de la angina diftérica, es tambien verdad que bajo condiciones especiales la diftéria comienza por la cavidad naso-faríngea, y los exudados que se difunden á las fáuces, son exudados de propagación, estando el punto de partida representado, como os he dicho, por la cavidad naso-faríngea.

Es bueno entendernos sobre la NOMENCLATURA de esta forma, pues vosotros adivinais, cuán ámplia, cuán importante, desde el punto de vista anatómico y fisiológico, es la cavidad faríngea. Por diftéria nasal, pues, no entendemos la sola estratificación del exudado sobre la mucosa schneideriana, sino la co-participación de toda la cavidad y del espacio naso-faríngeo, que tiene dimensiones considerables, pues su límite superior es la base del cráneo, á los lados las paredes laterales de la faringe, en donde observamos las fositas de Rosenmüller y las aberturas de las trompas de Eustaquio, posteriormente la pared posterior de la faringe, y por delante la anterior en donde están el tabique y las aberturas de las fosas, y despues los cornetes y los meatos. Este breve recuerdo os hará entrever que á veces la exudación es extensa, aunque poco perceptible á la vista; pues en tales casos el exudado aparece en forma de una orla por los arcos y los pilares, ó si se extiende adelante hácia las narices, se estratifica sobre las paredes laterales del tabique y en los espacios de los meatos.

Hay además otras razones que nos obligan á estudiar aparte la diftéria nasal, y éstas son: la importancia del pronóstico, la importancia de los síntomas y las modificaciones curativas que debemos emplear. Desde este punto de vista,

clínico y terapéutico, haré yo el estudio de tan importante forma.

Cuando los FENÓMENOS GENERALES predominan, hay fiebre alta, y los locales son escasos, esto es, que no hay más que un indicio de coriza, el práctico puede hallarse en un serio compromiso para reconocer la verdadera naturaleza de la enfermedad. Alguno de vosotros que me ha seguido en la clínica civil ha sido testigo de los errores diagnósticos cometidos por prácticos experimentados, tanto más lamentables cuanto dejan en las familias el escrúpulo de que el no haber intervenido á tiempo ha sido una concausa del triste éxito de la enfermedad. Será, pues, menester mirar bien para interpretar acertadamente una escena sintomatológica que expresa un evidente contraste entre los fenómenos generales y los locales. Como regla os aconsejo tener muy en cuenta aquellas formas de coriza que se acompañan de fiebre alta y de un flujo sero-sanguinolento por las narices, que por su virtud irritante escoria el labio superior. Y puede decirse que por el espacio que el exudado halla, espacio considerable, tarda en manifestarse; y si la fiebre dura dos, tres ó cuatro días, veis que se aumentan las razones para una indecisión diagnóstica; en cuanto que, animados por la posibilidad de un simple coriza por una parte, y alarmados por otra por las condiciones generales, no teniendo como base de vuestro juicio diagnóstico el síntoma patognomónico, dudais en decidir; y en tanto el mal camina, y el exudado, en contacto con estas regiones, que tienen una rica red venosa perteneciente al género del tejido llamado compresible, y en donde los linfáticos abundan, fácilmente aumenta y vierte en el torrente circulatorio materias sépticas y envenena el organismo. Verdaderamente la diftéria nasal suele tener una gravedad mayor que la que se asienta en las fáuces, lo que Trousseau habia adivinado, y nosotros hemos visto confirmado punto por punto por una experiencia mucho más larga.

De lo que os he expuesto intento concluir que todas las veces que observeis fiebre alta y síntomas de coriza intenso, si reina una epidemia, estais autorizados para agravar vues-

tros temores y exajerar vuestras inducciones clínicas y sospechar la diftéria. Es inútil deciros que la altura de la fiebre por sí sola es un criterio positivo para haceros creer en una enfermedad infectiva, pues aún cuando un coriza puede asociarse á una fiebre elevada en los individuos de tierna edad, la fiebre en tales emergencias tiene siempre el carácter efímero y no dura más que 24 horas, no ya 3 ó 4 días, como sucede en la diftéria nasal.

Pero si es verdad que la forma puede ser insidiosa y vosotros debéis ser previsores, en otras circunstancias es fácil el diagnóstico, pues gracias al *speculum* nasal y al rinoscopio, descubrireis un exudado que representa el límite anterior ó el posterior, segun que os es dado descubrirlo en los meatos, en el tabique, ó como orla en los márgenes del velo del paladar.

Cuando el exudado aumenta y la enfermedad avanza hacia el segundo período, hay otros síntomas que nosotros debemos estudiar. Ante todo *la alteración del timbre de la voz*, por razones que vosotros fácilmente comprendéis. La voz no puede consonar en el espacio naso-faríngeo, porque éste será obstruido por la presencia de un exudado que se multiplica y permanece en la localidad, hasta que condiciones anatómicas especiales no lo hagan desprender, en cuyo caso esto se efectúa siempre con alguna ligera hemorrágia; de aquí la epistaxis, que teneis obligación de distinguir de la que se verifica por grave intoxicación de la sangre. Verdaderamente hemos hablado de epistaxis y de hemorrágias subcutáneas que en el caso de angina diftérica son el indicio de la infección; ahora en esta forma de diftéria nasal la epistaxis tiene menor importancia, porque denota que la superficie mucosa ha quedado al descubierto, y hay una rotura de la red capilar, lo que nunca pone en peligro la vida del enfermo. Así, desde ahora puedo deciros que basta la aspiración de un líquido astringente para hacerla cesar. Recordad esto, porque á veces sereis llamados apresuradamente por las familias y debéis dar una interpretación justa al fenómeno y hacerlo desaparecer de la manera fácil que os he dicho.

A veces, cuando las falsas membranas quedan pendien-

tes y hacen cosquillas en la mucosa subyacente, hay una especie de *tos* que tiene cierta analogía con la crupal, y conviene estar en guardia, pues por lo que os diré de las dificultades de la respiración, la escena sintomatológica guarda siempre mucha analogía con la del crup; la voz conserva su intensidad; pero la tos no es insistente como en la forma crupal, y se explica bien con el exámen directo que os deja ver la causa que la produce, esto es, las falsas membranas colgantes, desprendidas, próximas á caer de la bóveda faríngea.

Disnea.—Si la fortuna nos ayuda, tendremos lugar de estudiar formas disnéicas variadísimas por estar impedida la respiración nasal. Tendremos lugar de estudiar rinitis crónicas hipertróficas con atresia, que dificultan tanto la respiración de los enfermos, que desde el primer instante sereis llamados para explorar otros órganos interesantes. La observacion diaria nos ha hecho saber que hay formas asmáticas en relación evidente con pólipos nasales. Yo poseo una observación interesantísima que comprueba esta posibilidad, esto es, mixomas de las fosas nasales que sostenian un asma rebelde á todos los tratamientos, y que despues cedió á la extirpación de estos tumores; comprobación solemne de que las vías nasales representan en la mecánica respiratoria una parte interesante; el punto escito-motor, que estimulado puede determinar por via refleja una forma de contractura de los músculos respiratorios tal, que provoque la escena asmática.

Ahora, sin deciros que es óbvio ver cuanta parte las vias nasales tengan en la respiración; sin repetiros que en las condiciones normales nosotros respiramos más por la nariz que por la boca; que basta tener obturadas por algunos minutos las narices para convencerse de cuán difícilmente se respira, añadiré que dada una tumefacción considerable de los tejidos, con infiltrado flogístico abundante que se añada á la tumefacción preexistente de la mucosa é impida el paso del aire al través de las narices, se comprende fácilmente que ha de producir, especialmente en los niños, cuyas vias nasales están poco desarrolladas, dificultad de respirar, y hasta una

cianosis, que os hará creer erróneamente en una localización laríngea, como la tos de que hemos hablado.

Respecto á sintomatología de la difteria nasal podemos pues, concluir: Primero: que la forma es generalmente insidiosa, y que ésta insidia nace de la topografía, de la estructura de las vías nasales, en cuanto que el exudado halla espácio muy suficiente para desenvolverse, pero no se deja ver sino cuando ha pasado de ciertos límites, que son accesibles al médico. Comprendo que un diligente exámen rinoscópico nos sacaría del engaño, pero en los niños son sabidos los obstáculos que se presentan para esta inspección.—Segundo: que la escena sintomatológica se modifica según el asiento; y como las vías nasales sirven para el paso del aire, y como muchas veces están obstruidas, comprendemos que deben resultar graves obstáculos á la respiración. Modificaciones en el timbre de la voz, y además posibilidad de tos por el estímulo que las falsas membranas pendientes ejercen sobre la mucosa faríngea; facilidad de epistaxis, que deben tener un valor diferente del que tienen las hemorragias nasales cuando indican la infección.

Os he enumerado las dificultades que rodean el DIAGNÓSTICO de una difteria nasal; ahora quiero deciros algo, para que no vayais á cometer un error contrario, esto es, una exageración, creyendo en la difusión cuando no se trata más que de fenómenos de edema-colateral. Me explicaré: á veces la forma de angina diftérica que predomina es la inflamatoria, es decir, debajo del exudado la mucosa está enormemente hinchada, y á veces llega hasta la supuración. Suponed que el exudado partiese de las tonsilas y del velo y tendiese á extenderse hácia la cavidad naso-faríngea; es natural comprender que el tabique de las fosas nasales y la superficie posterior del velo deben resentirse, que la mucosa de aquellas partes deberá hincharse.

Por la mayor dificultad en la respiración nasal, por el flujo de las narices, agravais vuestro pronóstico, porque creéis que la difteria se extiende hácia las fosas nasales. Esta sería una exageración, y vosotros debeis distinguir los que son fe-

nómenos colaterales de la verdadera repetición del proceso ó de la aparición primitiva de la diftéria en las vías nasales. Pero os repetiré siempre que en tiempo de epidemia, con fiebre alta y síntomas de coriza, debeis volver frecuentemente á ver estos enfermos, y antes de pronunciarnos en favor de un simple catarro, mantener en suspenso vuestro juicio.

Os he justificado por qué la forma de la diftéria nasal merece un PRONÓSTICO más grave que la forma ordinaria, precisamente porque es más fácil la reinfección en vista del tegido citógeno y venoso que se halla en aquel sitio. La experiencia, ciertamente, nos muestra la gravedad de esta forma; las estadísticas nos prueban que se curan menos enfermos de diftéria nasal que los de simple forma anginosa, tanto más, cuanto que se trata de la forma secundaria, que es compañera de la escarlatina.

El TRATAMIENTO de esta forma recibe pocas modificaciones. Las indicaciones en que debemos fundarlo, permanecen las mismas; sólo es necesario tener presente que la medicación local debe estenderse también á aquellas partes que son asiento del mal. El nefógeno, que manda una espesa nube de ácido fénico, es aquí tanto más interesante, cuanto que haciendo ligeramente húmeda la atmósfera del cuarto, facilita el desprendimiento de las falsas membranas. Pero vosotros habreis ya comprendido que el uso de las geringas intra-nasales debe facilitar el desprendimiento de las falsas membranas, y poner en contacto con la mucosa y el exudado un líquido desinfectante.

A este propósito quiero deciros que á los antisépticos más en boga yo prefiero la resorcina, en disolución al uno por ciento; y digo que es preferible la resorcina, porque no tiene aquel mal olor del ácido fénico y la tolera perfectamente la mucosa sobre la cual se aplica. Recordando la delicadeza de esta mucosa de la nariz y de la cavidad naso-faríngea, la riqueza de la red capilar, concedereis mucha mayor fé á lo que os he dicho sobre la preferencia de la resorcina, sin contar con que el mal olor del aliento y la secreción fétida fácilmente se modifican con el uso repetido de dicha solución; la cual

debe estar tibia, ya porque se trata de obrar sobre una mucosa que toleraría mal una baja temperatura, ya porque el calor es un gran medio para facilitar el desprendimiento de las falsas membranas. Debo notar además, que los niños que al principio se revelan contra esta medicación acaban por aficionarse tanto, que piden ellos mismos la geringa. Es un hecho, cuya verdad pronto podreis comprobar. Siempre acaecerá que después de varias inyecciones se desprende algun pedazo de falsa membrana, y si continuais en esta limpieza, el coma, que en estas circunstancias es constante, cede el puesto á la vivacidad del enfermito, que se sienta en la cama, que tiene la voz menos nasal, que se muestra reanimado con esta medicación simple y eficaz. La inyección debe hacerse con suavidad, debiendo cubrir el pico de hueso de la geringa ordinaria con un pedazo de tela ó de caoutchouc. En fin, debeis estimular lo ménos posible esta mucosa tan delicada, pues por su gran vascularidad ella está muy sujeta á las hemorragias, y las familias no seguirian vuestros preceptos, si al repetir las prescritas maniobras, se repitiesen las epistaxis. La medicación interna no varia. Decid otro tanto de los tocamientos directos sobre el istmo de las fáuces, si hay que emplearlos. No os hablo de las pinceladas directas, porque comprendo que, si la observación es difícil, más difícil debe ser la aplicación de ciertos remedios. Deberiais con una sonda curva llegar al espacio naso-faríngeo; deberiais con un pincelito introducido en las narices, llegar hasta las falsas membranas, y estimulariais tanto la superficie mucosa, que los niños os opondrian una obstinada resistencia.

Digamos ahora algo de la DIFTÉRIA SECUNDARIA.—Cuando la diftéria sobreviene á una enfermedad ya preexistente, toma el nombre de secundaria. Sabeis cuales son las enfermedades á las que más comunmente sucede la diftéria; citaré en primer lugar la escarlatina, el sarampion, la viruela, la fiebre tifoidea, las afecciones torácicas, y á veces, como he observado, la metritis puerperal. Completemos este estudio con algunas nociones generales referentes á cualquiera forma de diftéria secundaria, y después os diré algun detalle respecto á

las principales enfermedades en que se desarrolla la diftéria.

Primera.—Un carácter constante y comun á todas estas formas, es que la diftéria sobreviene siempre en un período adelantado, esto es, cuando la enfermedad, á la cual complica, está ya avanzada, más ó ménos segun el proceso, como os diré cuando llame vuestra atención sobre los puntos principales. Segunda.—Precisamente porque sobreviene en este período tardío, la diftéria se manifiesta cuando los fenómenos genereles faltan; y ésta es una triste señal, y os debe conducir á un pronóstico reservadísimo, porque denota que la diftéria se desenvuelve en un organismo, cuyas fuerzas fisiológicas languidecen. Tercera.—El estado de la mucosa subyacente, que en la forma primitiva hemos visto hasta halagüeño, está gravemente comprometido y se llega á la necrosis de los tegidos. En cualquier hospital de Lóndres hay ejemplos clásicos de diftéria secundaria, uno de los cuales se refiere á la diftéria laríngea; que habia necrosado todo un cartilago aritenóides. Cuarta.—La muerte se verifica siempre en medio de síntomas de colápsio y de adinamia, ó por hemorragia. Quinta.—La diftéria secundaria elige como asiento los mismos escogidos por el proceso inicial; si se trata de escarlatina, habrá de preferencia diftéria faringo-nasal; si se trata de sarampión, diftéria laríngea. En general, en la tuberculosis, en la bronquitis y en otras afecciones torácicas, en la urticaria, la diftéria no se diferencia de la que ya conocemos, ni reclama remedios diferentes de los que hemos estudiado. Llamo solo vuestra atención hácia la escarlatina maligna secundaria, hácia el sarampión y hácia la viruela, en cuyas afecciones tambien Home habia fijado la suya.

Escarlatina maligna.—Sobre el noveno dia, la faringe y la cavidad naso-faríngea se hacen el asiento de un exudado, debajo del cual la mucosa está gravemente enferma, pero la laringe casi siempre es respetada; digo casi siempre, porque en patología nunca faltan escepciones á la regla; digo casi siempre, porque he observado en un período avanzado de la escarlatina, una grave laringostenosis que dependia de una laringitis flemonosa, sin que hubiera exudados diftéricos, forma

que debe considerarse como diferente de la que nos ocupa. A veces tambien el esófago participa del proceso. Es útil recordar que hácia la misma época pueden manifestarse los llamados bubones escarlatinosos, que son inflamaciones intensas de los linfáticos latero-cervicales, acompañadas de supuración, que con rapidez aumentan, y en cinco ó seis dias os dejan ver un absceso de colosales dimensiones. En esta forma maligna pueden sobrevenir graves hemorrágias por erosión de los vasos, y es inútil deciros como se verifica, bastando simplemente tener presente el hecho.

¿Qué sucede en el curso del *sarampión*? Una localización de los fenómenos catarrales en la laringe, ó mejor una predilección notable por este órgano. Cuando nos ocupemos de las formas laríngeas secundarias de las enfermedades infectivas, os diré que en el sarampión no se trata siempre de una simple laringitis catarral. Pero apropósito de la difteria secundaria del sarampión, nosotros comprobamos la predilección por la laringe, y principalmente fenómenos de laringostenosis, sin negar que puede estenderse hácia las partes altas, escepción que representa en el sarampión lo que la localización laríngea representaba en la escarlatina.

En un período avanzado de la *fiebre tifoidea* podeis tener la localización laríngea: más como éstas formas atacan primeiramente á los adultos; como en la fiebre tifoidea hay siempre una disminución de la escitabilidad de la médula oblongada, dichas localizaciones pueden pasar desapercibidas en la clínica, y revelarse en el anfiteatro, razón de más para estar en guardia y exagerar el valor de ciertos síntomas, que muy ligeramente pudieran espresar la presencia del exudado membraniforme en la laringe.

Respecto á la *viruela*, debo deciros que la forma diftérica debe distinguirse de la erupción pustulosa que vemos por efecto de la misma viruela. Rühle, que ha hecho numerosas autópsias, nos recomienda tambien que estemos alerta, en cuanto que rotas las pústulas, el exudado puede disponerse en forma de falsa membrana y engañarnos. Comprendeis por ésto cuan importante es la exploración laringoscópica, y

cuanto importa tener presente la posibilidad de una diftéria laríngea para no equivocarse el diagnóstico.

Os he anunciado que el TRATAMIENTO en todas estas circunstancias no sufre modificación esencial; ahora debo añadir que hasta la traqueotomía, que estará indicada en los casos extremos, no ha dado resultados animadores. Por lo tanto, vosotros podeis considerar la diftéria secundaria, cualquiera que sea el asiento que elija, y las condiciones en que se verique, de carácter, siempre, sumamente grave.

Señores, nuevamente os presento mis excusas, por haberme detenido demasiado en ciertos detalles, y sobre todo por haber escedido el número de las conferencias sobre la diftéria al que yo había fijado. Pero estoy seguro que cuando entreis de lleno en el ejercicio de vuestras funciones, recordareis muchas de las cosas que os he dicho. Solo así, y solo entónce, podré justificar mi determinación

LECCION VIGESIMA PRIMERA

OZENA

I.

Historia, Teorias, nuestra opinión.

Resúmen.—Historia de la enfermedad y sus períodos.—Opinión de Zaufall, de Gottstein, Michel y Rouge. Crítica de estas teorías.—Observaciones químico-microscópicas (Arena, Massei). Corolarios que se pueden sacar de ellas,—Otras hipótesis de Ziem, Hedenus.—Teoría parasitaria y sus razones.

SEÑORES:

Cedo gustoso á vuestras exigencias, y comienzo un tratado SOBRE EL OZENA. Digo que emprendo con gusto este estudio, porque sé que las observaciones hechas en el dispensario no son pocas: la forma clínica (la manera como el ozena se diferencia de las otras enfermedades) el predominio de la edad y del temperamento, el tratamiento que juzgamos más eficaz, todo os es conocido, Para volver ahora sobre estas cosas, en forma didáctica, importa concretar bien el juicio que debemos formarnos de esta grave enfermedad; importa recorrer rápidamente la historia de este rebelde padecimiento; importa fijar nuestra atención sobre las armas con las cuales debemos combatirla.

Desde el punto de vista HISTÓRICO, que por su extensión exigiría muchísimo tiempo, podemos distinguir tres períodos:

uno antiquísimo, en el cual el ozena figuraba como síntoma de procesos morbosos variadísimos, y como sino bastase la enumeración de los procesos patológicos, se recurría á las causas, y de aquí un ozena *traumático*, un ozena *herpético*, un ozena *escrofuloso*, *sifilítico*, *óseo*; denominaciones que claramente demuestran las incertidumbres en que vagaban nuestros buenos padres. El fenómeno culminante era el mal olor; bastaba reconocer éste, para bautizar la enfermedad; y quizá una observación ménos superficial debia llegar á dar un adjetivo á la forma clínica ya reconocida y llamada con el nombre de ozena.

El segundo período, está representado por los esfuerzos que los prácticos hacian para hallar una lesión constante que pudiese dar cuenta de los fenómenos, y la ulceración pareció el carnero espiatorio. Con el proceso ulcerativo se podia explicar la diversa intensidad de la enfermedad, las alteraciones ya superficiales, ya profundas; y efectivamente se admitió un ozena *superficial*, cuando la úlcera se limitaba á los tegidos blandos; un ozena *profundo*, cuando invadiendo el esqueleto subyacente, los huesos estaban interesados.

En el tercer período, moderno, comparando al ozena con otras muchas enfermedades sobre las cuales el naturalismo ha arrojado intensa luz, ha habido el propósito laudable de caracterizar bien la enfermedad; y, salvo ciertos detalles que nosotros todavía ignoramos, podemos con buena conciencia decir que el concepto anatomo-patológico del ozena se apoya sobre bases sólidas, ó al ménos sobre fundamentos que podrán servir para la construcción de un nuevo edificio.

Al sintetizaros así los períodos históricos, vosotros comprendéis que el fin principal, á que tiendo, es el de economizar tiempo y ahorrar citas. Si, como os he dicho, quisiese enumeraros las diversas opiniones, las teorías, las observaciones hechas desde tiempos remotísimos, no solo os robaría mucho tiempo, sino acabaría por prescindir de la principal misión que me he impuesto, esto es, la de delinearos con precisos rasgos el concepto de la enfermedad; á lo que me lisonjeo de poder llegar en breve tiempo y con la mayor claridad.

De estos tres períodos históricos vemos que el ozena en el primero se podía decir que representaba un *pueblo*, en el segundo una *familia*, en el tercero un *individuo*. La fisonomía de la enfermedad hoy, después de las observaciones de Baginsky y de Fraenkel, está perfectamente delineada. Tenemos ante nosotros un campo vastísimo que nos resta explorar; pero tenemos puntos de partida seguros, de los cuales no debemos separarnos y que nos servirán para fijar en nuestro ánimo lo que debe entenderse por ozena.

Os he dicho que antiguamente enfermedades diversas por naturaleza, desenvueltas en el mismo sitio, se miraron como causa de un idéntico fenómeno, que la práctica elevó á un puesto autónomo; en el segundo período, se trató de reconocer una forma morbosa sola, la úlcera; en el tercero, éste concepto fué totalmente combatido, y con Fraenkel y Baginsky se reconoció que las lesiones anatómicas se reducían á las de un simple catarro; el ozena no siempre estaba limitado á la mucosa nasal, pues podía desenvolverse en otras inmediatas y congéneres, la mucosa de la faringe, de la laringe y de la tráquea.

Este nuevo concepto, lanzado en el horizonte incommensurable de la ciencia, produjo una revolución: nosotros no nos estraviáramos ya; y como por estos mismos autores se sostenía la especificidad de la enfermedad, se admitía también alguna cosa que claramente lo separase del catarro vulgar. Hubo una serie no corta de clínicos y de especialistas que intentaron hallar la causa íntima que pudiese asignar al catarro su especialidad. Citaré las TEORÍAS más culminantes, y empiezo por la de Zaufall, que sosteniendo que en el ozena las notas anatómicas eran escasas y pocas (las ordinarias del catarro), creía haber hallado el hilo de esta intrincada madeja, estudiando la disposición y la forma del esqueleto de la nariz. Él, sorprendido por un hecho que debe haber llamado también vuestra atención, el ensanchamiento de las cavidades nasales, elevó esta observación á teoría, y dijo que por condición congénita, ampliadas las cavidades nasales, las partes que las componen reducidas á un estado rudimentario, marchitos (permitaseme

la palabra) los cornetes, especialmente el inferior, el aire que en las condiciones ordinarias pasa al través de estas vías, en un espacio más amplio, con menor choque contra las paredes, no basta para limpiar los productos de la secreción, que se estancan, se descomponen, fermentan, entran en putrefacción, y nos dan cuenta del mal olor. Gottstein acaricia esta idea, pero admite el ensanchamiento de las cavidades nasales, no como un hecho congénito, sino como una alteración secundaria del catarro, esto es, aquella forma de catarro que nosotros llamamos rarefaciente, catarro seco rarefaciente de los tudescos (*trockener rareficirender Catharr*). Y después, volviendo á la segunda parte de la teoría de Zaufall, que hace suya, sostiene que el mal olor debe depender de la detención y de la alteración de los exudados. Os he dicho, é insistiré siempre sobre esto, que no pudiendo negar, después de las observaciones estensas que nos proporcionó el rinoscopio, el catarro en su forma hipertrófica y atrófica, los clínicos se ingeniaron para hallar alguna particularidad que explicase una escena sintomatológica culminante; y así, Michel y Rouge digeron: catarro hay, es verdad, sobre la mucosa que reviste los cornetes, que tapiza las fosas y la parte alta de la laringe, pero la lesión más esencial está en los senos y en las células que tan numerosas y multiplicadas se hallan en el esqueleto oseó que constituye la nariz y las fosas nasales. Michel admite un catarro purulento de la mucosa que reviste las células etmoidales y los senos esfenoidales; Rouge, que se ha hecho porta-estandarte de un método quirúrgico enérgico, sostiene que participan de él los senos frontales, los senos esfenoidales y los senos maxilares. Yo no sé como ha habido quien atribuya á Michel de Colonia una opinión que nunca ha sido la suya, es decir, la del llamado coriza caseoso que pudiese ser la base del ozena.

Me he tomado el trabajo de revisar los tratados y las monografías, y puedo con toda conciencia afirmaros que el coriza caseoso fué estudiado primeramente por Duplay. Bajo este nombre, él entiende una forma de rinitis que por lo común sigue á la erisipela de la cara, caracterizada por el cú-

mulo y la retención de la materia caseosa, semejante á la sustancia que encontramos en los quistes sebaceos; una afección que se complica con deformidad del semblante; una afección que yo no he visto nunca, y sobre la cual, os confieso que conservo muchísimas dudas. Os digo ésto al vuelo, porque no debemos prescindir de la historia, que es tambien uno de los datos más importantes, cuando nos ponemos á trazar la patología de una enfermedad.

Qué hay de verdad en esta teoría? Permitidme que antes de llegar al concepto último, os haga brevemente la crítica de ella. Podemos nosotros sostener con Zaufall y Gottstein la alteración congénita, que tiene por último efecto la estancación y descomposición de los exudados? No, Señores: ante todo porque hay individuos que tienen las cavidades nasales naturalmente muy anchas, y no presentan ozena. Notad que con la teoría de Zaufall no hay duda; admitido el hecho; admitido el ensanchamiento de las cavidades, el aire no puede espulsar las mucosidades que en ellas se encuentran, y el efecto debería ser ineludible. En segundo lugar, nosotros á veces, en individuos en quienes observamos este ensanchamiento, salimos victoriosos; esto es, la condición anatómica culminantísima permanece la misma, y obrando por otras vías conseguimos la curación.

Lo que os digo para combatir la teoría de Zaufall, puede aplicarse perfectamente á la de Gottstein, aunque con la diferencia de que la atrófia de la mucosa y de las glándulas es un hecho innegable, que nosotros encontraremos verdaderamente en el segundo período; pero si reflexionamos que el ozena se manifiesta tambien cuando hay hipertrófia y estenosis de aquellas vias, que el mal olor que proviene del moco descompuesto es muy diferente, deberemos siempre pensar en otro hecho que pueda explicarnos como el catarro de la mucosa de los senos frontales, maxilares y esfenoidales, de las células etmoidales, de una mucosa, en fin, que siguiendo estas circunvoluciones se vuelve estensísima y se encarga de calentar y deterger el aire atmosférico que inspiramos, se haga tan insoportable y pesado, tan molesto y repulsivo. Esta mucosa

que se introduce y se adapta sobre las elevaciones normales de las vías nasales, es tan pobre en glándulas, que un proceso inflamatorio intenso, crónico, que en ella se desarrolla de preferencia, apenas se comprende; y cuando hay verdaderamente inflamación supurativa de la mucosa que reviste los senos, especialmente de los maxilares, tenemos una secreción líquida, una exhalación fétida, de carácter diferente de la del ozena, é intermitencias del fenómeno debidas á la facilidad ó á la dificultad con que el pus coleccionado se vacía. Vosotros que ciertamente habreis leído y estudiado á Trousseau, recordareis una observación clásica: un individuo que entró en el gabinete de este eminente clínico, y no daba señal alguna de la grave enfermedad que decía padecer. Observación que Trousseau cita para que estemos alerta al pronunciarnos, pues la observación objetiva, y también las impresiones subjetivas, pueden faltar en los primeros tiempos. El enfermo dijo que para producir el hedor le bastaba inclinar la cabeza, é invitado á hacer este movimiento, recogió en un pañuelo una cantidad enorme de líquido queapestó el aire del gabinete. Ahora yo os pregunto, cómo hice cuando en otro tiempo publiqué algunas lecciones sobre el ozena, si esta escena morbosa os recuerda la del ozena como la hemos tantas veces observado? Y tanto más reclamo vuestra atención, pues con el carácter clínico que yo doy á estas conferencias, quiero aprovecharme de todo, por lo cual os hago notar este curioso fenómeno, que os servirá para diagnosticar, como he hecho yo ayer mismo una enfermedad de los senos maxilares que es importante, y que está caracterizada por el gran acúmulo de un líquido mucoso que sale, cuando el enfermo baja la cabeza. Basta recordar la disposición de la abertura del seno maxilar, para darnos cuenta del hecho.

Quiero concluir de esta breve digresión que la inflamación supurativa de los senos, rara por razones anatómicas, es un hecho que no puede compararse al ozena, por la escena sintomatológica, y no puede valer como tipo de la alteración que debe servir de base al concepto patogénico.

He dicho que se supone al ozena un catarro en la prime-

ra fase, hipertrófico, en la segunda, atrófico: un catarro en el cual la inspección anatómica del estado de los tegidos y el exámen microscópico de los productos, son completamente negativos, como se observa por la rinoscopia. Cuando os hable de los síntomas, os espondré algo relativamente al estado de la mucosa que esploramos.

Respecto al EXÁMEN MICROSCÓPICO de los productos de secreción, bastarán breves palabras para convencerlos que nos quedamos en la oscuridad como antes. En efecto, no sólo hábiles micrógrafos nada nos han dicho de positivo, sino el Profesor Arena, que es un distinguido químico y con el cual he iniciado una série de estudios sobre el ozena, me hacia saber que no se ven al microscopio más que residuos de detritus, células epiteliales alteradas, cristales de tirosina y á veces esporos de lepthotrix. El Profesor Arena conservó las masas en la glicerina y halló moco-pus con alguna masa de detritus de color amarillo; no encontró esporos de lepthotrix, pero creyó hallar la causa de su falta en el medio, en el cual estas masas habian sido conservadas. Pero este residuo, despues de la evaporación del eter, no reveló al microscopio ninguna forma cristalina. Como veis, quedaba sin resolver ante nosotros un problema importantísimo: no podiamos desconocer las notas anatómicas comunes, vulgares del catarro. Pero si el catarro no basta para explicar la escena fenómeno-lógica, no os parece que el dirigirnos á la QUÍMICA para estudiar dos importantes cuestiones, esto es, en donde se contiene la materia pecante, y lo que es esta materia, habria podido iluminarnos mucho sobre el concepto patogénico? Y bien, yo tuve el mérito de pensar esto; pero no fuí afortunado en las respuestas que obtuve de ella. Y sin embargo, si debo confesar esta falta de éxito, quiero llamar vuestra atención sobre este punto, pues me parece que él debe representar propiamente la última estación que nos ha de llevar al conocimiento de la verdad.

Y como sé que entre vosotros hay jóvenes hábiles en micrografia y esptisimos en química, no me cansaré nunca de hacer la recomendación de continuar estos estudios en la

vía que os he trazado, porque si un día podeis llegar á resolver á lo ménos *uno* de estos *dos* problemas, habreis prestado á la ciencia y á la humanidad un grandísimo servicio. Compréndese bien que allí en donde la química nos haga reconocer una sustancia especial, podremos por esto solo remontarnos á alguna otra cosa, fundar nuestras hipótesis sobre un terreno más sólido; así, si descubriésemos una sustancia grasa y volátil, podríamos, estudiando los cuadros, recordando bien la anatomía, la fisiología y las alteraciones y metamorfosis posibles de los tegidos, llegar á comprender como se desarrolló este producto. Pero la química hasta ahora no ha satisfecho nuestros deseos, y á vosotros queda confiada esta tarea, que espero pueda cubriros de gloria y de honores. Ahora os referiré las observaciones que hemos hecho, y los corolarios que de ellas hemos sacado.

1) El Profesor Arena comenzó por hacer pasar durante algunos minutos el aire espirado por la nariz de varios individuos afectos de ozena típico, al través de una solución de permanganato de potasa al uno por mil, y vió que esta sustancia, que es sensibilísima á las reacciones de los productos orgánicos, no se alteró nada; lo que significa que ninguna sustancia orgánica en cualidad de producto fermentativo es trasportada por el aire, ni la sustancia, á que se debe el olor, es de naturaleza orgánica volátil.

2) Haciendo pasar el mismo aire por la tintura azul de tornasol, se produce una alteración del color en rojo vinoso; pero vosotros comprendéis que en esta experiencia se requería gran delicadeza; la transformación del color podia depender del ácido carbónico contenido en el aire espirado. Y bien, el Profesor Arena tuvo el buen acuerdo de prevenirse contra este error, y nos ha hecho saber que es sólo el ácido carbónico el que produce esta transformación, pues por comparación, con sólo calentar las diversas tinturas enrojecidas aun por individuos sanos, recobran su colorido azul. No hay pues ningun principio volátil de naturaleza ácida ó básica, porque la tintura permanece inalterada despues que la ha atravesado el aire durante largo tiempo.

3) Se han cogido las masas segregadas y se han colocado en el éter etílico, se ha hecho evaporar la mezcla y después se ha obtenido un pequeño residuo sin forma cristalina y de la naturaleza de las grasas; pero no se ha encontrado ningún olor que recordase el del ozena. Las sustancias grasas, pues, en gran parte, no contienen un principio que dé el mal olor.

Ni las investigaciones microscópicas, ni las químicas nos ponen en camino. Por lo tanto en union con el Profesor Arena me he creído autorizado para sacar las siguientes conclusiones:

1) No es el producto de la secreción la causa primitiva del mal olor, porque éste persiste aunque falte aquél, y porque el producto sólido obtenido por la evaporación del éter no tiene olor especial.

2) No es el pus el que dá el mal olor, pues faltan productos amoniacales y amoniaco. Y este segundo corolario da el golpe de gracia á la teoría de Michel y de Rouge que sostenían la flogosis supurativa, porque en la descomposición del pus ciertamente hubiéramos debido encontrar productos amoniacales.

3) Apesar de la negativa de estos primeros experimentos, no se puede desconocer que todavía queda confiado á la química el grave problema; y las investigaciones deben hacerse de preferencia en la dirección cuantitativa, para saber si entre las sustancias conocidas de las masas que representan los productos del ozena, ó entre los productos de secreción, hay el principio especial al cual se asigna el mal olor.

4) El olor *sui generis* probablemente depende de alguna transformación especial de los productos de secreción al través de los epitelios. Hemos visto que no eran los productos de secreción causa del mal olor; hemos sabido que el aire no contenía sustancias orgánicas; la teoría formulada con el Profesor Arena se convierte por lo tanto en una necesaria y lógica consecuencia, en cuanto que la más plausible de las hipótesis que se pueden emitir, es que haya una sustancia volátil en estado naciente que produzca este mal olor, atravesando los epitelios de la mucosa que ya están alterados.

Por esto opinamos que el fenómeno es debido únicamente á un proceso químico que se desarrolla por los productos de secreción de la mucosa al través de los epitelios, en donde se forma un principio que es capaz de solidificar el moco. ¿Pero cuantas veces no hemos visto nosotros que los productos de la secreción del ozena se semejan á la piedra pomez? Esto justamente nos sirve para distinguir el ozena del catarro crónico. Ahora bien, la sustancia volátil, en estado naciente, que se forma en el momento en que pasa al través de los epitelios, tendrá la propiedad de coagular los exudados disponiéndolos en capas sobre los repliegues de la mucosa. Quizá las mismas sustancias grasosas que son productos anormales de aquellas masas sólidas, representan el último producto de transformación.

El no haber hallado el elemento, la sustancia que es causa del olor especial, no debe disuadirnos de que el problema pertenece verdaderamente á la química, porque es muy sabido que muchas sustancias volátiles y eminentemente olorosas (el almizcle por ejemplo), no se descubren por la química en la atmósfera que está llena de sutiles moléculas, que recuerdan perfectamente la sustancia de que emanan.

Y bien, señores, despues de lo que os he referido, no me queda más que compendiar brevemente el CONCEPTO PATO-GÉNICO de la enfermedad. Por vía eliminativa hemos llegado á saber que las lesiones anatómicas no tienen nada de especial; que la química no nos ha hecho aún poner la mano sobre la materia pecante, causa del mal olor, pero debemos necesariamente admitir una forma de exhalación, y sobre esto me detendré algo.

Ziem pensó en un fermento. Hedenus, cuando no hallaba costras en las narices de los individuos, que sin embargo tenían el fenómeno ozena, creaba una sub-clase, á la que llamaba ozena por *exhalación fétida*. Y por analogía de inducción se dijo: como hay individuos en los cuales el sudor y ciertas secreciones son de olor repugnantísimo, así podemos sostener para el ozena una condición especial de química de los tegidos.

Respecto á esta teoría, que parece tener muchos puntos

análogos con la que yo he formulado, debeis reflexionar que hay que invocar la exhalación como fenómeno constante de la enfermedad, no como posible; la falta de secreción comprueba siempre más la posibilidad de esta sustancia volátil en estado naciente. No podemos invocar una alteración puramente accidental, como para los individuos que tienen secreción fétida, pues las observaciones de ozena son numerosísimas y constantes. La constancia es tal, que reclama toda nuestra atención sobre una lesión funcional bien averiguada. El ozena por exhalación fétida debería, pues, quedar como una expresión *inequívoca* del ozena en general, pero no como sub-clase.

La idea de Ziem, que suponía un *fermento* particular, podría en el estado actual de la ciencia tener una explicación laudable; esto es, nosotros podríamos individualizar este fermento en un parásito, que, si no causa única, fuese uno de los factores de la exhalación fétida; podríamos pensar en los microorganismos, y crear la teoría parasitaria, que yo acaricié en parte, y que abrazo todavía por las razones que voy á exponeros:

1) Cuando os poneis á observar con diligencia el estado de la mucosa subyacente á estos productos, os llama la atención el límite preciso entre el tejido enfermo y el sano. En las inflamaciones comunes de la mucosa, la rubicundez se desvanece gradualmente, se borra poco á poco, y llegais por una escala, al color rosa-pálido normal: en el ozena, nó. Como en ciertas enfermedades cutáneas parasitarias, allí en donde termina la acción morbígena, concluye la rubicundez, y la mucosa, que está roja-oscura, se encuentra pálida en las partes limítrofes. Estas observaciones las he hecho respecto á la mucosa de la nariz, y más especialmente á la de la laringe, porque sobre el color de perla de las cuerdas vocales es más fácil reconocer el límite exacto de separación.

2) La enfermedad se difunde en ciertas mucosas, que nos hacen pensar verosímilmente en un contagio acaecido por aspiración ó auto-infección. Cuando vemos la mucosa de la laringe atacada con preferencia á la del esófago, en individuos que tienen ozena nasal, podemos sospechar con fundamento

que la continúa aspiración de los productos morbígenos debe darnos cuenta de la difusión del proceso.

3) Unas veces mejora el ozena, otras cura, y otras recidiva; ¿pero no os recuerda este hecho lo que sucede en muchas enfermedades parasitarias de la piel, en las cuales, quedando un esporo, un solo individuo que se encarga de la permanencia de la especie, la enfermedad repulula con la misma fuerza?

4) El tratamiento más eficaz que poseemos contra el ozena es el parasitocida: el calomelano, el iodoformo, la resorcina predominan entre todos.

5) Un hecho que expongo con toda reserva, pero al mismo tiempo con toda lealtad: he visto, en muchas familias, diversos miembros afectos de ozena; individuos de constitución diversa; uno robusto y otro linfático; uno robusto y otro escrofuloso; uno delgado y otro grueso; individuos en los que no se podía invocar la disposición; lo que me ha hecho pensar en un contagio, contagio lento, contagio poco acentuado, que no podría sostener la comparación con el del sarampión, de la viruela, de la difteria y de otras afecciones, pero que podría, hallado el momento favorable, transmitir á otros la misma enfermedad.

Sé que contra la teoría que presento pueden hacerse objeciones serias, por ejemplo la falta del parásito; pero si reflexionais que muchas enfermedades, que antes no se creían parasitarias, hoy se reconocen como tales; si reflexionais que, aunque armados del microscópio, no podemos siempre individualizar y reconocer las diversas especies de esporos y de bacillus, no es improbable que, prosiguiendo en estos estudios, un día las lentes del microscópio lleguen á darnos la razón. Pero cualquiera que sea la opinión que vosotros abraceis, sea seductora ó nó la que os he expuesto, podemos con seguridad establecer que el ozena es una enfermedad autónoma, bien caracterizada, en la cual no hay ulceración específica; una enfermedad en la cual objetivamente no reconocéis más que los caracteres del catarro; en la cual debemos admitir un *quid* específico que sea causa del mal olor; que se diferencia de los otros procesos patológicos, los pólipos, las úlceras, los cuerpos ex-

traños de la nariz, etc., una enfermedad, en fin, que puede desarrollarse en la laringe y en el tubo laringo-traqueal. Por lo tanto, en el estado actual de la ciencia, ó debemos abolir la palabra *ozena* y designar todos aquellos procesos, capaces de producir olor fétido, según la causa anatómo-patológica que lo determina, con su verdadero nombre; ó reservar esta denominación para aquella forma bien conocida de catarro específico, que he comenzado á ilustraros, y que vosotros conocéis por una larga série de observaciones.

LECCION VIGESIMA SEGUNDA.

II.

Etiología, Síntomas, Diagnóstico, Pronóstico.

Resúmen.—Etiología. ¿Consiste esta enfermedad en el ensanchamiento de las cavidades nasales? (Zaufall). ¿Consiste por ventura en su estrechez? (Sauvage, Tillot).—Constitución. No se puede admitir ni un ozena por enfermedades comunes de la nariz (úlceras, pólipos, etc.) ni una forma constitucional (Trousseau). Edad, sexo. El ozena es una enfermedad específica.—Sintomatología. Síntomas comunes y especiales.—Ozena nasal.—Olor sui géneris. Exámen rinoscópico: en el primer período, caracteres de catarro hipertrófico, de aquí dificultad de respirar; exudación característica, á veces vegetaciones adenoideas. En el segundo período caracteres de catarro atrófico. Los exudados no son condiciones *sine qua non*. Puede haber difusión á las vías lagrimales. Olfato diversamente modificado.—Secreciones aumentadas.—Diagnóstico fácil.—Pueden dar aliento fétido, pero se diferencian fácilmente, ciertas hipertrófias tonsilares, alteraciones de las encías, de los dientes, de los carrillos, y del aparato bronco-pulmonar. Se debe diferenciar también de la rinitis purulenta y de la inflamación de los senos, especialmente del seno maxilar y de las vegetaciones adenoideas.—Pronóstico y criterios en los cuales se debe informar.

SEÑORES:

En la conferencia anterior he procurado sintetizar el concepto del ozena; ahora intento completar el estudio patológico, diciéndoos algo de las causas y de la sintomatología.

La ETIOLOGÍA del ozena contribuye tambien al concepto anatomo-patológico por mí expuesto; y como para otros muchos sucesos morbosos, esta enumeración no servirá más que

para convencernos del poco ó ningún valor de algunas causas; por lo que fortalecerá en nosotros el convencimiento de que la causa última, la verdadera causa del mal olor, debe referirse á una alteración química molecular, que desgraciadamente hasta ahora se ha escapado á nuestras investigaciones. Verdaderamente recordareis la importancia que algunos han querido dar á la conformación de la nariz: Sauvage y Tillot, contrariamente á la opinión de Zaufall, que admitía el ensanchamiento de las cavidades nasales, sostuvieron que las narices estrechas, las llamadas narices *chatas*, aquellas en que el espacio de las cavidades está reducido, suministraban terreno favorable al desenvolvimiento de la enfermedad. Es verdad que á veces nosotros, en individuos afectados de ozena, encontramos precisamente estas particulares formas de nariz, pero hay otros en los cuales, existiendo la misma configuración, el ozena no existe; y hay individuos que sufren de ozena, mientras la forma de su nariz es perfecta. La estrechez de estas vías produciría estancación de los exudados, descomposición de los mismos y hedor. Sin decir que lo que se verifica en casos de catarros crónicos, con estancación de los exudados, es enteramente distinto de lo que pasa en el ozena, os recordaré que los análisis químicos han demostrado que no existe el amoníaco ni productos amoniacales, que habría debido existir ciertamente en el moco alterado y corroido. Nosotros, pues, debemos dar poquísima importancia á la configuración de la nariz, no sólo por las observaciones cotidianas, que ponen en antítesis evidente la causa con el efecto, sino también porque á veces vemos individuos con amplias cavidades nasales ó con cavidades angostas, que no tienen en realidad ozena, y porque la condición íntima que lo desarrolla es tan característica, que no puede invocarse como causa la descomposición *in situ* de los exudados.

El segundo punto interesantísimo, que ha contribuido no poco á embrollar esta intrincada madeja, y ha servido de pretexto á divisiones y subdivisiones de formas clínicas imaginarias, es la *constitución*. Se ha querido exagerar tanto este criterio de decir, que el ozena era la expresión, una manifesta-

ción de la escrófula, que se le ha llamado *escrofulide* de la nariz. Yo que he tenido ocasión de observar muchísimos individuos afectados del ozena, debo confesar que la constitución verdaderamente es las más veces escrofulosa. Pero en algunos no es posible encontrar aquel tipo que corresponde á la escrófula, porque se nos presentan individuos en los cuales faltan otras manifestaciones escrofulosas, y en los cuales debereis contentaros con atenuar vuestro juicio, admitiendo más bien un temperamento linfático,

Hay más. Yo puedo aseguraros que he visto alguna vez el ozena en individuos robustos, por lo tanto, estas excepciones, si no invalidan la regla, deben, sin embargo, valer muchísimo, pues, dado el momento etiológico, debería ser constante, idéntico el efecto, y esto no resulta de nuestro estudio. Nosotros no podemos negar que la constitución escrofulosa contribuya á la alteración química que constituye el síntoma culminante de la enfermedad que nos ocupa; pero no podemos decir que ésta se desarrolla exclusivamente en los individuos escrofulosos, ó, lo que es lo mismo, que la escrófula tiene una influencia absoluta en el desarrollo de la enfermedad.

Me apresuro á haceros observar ahora que *la forma constitucional del ozena*, así llamada por Trousseau, no es la que reconoce como fundamento la constitución escrofulosa. Trousseau, aquel gran clínico que vosotros todos conoceis, ha cometido, apropósito del ozena, un error en el cual han caído todos los prácticos que le han seguido, y que se han fijado, como él, más que en las alteraciones anatómicas, en el síntoma principal con que se revela la enfermedad. Trousseau, lo mismo que hizo con Belloc respecto á la tisis, buscaba en el fenómeno *ozena* la *causa* que lo sostenia; era, pues, partidario de la antigua opinión, en que hemos visto figurar procesos morbosos variadísimos, los pólipos, las úlceras de la mucosa, los cuerpos extraños, los catarros de los senos, etc.; y cuando este docto médico no hallaba una lesión material apreciable, capaz de explicar el ozena, la denominaba forma *constitucional*. Comprendeis muy bien que esta forma constitucional, que no admite ningun fundamento, que queda así, suspendida

en el aire, es justamente el ozena, como nosotros lo reconocemos actualmente, el ozena, que se manifiesta con poquísimas alteraciones anatómicas, pero con graves perturbaciones funcionales, el ozena en el sentido de Baginsky y Fraenkel; es, por lo tanto, una denominación que debemos abolir, pero también conocer, para darnos cuenta de qué forma quiso hablar Trousseau.

Ya no me detendré mucho en otras diátesis que la escuela francesa todavía evoca. Nosotros hoy, si permanecemos en el pecado de querer ser demasiado rigurosos anatómicos, tenemos en cambio el mérito de no contentarnos con una explicación superficial, y de indagar la causa interna de los hechos. Hoy, el que quisiese sostener el ozena bajo la influencia de la diátesis artítica ó herpética (nombres que ni la patología, ni el microscópio nos han sabido representar con claridad), mostraría demasiado buena fé y poco sentido práctico. Y, si es verdad que en clínica debemos aceptar todo lo que la observación patentiza, no podemos, sin embargo, continuar en aquel empirismo que ha sido causa de graves errores, y que á veces hace todavía que el vulgo nos vitupere culpas que no tenemos; pues á mí me parece que el moderno naturalismo tendrá siempre el gran mérito de haber vuelto al camino recto muchos procesos morbosos, y de haber hecho servir la anatomía patológica como fundamento más sólido en el conocimiento de las lesiones del cuerpo humano.

Otros han querido indicar como causa del ozena el catarro común, que se perpetúa, que se renueva, que induce alteraciones positivas de las glándulas y de la mucosa; pero vosotros ya sabéis, y no me cansaré nunca de repetíroslo, que el ozena, si tiene de común con el catarro vulgar las notas anatómicas, se separa de él muchísimo por otros lados. La especificidad de esta forma morbosa está justamente en el carácter de los exudados y en el olor exhalado, que es específico de la enfermedad, que no se confunde con aquellos productos amoniacales que provienen de la descomposición de sustancias orgánicas. Y, sin embargo, yo no puedo negar que la observación escrupulosa hecha sobre un mismo individuo, en épo-

cas diversas, demuestra que en una primera fase de la enfermedad no se observa más que las notas de un catarro común; es justo preguntar, por lo tanto, si el ozena no comenzará como un catarro ordinario, que después, bajo especiales condiciones, experimenta una metamórfosis particular que acentúa su especificidad.

Considerada la cosa desde este punto de vista, debería perfectamente convenir con vosotros; no puedo negar la verdad de estas observaciones. Pero en circunstancias semejantes no debemos decir que haya catarro, que prolongado se convierte en ozena. La patología moderna es contraria á estas metamórfosis, y se inclina mucho á admitir para cada enfermedad un carácter especial. Pero podeis sostener muy bien que el ozena tiene un primer período, que no es otro que el catarro vulgar. Esta noción se traduce en un saludable precepto terapéutico, que debe aconsejarnos intervenir á tiempo, curar toda leve afección de las vías nasales, justamente porque lo que se tiene á la vista pudiera ser la primera etapa de un proceso que comienza á desenvolverse; y cuán interesante sea intervenir á tiempo, vosotros lo conoceis perfectamente. La suciedad habitual en las familias pobres, una higiene pésima, la falta de aire y de luz, de alimento y de ejercicio, invocadas como causas predisponentes, figuran tanto en otros procesos morbosos, que no se puede prestarles gran fé, quitada la triste influencia que ejercen sobre la constitución en general, que si decae y se empobrece, es terreno favorable para el desarrollo de la enfermedad.

Hay otro orden de *causas*, sobre las que bastará echar una rápida ojeada; causas que podremos llamar *predisponentes*, esto es, causas que sin ser el fundamento de la enfermedad, son otros tantos ayudantes; ejemplo, la edad y el sexo. Detengámonos un poco.

He sostenido siempre que el ozena era una enfermedad de la adolescencia y de los individuos jóvenes. Con esto nunca he intentado escluir á la vejez; pero marcando aquella edad he querido indicar que tiene una tendencia clara á dicha enfermedad. Algunos meses hace, el doctor Shmiegelow, ayudante

del Profesor Meyer de Copenhague, nos ha honrado visitando el dispensario, y como es experto en el estudio de estas enfermedades (pues debo decir que el ozena está igualmente distribuido en toda la superficie del globo), le ha llamado mucho la atención su frecuencia en los individuos jóvenes. Quizá estas diferencias en el predominio de la edad se pueden conciliar con la posición topográfica de las diversas regiones del globo; y como nosotros vemos en el Norte de Europa más frecuentes las vegetaciones adenoideas y ciertos catarros crónicos, especialmente en los jóvenes, podemos admitir cierta inmunidad para el ozena hasta un período dado de la vida.

Con esto he querido mostraros la aparente contradicción que hay relativamente al período de la vida en que suele desenvolverse el ozena; pero aquí, en nuestro país, podemos sostener firmemente que los jóvenes son los que dan al ozena un contingente mayor. Relativamente al sexo, nada debo añadir, pues me parece que hombres y mujeres pagan igual tributo.

Sabemos la importancia que debemos dar á la sífilis, á las heridas, á los pólipos, á los cuerpos extraños y á tantas otras alteraciones, que tuvieron su época de moda. Hay elementos que hemos perfectamente descartado; nunca me cansaré de repetiros que el multiplicar las formas, con un adjetivo que quita la precisión al concepto anatómico, es un error vulgar, dañoso á la ciencia, porque distrae nuestra mente de uno de los puntos más esenciales, del modo como se considera el ozena. Y sin embargo, habiéndoos hablado de la importancia que pudieran tener los parásitos, cuando éstos sean revelados por el microscópio, podremos señalarlos como verdaderos y esenciales factores de la enfermedad, ó al menos como elementos capaces de prolongar la alteración química desarrollada en estos tegidos.

Los SÍNTOMAS del ozena se pueden dividir en comunes y especiales, objetivos y funcionales. Sabeis que el ozena actualmente no se debe considerar limitado á la sola mucosa de la nariz, sino susceptible de difundirse á la faringe y á la laringe. Por esto comprendéis que, mientras hay notas invariables de la enfermedad, notas fundamentales, otros signos deben mo-

dificarse según el sitio, no sólo por razones anatómicas, sino por causas funcionales; y si la nariz es parte del aparato respiratorio, tiene funciones múltiples; la misma laringe, que es el esfínter de estas vías, tiene oficios diversos. Por lo tanto, se adivina fácilmente que las lesiones funcionales deben variar, como varían el aspecto y las alteraciones; á medida que se realizan en estos diversos sitios.

Comienzo por el ozena *nasal*, que es la manifestación más frecuente y más clásica de este proceso morbozo. El primero, el más culminante entre los fenómenos, es el mal olor; olor nauseoso, penetrante, intenso, que se difunde en la atmósfera que rodea á los enfermos, y que disminuye de intensidad á medida que uno se aleja de este foco; olor que difícilmente podreis comparar á sustancia alguna; olor que basta haber percibido una vez para no olvidarlo nunca; olor que se diferencia positivamente del que emana de las sustancias orgánicas en putrefacción, especialmente del moco y del pus corrompidos; olor *sui generis* en una palabra. Este puede valer como uno de los síntomas objetivos más culminantes, si no decisivo. Hé aquí por qué yo, en la exposición de los síntomas, me permito pasar pronto al exámen directo, para deciros cuales son todas las alteraciones, que el rinoscópio nos revela. Estas alteraciones son algo diferentes, según que las consideremos en una fase precoz ó en una tardía. En el principio predomina la forma hipertrófica: cuando explorais las narices de delante atrás, y tambien de atrás adelante, con el rinoscópio, podeis comprobar una rubicundez bastante viva de la mucosa que tapiza todas las vías nasales; tambien en ciertos puntos la mucosa está prominente, presenta verdaderos bultos, elevaciones, que limitan otras tantas depresiones de los puntos vecinos. Dirigiendo la vista á las partes más altas y más lejanas, sois impresionados por la presencia de un exudado concreto, árido, de color blanco-gris, que tira algo al verde, exudado extratificado sobre las partes más altas de las fosas nasales, la región olfatoria, los cornetes superiores y medios, los orificios anterior y posterior de las fosas; exudado que recuerda el aspecto de la piedra pomez, que no es tan flúido como el mucoso y el mo-

co-purulento, pero que tapiza las sinuosidades y se modela sobre las anfractuosidades ó sobre aquellas elevaciones que siempre vereis bastante desarrolladas en el período hipertrófico. Á veces, y yo tengo el mérito de haber llamado vuestra atención sobre ello, con el exámen rinoscópico *anterior*, ó *posterior*, podeis observar junto al tabique de las fosas, ó alrededor de los orificios posteriores de las mismas, pequeñas vegetaciones adenoideas, que son el resultado de una hipertrófia y de una hiperplasia del tejido citógeno, que sabemos que existe abundantemente en aquellas partes. Viceversa, si la exploración se verifica en la segunda fase, en un período tardío, cuando el mal está adelantado, os llamará la atención un aspecto diferente, esto es, síntomas objetivos que deponen claramente en favor del catarro atrófico. La mucosa no está ya roja, sino descolorida, y en donde fisiológicamente se reduce á una sutilísima capa, como sobre los cornetes, deja trasparentar los huesos subyacentes; así parece que hasta los huesos, ya normalmente reducidos á este estado rudimentario en los cornetes, participan del proceso de evolución; por lo tanto, retirándose de la línea media, la cavidad aparece enormemente ensanchada, y ha dado pretesto á Zaufall y á Gottstein para formular la conocida teoría. También en esta circunstancia los exudados existen, y conservan aquel carácter que les hemos asignado, y ocupan los mismos sitios que ya sabemos.

Pero me apresuro á añadir que el exudado no es la condición *sine qua non* para reconocer y diagnosticar el ozena; el exudado puede faltar, la mucosa hallarse en un estado hipertrófico ó atrófico, y el enfermo ser víctima de aquella fétida exhalación que ha dado nombre á la enfermedad. Por lo tanto, será preciso recordar bien que, como el exudado no es la materia pecante, sino el *caput mortuum*, así tampoco es la nota indispensable del ozena, habiendo individuos que no presentan señales de él, y tienen aquel triste privilegio. Cuando explorais las dos narices, como debemos hacerlo, siempre os impresionará el predominio de las lesiones en uno de los lados: este hecho ha sugerido á Zuckerkland la hipótesis de que el ozena era siempre unilateral. En términos absolutos esto no

puede admitirse, es un *tanto-cuanto*, es una localización más ó ménos clara, no una limitación del proceso á una sola nariz. Cuando el proceso inflamatorio, que por su naturaleza es crónico, se perpetúa, puede extenderse á la mucosa que reviste el canal nasal y el lagrimal; de aquí diacrocistitis que hemos podido observar intensísima, especialmente en un niño que frecuenta nuestro dispensario. Esto, por lo demás, no tiene gran importancia; hemos visto que esto que sucede en la diftéria de las vías nasales, lo vemos diariamente en los catarros crónicos, es posible también en el ozena, que es un catarro específico.

Los síntomas funcionales se pueden fácilmente adivinar por lo que os acabo de decir. Cuando hay forma hipertrófica y acúmulo de exudados, el fenómeno que molesta al enfermo es la dificultad de la respiración nasal. No se necesita hablar mucho sobre esto; á medida que las vías nasales se libran de estos productos, el individuo respira mejor; existe una dificultad que sufre variaciones, subordinadas al acúmulo y á la expulsión de los mismos exudados.

Lo que verdaderamente molesta á los enfermos, y á veces los preocupa grandemente, es el hecho del mal olor que exhalan y que ellos mismos perciben bien. Ahora debería volver sobre las alteraciones funcionales relativas al olfato; pero por el momento me urge haceros observar que hay enfermos que advierten ellos mismos el mal olor que exhalan; miéntras hay otros (por fortuna la mayor parte) que no comprenden porqué huyen de ellos sus compañeros y amigos. Como os indiqué, el olfato puede, por efecto del ozena, experimentar notables modificaciones, digo notables modificaciones, pues distan mucho los hechos de ser tan constantes que permitan afirmar la llamada *anosmia*. El olfato puede estar simplemente disminuido, puede estar abolido, ó puede conservarse. Con la abolición y el entorpecimiento del olfato existe una alteracion en el sentido del gusto, por razones que vosotros facilmente comprendéis. Sabeis efectivamente cuánta parte tienen las moléculas odoríferas en la sensación gustativa; recordad que un coriza nos hace insípidos los alimentos; son en suma aquellas relaciones que nos enseñó la fisiología, y que nos ha confirmado la patología.

Pero he dicho que hay oscilaciones diversas en la alteración del olfato, y me apresuro á daros una explicación suficiente. Sabemos que, para que la olfacción se verifique, es necesario que las partículas odoríferas se pongan en contacto con las terminaciones nerviosas, que pertenecen al primer par de nervios craneanos. Sabemos tambien que una condición necesaria á esta función, es cierto grado de humedad de la misma mucosa, por lo cual en los catarros secos ocurren alteraciones semejantes á las que suceden cuando hay hipersecreción. ¿Qué pasa en el ozena? Un número complejo de causas que de preferencia obran sobre el llamado *locus luteus*, esto es, sobre la región olfativa; capas malas conductoras, exudados que se interponen entre las moléculas que deben impresionar estas terminaciones nerviosas y las mismas terminaciones nerviosas; aridez de la mucosa, marcadísima en el período atrófico; posibles alteraciones de los ramos terminales superficialmente colocados, y por esto, á medida que se verifica ya la una, ya la otra de estas condiciones, puede haber entorpecimiento, abolición del olfato. Y si á pesar del grave proceso, las condiciones para la olfacción permanecen inalteradas, no es difícil que el individuo que trasmite el mal olor, pueda advertir los más perfectos y delicados. La secreción que se acumula y se multiplica en aquellas vías, constituye uno de los fenómenos más molestos, por la necesidad que el enfermo siente de limpiarse y por la adherencia del exudado hay que hacer esfuerzos múltiples á fin de expelerlo; así vemos que un buen medio es la ablución prolongada con sustancias que hagan más líquido el exudado.

El ozena puede extenderse á la *faringe*, á la *laringe* y á la *tráquea*. El fenómeno culminante, el mal olor, es el mismo, pero el aspecto de las partes se modifica, y se modifican algunos signos funcionales. En la *faringe*, vemos que este exudado se concreta en forma de pequeñas costras, que recuerdan las del impétigo: son costras verdosas, que descansan sobre un fondo árido, insensible, seco, rojo, aspecto que recuerda la faringitis *seca*, la faringitis *atrófica*, pues en las glándulas de la mucosa, cuando el curso es crónico, se verifica la *atrófia*,

y el fenómeno que molesta al enfermo es justamente la aridez de las fáuces, la dificultad de la deglución, pues sabeis cuán necesario es que esta mucosa esté lubricada con una secreción resbaladiza, en los variados movimientos á que debe obedecer.

En el *ozena laringo-traqueal* encontramos sobre la mucosa las mismas alteraciones; pero el exudado se condensa generalmente debajo de las cuerdas vocales; éstas forman un verdadero obstáculo á su salida, y al unirse hacen más difícil su expulsión, pues estimulada la superficie inferior, reaccionan bruscamente, por lo cual vereis las masas retenidas debajo, en el espacio infra-glótico; de aquí una dificultad para respirar, una forma asmática, que tiene analogía con las que se determinan por algunas condiciones crónicas inflamatorias de las primeras vías respiratorias. Pero el *ozena laringo-traqueal* es una localización rarísima; pocos son los casos enumerados é ilustrados, y yo pude, ahora hace dos años, presentar uno en mi curso privado, relativo á una señora embarazada, que padecía graves accesos asmáticos especialmente durante la noche, pero despues dejó de venir á verme.

Cuando los exudados se interponen entre las cuerdas vocales de modo que impiden la union de éstas, puede resultar trastorno funcional en la fonación; ronquera ó afonía que tiene un carácter intermitente, porque se corrige ó desaparece, cuantas veces los productos se desprenden; y después la exhalación hedionda, y después al exámen laringoscópico aquella limitación bien marcada del tejido inflamado, que he consignado como criterio para sostener la posibilidad del origen parasitario.

Apoyándose en los síntomas más culminantes, recordando el exámen directo de estas partes, el *diagnóstico* del *ozena* se hace de un modo facilísimo; yo estoy convencido de que vosotros, que habeis seguido con tanta atención mis medicaciones en el dispensario, estais en el caso de no equivocarse la enfermedad, y de distinguir los exudados dependientes de flogosis crónica, de los que son propios del *ozena*. Debo preveniros, sin embargo, contra ciertos errores posibles en los

cuales podréis caer por superficialidad de observación. Si quisiere exponer en un cuadro las causas diversas que motivan el aliento fétido, tendría que robaros mucho tiempo; os recordaré sólo que ciertas formas de hipertrófia tonsilar se acompañan de profundas lagunas, en las cuales fácilmente se detienen las sustancias alimenticias, ó aquella materia caseosa que proviene de los folículos de las mismas glándulas; fermentando en estas excavaciones residuos alimenticios ó productos anormales de secreción, se hacen causa de olor pestífero, que á veces es la desolación de las familias. Yo he sido consultado muchas veces para incomodidades semejantes.

No os hablaré del medio que debeis seguir en estos casos para curar el fenómeno molesto; me place llamar vuestra atención sobre el hecho siguiente: si desprendeis con la punta de un estilete ordinario los productos, enseguida concluye el mal olor. Otras veces es una condición escorbútica de las encías, un estomacace, la causa del mal olor. Otras, dientes dañados ó corroidos, malamente implantados, que perforan las encías, ó producen senos fistulosos, úlceras de los carrillos, supuración de los alveolos, ó de los tegidos blandos. En fin, el sitio del mal olor puede estar más profundo, ser mucho más grave, mucho más interesante; esto es, cuando se trata de lesiones serias del aparato pulmonar, especialmente de la gangrena. Me basta llamar vuestra atención sobre estos hechos para libraros de error; porque, supuesto el caso de un ozena sin costas, de un ozena en el cual no podais encontrar exudados, vuestro embarazo sería grande; y entonces para comprobar vuestro aserto haced dos reconocimientos: 1) completad la inspección de los órganos que se hallan en la cavidad oral (la gangrena pulmonar dá otros síntomas), inspeccionad la boca, y cuantas veces el exámen sea negativo, tendreis una razón de más para sospechar que la enfermedad reside en la nariz: inspeccionad tambien la laringe, pues los fenómenos funcionales revelados por la voz y por la respiración os invitarán á esta exploración. 2) Acercad á las partes sospechosas un poco de papel secante, y aproximadlo á vuestras narices: sentireis perfectamente reproducido el mal olor, cuando ha-

yais tocado el punto del cual emanaba; y cuando éste no reside en las tonsilas, ni en las encías, ni en los dientes, introduciendo este papel en las narices tendreis la contra-prueba. Yo sé que el olor nauseoso es característico; pero hacer el diagnóstico de una enfermedad de grave pronóstico, por un sólo fenómeno, por un fenómeno que puede experimentar modalidades diversas, no es en verdad prudente; debemos ser precisos y exactos, aun en los casos que el examen directo es negativo, en los casos en que se trata de un ozena *sine materia*, la llamada *rinitis fétida*.

Para ser todavía más precisos en el diagnóstico, debemos tener presentes otras dos condiciones: el catarro crónico purulento y la inflamación de los senos. En el catarro crónico purulento, la secreción es más flúida, más abundante, el aspecto de las partes es otro, el olor totalmente diverso. Veo con placer que ahora, con una simple inspección de las partes, estais en el caso de distinguir el catarro común del ozena. Para las afecciones de los senos os ruego que esteis muy en guardia, porque á veces la exploración de la nariz es negativa, como la de las tonsilas y la de las encías, y el fenómeno es intermitente, por lo cual sólo cuando la secreción se vácia, hay exhalación fétida. La afección que más engaña es la relativa á los senos maxilares; en estas circunstancias, interrogando bien al enfermo, sabreis que hay siempre en la región zigomática ó en las cercanías una tensión molesta, una sensación profunda de dolor ó de peso; vereis que cuando el enfermo baja la cabeza, fácilmente corre un líquido que es moco-pus; os animareis á sostener esta localización, cuando faltan todos los otros fenómenos, y hay intermitencia del principal.

En fin, las vegetaciones adenoideas, que entre nosotros son rarísimas, provocando una abundante secreción, que á veces se concreta en las anfractuosidades ó corre por la faringe, pueden ser causa de mal olor, como he tenido lugar de observar alguna vez. La exploración con el espejo y tambien con el dedo, os pone en el buen camino para una buena y conveniente terapéutica, porque ya veis el abismo que nos separa en el tratamiento por lo que respeta al ozena y á las vegetacio-

nes adenoideas. En fin, éstas son más frecuentes en los jóvenes.

Respecto al PRONÓSTICO, vosotros adivináis toda la importancia que este capítulo tiene, tratándose de una enfermedad que tanto interesa al estado social de los individuos que están afectos de ella; especialmente para los jóvenes, muchas veces sereis consultados para saber si pueden casarse, y qué esperanzas concebís respecto á la posibilidad de la curación. Veis, pues, que importa adquirir nociones precisas, para que podamos emitir un juicio que es un poco más importante que el que solemos dar en una enfermedad común; pues se refiere no sólo al individuo afecto, sino al que va á ligarse con él con vínculos indisolubles. Es indudable que en las condiciones actuales podemos formar un juicio más benigno sobre esta rebelde enfermedad que el que formaban nuestros antecesores. Cuando se creía que el ozena dependía de caries de los huesos ó de profundas lesiones de la mucosa, este nombre se escuchaba con terror por los pobres enfermos y por las familias. Hoy nó, hoy no sólo sabemos que las alteraciones son mínimas, sino que poseemos una rica clase de medicamentos que modifican bastante este triste síntoma; tendré el gusto de referiros brevemente los principales criterios á que debeis atender para formar el pronóstico:

1) Duración de la enfermedad: cuanto más crónico sea el ozena, mayor reserva debereis tener.

2) El ozena en el cual no encontréis exudados, el que corresponde al llamado ozena *por exhalación*, es más grave que el ordinario.

3) El criterio más seguro, sobre el cual debeis apoyaros, es el terapéutico. Hay individuos en los cuales el tratamiento obra prontamente, corrige enseguida los síntomas; y otros en quienes teneis que luchar con enormes dificultades. Pues sed reservados: haced que el experimento de la cura sea la mejor guía en vuestros juicios. En tésis general, podeis tratar más suavemente á estos pobres enfermos, mejor que los trataban antes los médicos antiguos, poco instruidos en la índole verdadera de esta afección.

En fin, hay un pronóstico que se refiere exclusivamente al individuo afecto de ozena: el relativo á la recuperación del olfato. Muchos enfermos os preguntarán si lo recuperarán, y debéis ser igualmente reservados, porque á veces sucede que, obtenida la curación, la anosmia persiste. No podemos precisar si será permanente, porque no podemos *á priori* saber si hay atrófia de las terminaciones nerviosas, ó si el hecho depende de una simple inercia funcional, en cuyo caso podrá corregirse á medida que se desenvuelva la función misma. Los miembros que permanecen inactivos por mucho tiempo, acaban por atrofiarse; individuos obligados á silencio prolongado acaban por perder la voz: ahora bien, en circunstancias semejantes, nosotros no podemos decir si, restableciéndose las condiciones normales, la función se recuperará. Aunque la curación sea completa, vosotros no podreis sostener que la anosmia será permanente; pero la experiencia por fortuna nos enseña que á veces el olfato puede perfectamente recobrase, sobre todo si se emplea una terapéutica conveniente.

En cuanto al *tiempo*, tened cuidado de no hacer concebir lisonjeras esperanzas. Trátase de un proceso que reclama mucho tiempo, hasta con una terapéutica de las más beneficiosas. Ahora de ésta, como es interesantísima, me ocuparé de propósito en la próxima conferencia.

LECCION VIGESIMA TERCERA.

III.

Tratamiento.

Resúmen.—El tratamiento del ozena es sintomático y etiológico: éste es un postulado de la ciencia.—a) Tratamiento sintomático.—Dilatación de las vías nasales, cuando sea necesaria, hecha por medio de las sondas metálicas, de las candelillas simples ó medicinales, bastoncillos, etc. Sus inconvenientes.—Útiles las duchas de aire comprimido, simple ó medicinal (Massei, Elsberg.) Se hacen con el aparato de Waldenburg.—Lavado (de delante atrás y viceversa) abundante y con líquidos templados, con la ducha de Weber, de Mackenzie, ó con el rinoclisma (Morra, Masini). Precauciones que se deben tomar.—Lavado de atrás adelante con la jeringa de Fauvel, simple ó modificada, (Massei). Líquidos usados: entre los alcalinos, preferible el cloruro de sódio.—b) Tratamiento causal.—Desinfectantes: permanganato de potasa, ácido fénico, cloral.—El mejor entre todos la resorcina.—Otros remedios: aguas minerales, potasa cáustica, nitrato de plata, tintura de iodo.—Medios para curar: pinceles, torundas, etc.

SEÑORES:

Apropósito del TRATAMIENTO del ozena, que, como ya sabéis, es un argumento tan importante para la práctica, os renovaré las protestas que hice al principio de las conferencias relativas á este asunto; esto es, que seré breve. Haré sólo una reseña rápida de los vários remedios propuestos, fijándome principalmente en aquellos que tienen una acción mejor comprobada y más segura. Siempre tendreis lugar de encontrar en los tratados todo lo que se ha hecho contra una enfermedad tan rebelde: ahora conviene fijar vuestra atención sobre

un punto culminante de la práctica; yo procuraré ser conciso y claro cuanto me sea posible.

Podemos dividir el tratamiento del ozena en *etiológico* y *sintomático*. El primero es un *desideratum*, una *meta* que no hemos alcanzado todavía, pero que debemos tener siempre fija en ella la vista; y así sólo podremos dirigir esta terapéutica en un sentido que pueda un día conducirnos á la curación completa y segura.

La medicación sintomática se hace en parte etiológica, cuando nos esforzamos á combatir el fenómeno culminante, el mal olor que tanta aprensión procura á los enfermos, el que es la nota saliente á que debe atender el clínico, y especialmente el especialista. Empecemos por la medicación sintomática.

Una de las cosas á que es necesario atender, es al grado de permeabilidad de las vías nasales. Sabemos muy bien que en el ozena hay tendencia á la forma atrófica, tendencia al establecimiento de aquel catarro que se llama seco, rarefaciente; pero tampoco debemos olvidar que en el primer período, en una primera fase de la enfermedad, hay hipertrófia; por lo tanto, á veces una considerable disminución de la luz de estas tortuosas vías. Importa, pues, ensanchar las vías estrechas, ya para dar libre salida á los exudados, ya también para permitir que la medicación sub-secuente pueda aplicarse bien *in loco* y sobre todas las partes en donde se ha desarrollado el proceso morbozo. Esta indicación, la de la dilatación, ha de llenarse sólo en caso de necesidad; no podemos elevarla á un canon invariable en el tratamiento del ozena; queda pues, confiada á vuestra experiencia y á la observación la realización de tan importante propósito.

Después de las indicaciones, conviene ocuparse de los medios que se han propuesto para dilatar las vías nasales estrechadas. Uno de los más antiguos, y que adquirió cierta fama, es la dilatación mediante las sondas metálicas y las candelillas, semejantes á las que se emplean para la uretra, de varias dimensiones, de forma vária, y siempre aumentando en los números (dilatación gradual, temporal, progresiva). Las cande-

lillas pueden ser simples y medicinales, según que nos propongamos dilatar simplemente la parte, ó dilatarla y medicinarla al mismo tiempo; y con este fin se construyeron por vários autores y vários prácticos los llamados *bastoncillos medicamentosos* que se introducen en las cavidades nasales por las narices y se dejan en el sitio; así se efectúa una dilatación gradual y la acción tópica, que por lo general es la de un medicamento astringente. Si teneis bien presente la configuración de las fosas nasales, la dirección del suelo de las mismas, la tortuosidad de estas vías, imaginareis pronto que es difícil construir un bastoncillo que por su forma pueda adaptarse perfectamente. En casos semejantes la acción medicamentosa es la que más bien aprovechamos, porque en contacto con la mucosa, que siempre tiene más de 37°, el medicamento elegido se disuelve, y con la inspiración que el individuo hace naturalmente, el remedio se lleva á puntos lejanos. Con esto quiero haceros presentir que creo útiles los bastoncillos cuando se trata de aplicar un remedio, pero los juzgo una ironía cuando os proponeis, además de la acción medicamentosa, la acción dilatatriz, que es parcial, efímera, incompleta, justamente por las razones anatómicas que he indicado. Y tanto más me fijo sobre estas cosas, cuanto que los que se han declarado sus partidarios gritan con todas sus fuerzas y alaban este medio como cosa del otro mundo, cuando nosotros damos un juicio exento de pasiones, esto es, que el *bastoncillo* para la nariz es un medio que no merece vituperio ni alabanza.

La acción dilatadora de las candelillas y de las sondas metálicas debe ser empleada con delicadeza; razón por la que debéis escoger las candelillas blandas, elásticas, francesas, las negras, que no ejercen una irritación brusca sobre la mucosa, con la cual se ponen en contacto, se toleran, estimulan ménos y responden mejor á su objeto.

La preferencia en la cura dilatadora debe darse ciertamente al aire comprimido, bajo forma de duchas nasales, medio sobre el cual llamé la atención de los prácticos, ignorando que Elsberg, de Nueva-York, había hecho ya lo mismo en

aquel tiempo. Cuando mi noble amigo el profesor Masucci leyó en el Congreso laringológico de Milán una memoria sobre las *duchas nasales de aire comprimido simple y medicinal*, tuve la ocasión, hablando con el profesor Elsberg, de saber que también á él se le habia ocurrido esta idea. Y él se alegró de que las conclusiones á que yo habia llegado fuesen idénticas á las suyas; así se complacia en que nuestros resultados confirmasen todas sus vistas. Masucci pudo convencerse en buen número de enfermos de la utilidad real de las aplicaciones de aire comprimido; y queriendo teorizar, esto es, buscar una explicación que hiciese inteligibles los hechos que nosotros presenciábamos, aprovechó lo que ya se conocia respecto á la acción fisiológica del aire comprimido sobre la mucosa de los brónquios. Verdaderamente hay que tener presentes dos hechos: la acción mecánica dilatadora de un aire bajo una presión mayor, que fuerza el calibre de los tubos estrechados, y continuamente aplicada acaba por ensanchar estos canales; y después, la acción que el aire comprimido ejerce sobre la pared de los vasos, por la cual la sangre es rechazada de la periferia, y así se produce una verdadera isquemia. Cuando haceis la dilatación introduciendo una sonda ó una candelilla, los efectos benéficos de la dilatación se pierden algo en vista del estímulo consecutivo, consecuencia necesaria del cuerpo extraño; por lo tanto, el remedio es puramente sintomático. El proceso inflamatorio crónico, así como se desenvuelve en esta enfermedad, ciertamente no puede ser modificado con ventaja de este modo; y después de haber hecho la dilatación, la mucosa se hincha tanto, que los enfermos respiran todavía peor; y sólo tras algún reposo, cuando se resuelve esta acción, debida á un trauma pasajero, es cuando experimentan algún efecto benéfico. Con el aire comprimido atendemos al proceso y á las consecuencias, es decir, disminuimos el aflujo de la sangre por la acción isquemizante y dilatamos las vías estenosadas por el efecto seguro del aire que enviamos á aquellas vías bajo una fuerte presión.

Añadid que podemos medicinar este aire comprimido, y entónces avanzamos en el tratamiento, porque combatimos

un proceso en su verdadera causa, lo que representa el objetivo principal.

Las duchas nasales de aire comprimido se practican con el aparato de Waldenburg, aprovechando el *máximum* de la presión. Bástame deciros que diez ó doce kilogramos añadidos al peso del cilindro son los que el aparato puede tolerar sin que el agua rebose. Después, en lugar de una llave que termina con la máscara, aplicamos al extremo de un tubo de caoutchouc una oliva semejante á la de la ducha de Weber. El enfermo introduce la oliva en una nariz, y abriendo después la llave da libre salida al aire, que obra lo mismo que los líquidos, esto es, no se escapa por la faringe abajo, sino regurgita por la nariz opuesta; por lo tanto, se aprovecha la dilatación practicada de delante atrás por la columna de aire ascendente, y la de atrás adelante por la columna de aire que corre por la nariz opuesta.

Las duchas de aire comprimido se repiten muchas veces al día, vaciando una ó más veces el contenido del cilindro del aparato: los enfermos advierten inmediatamente las ventajas de esta aplicación; de modo que siempre que sea posible hacer en vuestro gabinete estas curas, decidíos con confianza, y vereis que no quedan defraudadas vuestras esperanzas.

Otra indicación culminantísima, que siempre da buenos resultados, cualquiera que sea la fase en que se halle la enfermedad, es el lavado. Sabemos que las costras que se observan al rinoscópico no son la causa del mal olor; la química nos lo ha demostrado. Para que vosotros podáis obrar directamente sobre la mucosa enferma, para que podáis impedir la agravación de esta fermentación, de esta exhalación de productos anormales al través de las células epiteliales alteradas, es muy justo que mantengais libres estas vías, sin decir que la dificultad de la respiración reclama la atención de los enfermos y del médico. Y al decidiros al lavado, quiero ante todo deciros, que es necesario que sea abundante. Os consultarán enfermos con ozena, que os dirán que ya practican lo que les recomendais; esto es, las inyecciones en la nariz. Si les

preguntais algo minuciosamente, vereis que el lavado se reduce á una medicación ilusoria. El enfermo se sirve de una jeringuilla, introduce en una cavidad algunos gramos de líquido, generalmente á una baja temperatura, y os confiesa que está desanimado, porque no nota ningún resultado. Entónces comprendéis enseguida que, siendo siempre verdadera la indicación, es necesario atender mucho el modo de llenarla, es necesario recomendar un lavado abundante hecho con muchos litros de agua, la cual no debe estar *nunca fría*. Las mucosas internas tienen siempre una temperatura algo más elevada que la normal del cuerpo; y aunque no tuviesen más que 37°, se comprende bien que deben reaccionar con un líquido que tenga una temperatura inferior á la del agua potable. Añadid la delicadeza de la mucosa nasal, que reacciona á cualquier estímulo, por vía refleja ó directa, y comprendereis que importa tratarla con suma suavidad para continuar en el plan trazado, y obtener su utilidad; el agua fría irrita, el agua natural hincha los epitelios, y sigue una reacción, una hiperemia, un aumento de los fenómenos inflamatorios. Por consiguiente el lavado será abundante, lavado hecho con agua ligeramente tibia, con un agua á la temperatura del cuerpo, tolerable, no fría; y vosotros podeis con agua muy caliente adicionar al agua que van á usar la cantidad necesaria hasta que vuestro dedo no sienta impresión alguna de frío.

A veces los enfermos se crean pequeñas dificultades, es decir, ponderan la incomodidad de procurarse diez, quince, veinte litros de agua para cada vez que practiquen el lavado, lo que *á fortiori* es más penoso cuando el líquido que se usa ya no es el agua, que se compra á poco precio, sino un líquido medicinal. En estas circunstancias podreis con dos litros solos obtener el efecto que conseguiríais con una cantidad diez veces mayor, haciendo de modo que se recoja el líquido ya pasado por la cavidad naso-faríngea en otro recipiente, que á su vez será empleado.

Dicho esto en general, ántes de tratar de la elección de los medicamentos, quiero añadir algo sobre los medios.

La jeringa de pera, la de cristal, precisamente porque con-

tienen poca cantidad de líquido deben ser desechadas. Se puede usar el *clisobomba*, que se usa para órganos ménos nobles, y oprimiendo sobre el émbolo, ó sobre el compresor cuando es una pelota de goma, se obtiene un chorro continuo y copioso. Pero corresponde á Weber el mérito de haber inventado un ingenioso aparato que vosotros conocéis, y que lleva su nombre: la ducha ó el irrigador de Weber, ducha que algunos han modificado tan malamente, ó de una manera tan insignificante, que causa risa.

La ducha de Weber es un tubo de caoutchouc, de un metro ó poco más de largo, cuyo extremo superior se sumerge en el líquido contenido en un recipiente, mediante una campana de vulcanita, ó mediante una bola de plomo agujereado en la parte inferior. La oliva se adapta á las narices, teniendo la precaución de introducirla suavemente hasta que su parte ensanchada llegue á ocluir el orificio de la misma nariz. Más abajo hay una llave que sirve para permitir é impedir la salida de la columna de agua. Pero tratándose de un tubo de caoutchouc, esto es, de un tubo muy flexible, adivinais que los dedos pueden hacer muy bien el oficio de llave. La ducha se pone á una altura que vosotros podeis medir por la que alcanza el brazo del enfermo levantado. Importa atender al grado de presión, porque es necesario evitar toda mala influencia sobre las trompas de Eustaquio, donde á veces han entrado gotas de líquido. Una presión mayor haria entrar en éstas trompas una buena cantidad de líquido, y provocaria aquellas formas de otitis, que han servido para que algunos dirijan improprios á Weber, que por lo demás en nada aminoran la gran utilidad de su descubrimiento.

El enfermo, después de haber aplicado la oliva á la nariz, debe cerrar la opuesta, para hacer el vacío, inspirar el aire contenido en el tubo y establecer el sifón. Si se trata de niños que no tienen experiencia ó fuerza inspiratoria suficiente para vaciar el tubo, podreis servirlos ó de una ducha que tenga en el centro un compresor, como es la de Mackenzie, ó de los llamados *rinoclismas*, duchas de Weber modificadas de modo que el extremo superior, en vez de estar pendiente en el vaso

del cual cae el líquido, se inserta en la superficie inferior; y entonces abriendo una llave puesta en la extremidad, el líquido cae por su propio peso hasta la oliva.

La idea de llamar esta ducha *rinoclisma* fué de Morra, de Nápoles y de Masini de Florencia, los cuales quizá la tuvieron al mismo tiempo. Y no sólo estos dos hábiles colegas tuvieron la misma idea, sino también la de modificar el irrigador ordinario. Hay algunas pequeñas divergencias que fácilmente se componen; quizá no podamos negar que Morra tenga la preferencia. Pero lo esencial es, que cuando se trata de niños, el rinoclisma puede ser verdaderamente útil.

Pero hay algunos pequeños detalles que importa conocer, que yo os he expuesto ya en el dispensario y ahora repito propósito de la aplicación de esta ducha. Recomendad siempre á los enfermos que coloquen la oliva horizontalmente y no verticalmente; en este segundo caso, la columna de líquido, chocando contra la parte alta de la nariz y los senos frontales, produce un dolor que podría retraer á los enfermos de la continuación de un medio tan excelente. En segundo lugar, si vosotros habeis observado que una nariz está más estrechada que la otra, debeis aconsejar que se aplique la oliva á la parte más estrecha, porque en este caso el líquido fácilmente se abre camino al través de la parte angosta, y halla más libre derrame por la parte opuesta; haciendo lo contrario, os exponéis á que el líquido penetre en las trompas ó caiga abajo, provocando tos.

Tercera precaución.—Después que el enfermo ha hecho su lavatorio, recomendadle que sople por una y por otra nariz, cerrando alternativamente la opuesta, antes de limpiarse. No es pedantería lo que me mueve á hablaros de estas minuciosidades, es deseo vivísimo de que vosotros esquiveis el principal inconveniente, que es la penetración del líquido en las trompas, hecho que ha procurado improprios injustos al sifón de Weber, pues no vale la pena de renunciar á un medio excelentísimo, cualquiera que sea, sólo porque á veces hay que lamentar inconvenientes; tanto más, cuanto con un poco de atención podemos evitarlos. Y bien, si el enfermo sonase

la nariz para limpiarla, cerrando las dos narices, los resíduos del líquido en la cavidad naso-faríngea se podrían introducir en las trompas, y de esto la facilidad de una inflamación, que á veces se hace grave y molestísima.

Además de la ducha de Weber, una jeringa que se acreditó bastante entre los especialistas fué la de Fauvel de París. En este caso el lavado se hace de atrás adelante, y quizá tenga sus ventajas; en cuanto que, si á veces con la ducha de Weber no es posible desprender todos los exudados obrando de delante atrás, con esta otra se consigue perfectamente. La ducha de Fauvel termina por una bolita horadada, semejante á esta que os presento, que por medio de un tubo conductor queda unida á un émbolo; figuráos un cuerpo de bomba ordinario. Entónces aspirando llenais el cuerpo de bomba, y después de haber llevado suavemente la extremidad detrás del velo del paladar, empujais el émbolo: el líquido regurgita por las fosas nasales. Yo, siempre con la idea de procurar un abundante lavado, he modificado la ducha de Fauvel haciéndola continua, esto es, no obligando al cirujano á hacer repetidas maniobras para llenar la jeringa; para esto, en vez de la bomba, ajusto á la cánula terminal de plata, con bolita horadada, un larguísimo tubo de caoutchouc, que cae en un recipiente, y después de haber hecho la aspiración mediante un compresor central, aplico la jeringa detrás del velo, abro la llave é inyector la cantidad de líquido que quiero; cuando advierto que el enfermo está cansado, sin retirar la extremidad de la jeringa, cierro la llave, y así, alternando, lavo copiosamente la cavidad naso faríngea. Tanto en la ducha de Fauvel, como en la de Weber, se ha aprovechado un principio fisiológico, esto es, que toda vez que la cavidad naso-faríngea está llena de líquido, éste sale por la nariz opuesta, y no desciende á la faringe, porque, estimulado el velo del paladar, se contrae y separa la cavidad nasal de la oral, sin peligro de que pueda caer una gota en la garganta y provocar accidentes molestos (tos y espasmo laríngeo).

Podemos, pues, dogmáticamente sostener que la ducha de Weber, modificada ó nó, según los casos, y esta de Fauvel

ocupan el primer lugar en el tratamiento del ozena. Habiéndooos dicho las razones que nos hacen preferir un lavado copioso, apénas será necesario haceros réflexionar que por esto mismo serian poco útiles los pulverizadores de líquidos que usamos para la laringe. Quizás, cuando se eligen sustancias medicamentosas con el fin de modificar los tejidos, soluciones concentradas de medicamentos no indiferentes, hallen mejor aplicación, especialmente si están útilmente modificados para obrar la pulverización en la misma cavidad naso-faríngea, como ideó el primero el Profesor Zawerthal de Roma.

Permitid que os diga ahora los medios usados para el lavado, los líquidos elegidos, las várias soluciones experimentadas; y lo haré muy brevemente, pues sé que la mayor parte de estas cosas os son conocidísimas por vuestra asídua asistencia al dispensario. Los líquidos que mejor responden al fin de desprender los exudados, son los alcalinos; así el bicarbonato y el carbonato neutro de sosa, el cloruro de sodio y el clorato de potasa tienen la preferencia. En verdad, el agua del mar, ó una solución al uno por ciento de cloruro de sodio refinado, sirven bastante bien para limpiar aquellas vias, con tal que el lavatorio sea abundante y repetido várias veces al dia. La sal, ó el agua marina ocupan el primer lugar; ante ellos decae la importancia del clorato de potasa, de la leche que últimamente proponia y experimentaba Réclus, y de las soluciones astringentes que se toleran muy mal. Cuando el lavatorio no tiene otra indicación que la sintomática, la de desprender los exudados, preferible será servirse de los alcalinos, como hacemos en la cura preparatoria de las várias formas de laringitis.

Aquí termina la enumeración de los remedios sintomáticos propuestos y experimentados contra el ozena. Ocupémoos ahora un poco de los que aspiran á la gloria de un tratamiento causal: ante todo debo ocuparme de los desinfectantes: permanganato de potasa, ácido fénico, ácido salicílico, cloral, resorcina. Os los he enumerado por órden cronológico, esto es, á medida que fueron propuestos contra esta enfermedad.

El permanganato de potasa es el más antiguo; á él corres-

ponde el honor de abrir esta breve enumeración. Es un remedio eficaz, un remedio que en realidad modera el mal olor, y por ciertos laringocopistas franceses ha sido alabado también cuando hay que practicar el exámen laringoscópico en individuos que tienen aliento fétido. Pero su acción es demasiado pasajera, su virtud desinfectante queda limitada al momento en que se usa, y después aparece de nuevo el mal olor. Por esto fué necesario pensar en otros medicamentos más enérgicos: el ácido fénico fué el empleado. Este es un remedio soberano que utilizamos en muchas enfermedades, pero tiene dos desventajas: ante todo su mal olor, si no más insoportable que el del ozena, nada agradable por cierto, por lo cual los mismos enfermos rechazan su empleo, temiendo que por el remedio se adivine la enfermedad, y además tiene una acción irritante. Si la disolución se debilita, como deben ser en general las que sirven para el lavado, su acción desinfectante se atenúa tanto, que no vale ya la pena de pensar en ella.

Yo he experimentado largamente el ácido salicílico en una solución del 1 por 500, en la que me fijé como mejor tolerada; ácido salicílico que disolvía con borax, y que á veces perfumaba y coloreaba para acceder á los deseos de los enfermos de ocultar á los demás la propia enfermedad. Os he dicho que los enfermos de ozena serán quizá los primeros que os consultarán, y tal vez tendreis que estudiar la manera de conciliar la utilidad y la comodidad de la medicación. A veces es un jóven que va á casarse y quiere curarse; os pide un medio cualquiera que colore y perfume las sustancias que le van á servir para el lavado. En esta circunstancia os dirigís á un farmacéutico de vuestra confianza, que prepara una solución compuesta de ácido salicílico y borax, pero *perfumada*, como yo lo he hecho con mi íntimo amigo el profesor Arena, que sin ofender la ciencia ha pensado en la forma y ha preparado la *solución salicilica*, que está concentrada de modo que, echando algunos granos en una cantidad de agua, los enfermos pueden continuar el tratamiento sin ir todos los días á la farmácia y sin despertar sospechas. Debo deciros que del ácido salicílico en disolución débil he obtenido ventajas bastantes notables;

pero por el deseo de adelantar siempre, he estudiado también la acción del cloral, y recientemente la de la resorcina. El cloral habia sido ya propuesto por otros en una solución muy ténue, del 1 por 500 ó 1 por 1000. Y bien, aunque en la difteria yo habia dado á este remedio un puesto de honor, no puedo decir lo mismo para el ozena. En cambio la resorcina, que habia sido experimentada por Masini, ha correspondido muy bien. Hoy la medicación que empleamos contra el ozena es la siguiente: lavatorio abundante de agua y sal que los enfermos practican en su casa, y después aquí en el dispensario, pulverizamos sobre la parte una disolución de resorcina al 1 por 100. En ese trabajo mio, al referir los resultados de esta medicación, he vuelto á insistir sobre la importancia de que el lavatorio sea copioso; y he dicho que si la pulverización podia constituir un medio excelente de tratamiento en el dispensario, no podia serlo cuando el tratamiento se confiaba al enfermo. Por esto recomiendo hacer mañana y tarde lavatorios con diez ó quince litros de agua con sal, y un tercero en el dia con una disolución de resorcina al 1 por 200 ó más. Debo confesaros que la resorcina parece que justamente se coloca delante de los otros desinfectantes en la cura del ozena; y en la comparación, estudiando su modo de obrar y la prontitud de su acción, puedo deciros que todo habla en su favor.

Los que tienen fé ciega en la acción de las aguas minerales, y especialmente los que (como sucede en la escuela francesa) creen en el *herpetismo*, han levantado la voz para sostener el honor de las aguas minerales, en particular de las sulfurosas. Antiguamente entre nosotros estaba en boga el agua de Gurgitello, y yo he experimentado muchas veces la sulfurosa natural de Santa Lucía, muy rica tambien en ácido carbónico. Para concluir pronto este análisis comparativo que hago de los vários remedios propuestos, os diré que creo en la utilidad de las aguas minerales, cuantas veces limitemos su indicación. Usadlas para desprender y disolver las costras, pero no os fieis de ellas como remedios que deben encargarse de más serias indicaciones. Decid lo mismo de la potasa cáustica, que

yo experimenté el primero. Cuando, con el Profesor Arena, emprendí aquellos estudios, cuyos resultados os he referido, y que tenían por objeto descubrir la materia que fuese causa del mal olor, pensamos que saponificando las sustancias grasas podríamos dominar el mal olor, y se nos ocurrió la potasa cáustica. Pero vimos que los enfermos no iban mejor que antes. Me detengo en este detalle, porque habiendoois confiado la tarea de continuar estos estudios, quizá podreis sacar ventaja de la noción de experimentos ya practicados, y que pueden producir os una utilidad, en cuanto os evitarán una ulterior pérdida de tiempo.

No basta lavar la parte, los prácticos procuran llevar remedios más ó ménos enérgicos, con pinceles, torundas, esponjas, candelillas; etc. El nitrato de plata y la tintura de iodo fueron muy usados en un tiempo, especialmente cuando se creía en la existencia de la úlcera, oculta bajo los exudados concretos. ¿Qué hicieron tales remedios? Un agujero en el agua. El nitrato de plata se mostró tan eficaz como lo ha sido en la diftéria, y nosotros, que poseemos hoy conocimientos anatomo-patológicos más precisos respecto al ozena, entendemos por qué ni el nitrato de plata ni la tintura de iodo pueden responder á los fines de la práctica. La tintura de iodo se ha aplicado de una manera un poco bárbara. Algunos, después de haber preparado tiras de tela que bañan en la tintura (y ahora pregunto si el ioduro de almidón, que se forma, tiene la misma acción que la tintura de iodo) forman candelillas que introducen en las narices, á veces á viva fuerza; así cuando el enfermo está echando sangre, ellos están más satisfechos, porque creen que se ha convertido en aguda una flogósis crónica y se ha provocado así una compensación saludable. Pero vereis que estos enfermos os llegan pidiendo maniobras más humanas, y advertireis que el proceso morbosos continúa lo mismo, apesar del enérgico método curativo.

Antes de seguir adelante y de hablaros de otros remedios locales que se encuentran más ó ménos eficaces, permitidme que me detenga en los medios con que debemos completar esta medicación, ó bien en la forma más conveniente

del medicamento: pinceles, torundas, esponjas, candelillas, polvos, pomadas, hé aquí el pequeño arsenal que se nos despliega ante la vista. Bastará recordar la sensibilidad de la mucosa schneideriana para abandonar todos aquellos medios que estimulan directamente la mucosa; pues no sólo hay que aplicarlos de una manera muy limitada, sino que provocando el estornudo, el mismo remedio es espelido; hay pues que dar lógicamente la preferencia á los polvos y á las pomadas. Yo os indicaré modestamente que he sido de los primeros que han tenido el mérito de recomendar en esta forma la aplicación de los remedios en el ozena. Sé que esto ha tocado los nervios de algunos, sé que para combatirme se han hecho exhumaciones poco apropiado, pero la verdad es, que los mismos que me han criticado, han acabado por copiarme, y debo decirlo, no sólo en la forma, sino también en la esencia; pues, como vereis en la próxima conferencia, á la cual remito el complemento de este interesante capítulo, hemos debido fijarnos en ciertos medicamentos, que, si no aseguran la curación del ozena, representan todavía lo mejor que hasta hoy posee la ciencia.

LECCION VIGESIMA CUARTA.

IV.

Continuación y fin del tratamiento.

Resúmen.—Inhalaciones medicinales con trementina y con iodo.—Pomadas y sus ventajas. Útil la de iodoformo con una sal marina.—Los polvos se aplican con los insufladores ordinarios, ó con el de Labus modificado. Preferible entre todas las sustancias pulverulentas es el calomelano.—Otros medios: taponamiento con algodón hidrófilo simple (Gottstein), ó medicinal (Fournié).—Procedimiento de Rouge y Bordenheuer.—Nuestro método de tratamiento.—Curación del ozena faríngeo. Pulverizaciones alcalinas. Pinceladas con tintura de capsico.—Curación del ozena laríngeo.—Pulverizaciones é insuflaciones de calomelano ó aplicación tópica del iodoformo disuelto en éter.—Tratamiento general en todas las formas del ozena. Cuáles son sus indicaciones.—Pronóstico respecto al tiempo que debe durar el tratamiento.

SEÑORES:

En la conferencia anterior concluí diciéndoos que era menester estudiar bien el modo de aplicar localmente aquellos medicamentos que se proponen en el ozena para la CURA ETIO-LÓGICA. Dije que quizá tenía yo el mérito de haber insistido para mostrar que los polvos, pudiendo ser llevados á puntos lejanos, sin poner á prueba la sensibilidad exquisita de la mucosa schneideriana, representaban un medio eficacísimo. Ahora quiero volver sobre este argumento, para añadir algo respecto á las pomadas y á las inhalaciones de sustancias volátiles.

Es cierto que el ozena establece de preferencia sus tiendas en las regiones altas de las vías olfatorias; es cierto que la mucosa, que tapiza los numerosos senos anexos al aparato olfa-

torio puede tomar parte en la enfermedad. De aquí la necesidad y la indicación de medicinar toda la superficie enferma. Si nos limitásemos á tocar la parte más baja de esta mucosa, evitando exajeradamente la acción refleja que se expresa con el estornudo, y que echa fuera una parte del medicamento que aplicamos, no habremos hecho más que una parte infinitesimal de este tratamiento, y lo habremos hecho mal además. Es necesario, pues, preocuparse de esto, y procurar extender la acción tópica de un medicamento cualquiera sobre toda la superficie enferma.

De los polvos, no os diré ahora más; pero en cambio paso á hablaros de las POMADAS y de las INHALACIONES medicamentosas. Las pomadas en apariencia nos hacen reprobar aquellas mismas cosas que lamentamos para las aplicaciones directas con pinceles ó con esponjas; porque siempre es en las partes más bajas en donde podemos aplicarlas. Veis, efectivamente, que me limito á recomendar á los enfermos que practiquen esta simple medicación, introduciendo el dedo pequeño en el orificio de la nariz. Pero la vaselina, que preferimos como el mejor vehículo, porque no se enrancia y no irrita al contacto con la mucosa, que tiene una alta temperatura, se derrite, y con ella el medicamento que contiene; por lo cual con las sucesivas inspiraciones, que son una necesidad fisiológica, el medicamento no sólo llega á las partes más altas, sino también á aquellas á donde no llega nuestra mano armada de esponjas, de pinceles ó de torundas.

El mismo razonamiento podemos hacer para las inhalaciones de sustancias volátiles, especialmente si se hacen con el aparato neumático, ó si se utilizan juntas con las duchas de aire comprimido. Cuando hacemos pasar el aire comprimido en el cilindro de Waldenburg al través de una botella de Woolf, en que ponemos agua caliente y algunas gotas de una sustancia volátil cualquiera, medicinamos este mismo aire, y así aprovechamos no sólo su acción dilatadora, sino también la medicamentosa de ciertas sustancias, como el ácido fénico, el ácido tímico, la trementina. Así yo os declaro que en aquellos enfermos que siguen mis curas en el

gabinete privado, empleo, después del lavatorio usual, duchas de aire medicinado con trementina: es una acción idéntica á la que ejerce sobre la mucosa del aparato respiratorio la que yo pretendo, y me parece que la consigo bastante bien, tanto que me he fijado en el aceite esencial de ésta más que en el ácido fénico y en el tímico.

¿Cómo se aplican los polvos? Hé aquí otra preguntilla á la que debo responder. Comunmente me veis usar los insufladores ordinarios, y, en verdad, teniendo abiertas las narices mediante un espéculo, preparamos el camino que debe recorrer el polvo impulsado por el aire comprimido del baloncillo. Podremos usar el insuflador de boca, como el de Labus, apesar de que el tubo, en vez de tener dos curvaturas, no tiene más que una, bastando poner la porción recta en dirección de la nariz dilatada por el espéculo nasal. Podremos servirnos también de la inspiración pura y simple, como se acostumbra con el rapé; y efectivamente al prescribir el calomelano, el bismuto ú otro, encargamos tomar varias veces al día un poco de polvo medicinal, como si se tratase de rapé. Cuanto más amplias son las vías nasales, mayor es la facilidad con que los polvos penetran: sabeis muy bien que en los que tienen la costumbre de sorber tabaco, lo descubrimos al reconocer las fáuces, encontrando partículas oscuras de dichas sustancias, depositadas en la misma faringe.

Los otros aparatos para inhalar directamente al través de la nariz sustancias volátiles, fueron más ó menos ingeniosamente modificados por varios prácticos; especialmente el destinado á la respiración de los vapores del iodo fué objeto de estudio por parte de algunos especialistas. La cosa es muy simple: comprendéis bien cómo llena este objeto un aparato cualquiera, construido para poder adaptarse con facilidad á las narices un tubo de goma. Complicar más estos aparatos, es tiempo perdido, tanto más cuanto que os dije apropósito del iodo todo lo que pensaba acerca de su virtud modificadora del ozena.

Las sustancias medicinales que bajo forma pulverulenta fueron propuestas y experimentadas, no son pocas, y son co-

nocidísimas: el bismuto, al cual se atribuye una virtud astringente; el alumbre y el ácido tánico, en los que esta acción es más clara; el benzoato, el salicilato y el timato de sosa, con la intención de usar un remedio antifermentativo y parasitocida; el iodoformo, el azufre, el calomelano; y después otros preparados compuestos, el tanato de zinc, etc. Los he experimentado todos, y debo confesaros con franqueza que doy la preferencia al calomelano, medicamento que yo propuse hace algunos años, que me ha correspondido bastante bien, y que no cese de recomendar, aunque hoy hemos ensanchado el campo de la terapéutica; y recordándoos lo que os dije del procedimiento curativo, de los métodos en general, os haré observar que no podemos en ciertas enfermedades rebeldes, difíciles de curar, fijarnos en una sola sustancia que tenga el poder específico; debemos trazar un método racional que responda á las diversas indicaciones; para el ozena nada hay más verdadero, nada más exacto. El haber invocado otros agentes para la curación de tan rebelde enfermedad no se debe interpretar por un voto de desconfianza al calomelano, que ha dado buenas pruebas de sí. Observad que yo proponía *siempre* el calomelano contra el ozena (por supuesto en el concepto que os lo he presentado) no *alguna vez*, como quería Trousseau, que habia entrevisto la importancia de un preparado mercurial en las pretendidas formas sifilíticas.

Después del calomelano, el iodoformo llamó seriamente mi atención; y yo escogí algunos casos muy concluyentes, para poder formar un concepto preciso de su modo de obrar, experimentando sobre ellos. Debo deciros que quizá por la acción del polvo como tal, independientemente de la del medicamento, no noté la mejoría que de él esperaba; pero antes de renunciar á una sustancia tan preciosa, que nos venía recomendada con tanto calor por su virtud extraordinaria en otros procesos, yo cambié la forma de aplicarlo, y me serví de la pomada. Para disimular el mal olor, que bien sabeis cuan molesto es, recurrí ante todo al bálsamo peruviano, y después, cuando Schiff nos dió á conocer la benéfica acción

de la cumarina, empleé este principio del haba tonka.

Actualmente acostumbro á prescribir:

Vaselina blanca . . . gramos 15

Iodoformo » 1

Cumarina. centigramos 25

para hacer una pomada que el enfermo introduce con su dedo pequeño, por la noche, en el orificio de la nariz, procurando practicar después profundas inspiraciones. La acción del iodoformo me ha parecido bastante benéfica para desprender los exudados tan tenaces, y también en las formas de rinitis crónica con producción de costras, este poder del iodoformo no se desmiente. Esto para haceros ver que yo no concedo al medicamento de que tratamos una virtud específica parasitocida, modificadora (para usar una palabra más general), sino una acción sintomática marcadísima, sobre todo la de disolver los exudados.

Zaufall y Gottstein, que se propusieron hallar en el ensanchamiento de las cavidades nasales, congénito ó adquirido, la causa del ozena, recurrieron á un expediente, que en buena patología y en buena lógica tiene toda la apariencia de la verdad. Ellos se esfuerzan á reducir las vías nasales demasiado amplias, taponando con algodón la nariz; y entonces el aire espirado, hallando mayor estrechamiento, puede librar á la mucosa de la secreción tenaz, que á ella se adhiere. El tapón de algodón en la nariz podría obrar como la tela impermeable sobre la superficie externa del cuerpo, promoviendo una abundante secreción, favoreciendo el desprendimiento de las costras y de los exudados coagulados, como una cataplasma tibias. Así Fournié usa, en vez del algodón simple el fenicado, proponiéndose paralizar la acción de este fermento ó de estos parásitos, que él considera como causa posible del ozena. Se hacen pequeños rollos de algodón absorbente, que con delicadeza se colocan sobre el suelo de las fosas nasales, mediante largas pinzas, y se dejan allí horas y días. Cuando el doctor Schmiegelow, de quien os he hablado, visitó nuestro dispensario, nos dijo que en Copenhague esta medicación respondía bien: pero por mi parte,

yo que curo á gente meridional, lo que significa gente escitable, no he tenido mucho motivo para alabarme de este procedimiento; ya porque los enfermos pronto se veían obligados á sacar el tapón, ya porque también en los que lo soportaron por más horas no ví aquellas ventajas que eran de esperar. Y sin embargo, antes de renunciar enteramente á un método curativo, que tiene el visto bueno de hombres competentes, debemos no perderlo de vista; y si en vuestra práctica hubiere casos obstinados, en los cuales la medicación ordinaria no se muestra eficaz, intentad también el algodón de Gottstein ó de Fournié, el algodón simple ó fenicado.

Sabéis que Rouge y Bordenheuer son autores de ciertos medios quirúrgicos enérgicos, que han sido coronados por el éxito, y celebrados en ciertos tratados. A decir verdad no sé con qué razón: pues, si ya se conviene en el concepto anatomo-patológico y patogénico del ozena, yo no comprendo cómo en el tratamiento de un catarro específico pueda entrar como medio la resección de los huesos, la eliminación de los secuestros ó el raspado con la cuchara cortante. Si no puedo negar que la alteración grave de los huesos, la caries, la necrosis, la inflamación supurativa de los senos son otras tantas causas de hedor, quizá mucho más grave que el del ozena, éste es un cuadro morbosó que nosotros desde el principio hemos eliminado del concepto del ozena, y hablar de él, apurósito del tratamiento de éste, significa cometer un error de lugar. No podemos negar que estos procesos operatorios obtienen resultados espléndidos, pero los dejamos á aquellos cirujanos que se ocupan de una cura seria y difícil contra una lesión ósea. Cuando hayais reconocido perfectamente una alteración de los senos maxilares, de los senos frontales ó de los senos esfenoidales, á vosotros toca el decidiros por un procedimiento operatorio ó por otro que no es siempre inocente; pues por los mismos que se han declarado sus defensores, se registran casos de muerte por flebitis supurativa ó por otra causa; entonces vereis que es facilísimo descubrir los senos frontales incindiendo entre las cejas; oireis decir que el proceder de Rouge, que se reduce

á abrir un ancho camino por las fosas nasales incindiendo en el surco gengivo-labial, mientras se eleva el labio superior, es un proceder muy bueno, no sólo para quitar secuestros de las várias partes óseas que componen el esqueleto de la nariz, sino para los pólipos que se implantan en estos mismos sitios, para ciertos tumores que envían prolongaciones á los antros y á los senos, pero que están fuera de sitio apropiado para el tratamiento del ozena, y me maravilla cómo puede seguirse hablando de ello por los que convienen en el concepto por nosotros expresado, y sostienen con todas sus fuerzas que el ozena no es más que un catarro, exento de ulceración de la mucosa, y mucho más de lesiones de los huesos.

Antes de indicaros algo sobre el tratamiento del ozena faríngeo y laringo-traqueal, y sobre la oportunidad del tratamiento general, quiero haceros una SÍNTESIS del método de curación que nosotros adoptamos.

1) La dilatación de las vías nasales necesita especial indicación, y es útil cuando hay en realidad estenosis; inútil en la mayoría de los casos, cuando al contrario hay catarro seco rarefaciente. El mejor medio para hacer esta dilatación es el uso de las duchas de aire comprimido; á falta de ellas, el uso de las candelillas blandas, flexibles, simples ó medicinales.

2) La segunda indicación constante, que forma parte esencial del tratamiento, aunque de orden sintomático, es el lavatorio, que se hace abundantemente, con agua tibia, medicada convenientemente con sal de cocina, ó simplemente con agua de mar. El enfermo practica los dichos lavatorios con la ducha de Weber, mañana y noche, con las precauciones que os he dicho que hay que guardar en el uso de este irrigador.

3) Si el enfermo no puede seguir el tratamiento bajo vuestra dirección, él practica una vez al día la inyección, mediante el mismo irrigador, con una disolución de resorcina, dos ó tres gramos por 500; y si puede efectuarse en el gabinete del médico, practicáis las pulverizaciones con la misma solución

más concentrada, al uno por ciento, ó las irrigaciones con la jeringa retro-faringea de Fauvel.

4) Después de cada lavatorio, mañana y tarde, el enfermo sorbe como rapé un poco de polvo de calomelano, unido á una ó dos partes de azúcar, siendo este remedio preferible á todos los otros de que os he hablado.

5) Además, en las horas de la noche, antes de acostarse, se aplica el enfermo con el dedo pequeño un poco de la pomada de vaselina, iodoformo y cumarina.

Pero si hay otras COMPLICACIONES, supongamos las vegetaciones adenoideas, hácia el orificio posterior de las fosas nasales, estais autorizados para escindirlas; y si hay dacriocistitis, para curarla. Pero, comparado el método que os he expuesto con todos los otros antiguos y modernos, sin prevención de ninguna clase, puedo aseguraros que él es preferible. Si encontrais enfermos que sigan estrictamente vuestras prescripciones, si no os cansais, alcanzareis éxitos inesperados. Es necesario por lo mismo aconsejar á los pacientes el exacto cumplimiento de lo que os he expuesto. Si el lavatorio es escaso, si no se hace con un irrigador que pone en contacto toda la mucosa con el líquido medicinal, la indicación permanecerá verdadera, pero el resultado será nulo. Y si no teneis cuidado de prevenir desde el principio al enfermo de que el tratamiento será largo, durando meses, quizá años, os exponeis á perder el cliente, lo que no sería gran pérdida, pero saldria comprometido vuestro amor propio. Cuando desde luégo hacemos declaraciones explícitas, cuando usamos el lenguaje de la verdad, que en el ozena no es por ventura de absoluta gravedad, pues los resultados son satisfactorios, conquistamos el afecto de los enfermos, porque la verdad siempre agrada conocerla, y porque el cliente adivinará que teneis práctica y experiencia de su enfermedad al predecir el largo período de tiempo necesario para curarla.

Cuando el ozena se extiende á la FARINGE, las pulverizaciones con sustancias alcalinas y desinfectantes son muy apropiósito para corregir la aridez. Acordáos de la tintura de cápsico que tanto usamos en las formas secas de la faringi-

tis, en solución de uno por treinta ó cuarenta de glicerina.

Cuando la enfermedad ocupa la LARINGE ó la porción más alta de la TRÁQUEA, debemos insistir en las pulverizaciones de vapor de sustancias alcalinas para corregir especialmente aquella disnea intermitente, aquellas formas asmáticas recurrentes, y después podemos insuflar directamente el calomelano, ó aplicar el iodoformo suspendido en el éter, como practicamos en otras manifestaciones más graves.

Llego ahora á una consideración muy importante, la relativa á la oportunidad del TRATAMIENTO GENERAL.—Señores, si os he hecho entender que el ozena es una enfermedad local, y muy probablemente de naturaleza parasitaria; si he combatido, citando hechos, el concepto de que la constitución escrofulosa fuese el elemento *sine qua non*, yo tendré argumentos suficientes para deciros que de tratamiento general no hay que hablar. Pero no podemos negar que ciertos procesos morbosos localizados se perpetúan cuando se desenvuelven en organismos en los cuales las fuerzas fisiológicas languidecen. Así para el ozena nosotros debemos admitir un desarreglo molecular que se efectúa sobre una mucosa, sobre un punto determinado, pero que reconoce una perturbación química íntima que no podemos precisar. Mejorar las condiciones del organismo, con aquellas medicinas que tienen una acción tónica reconstituyente, no puede parecer ilógico. Vosotros ya comprendéis todo el beneficio que podemos esperar del tratamiento general por los marciales, y principalmente por los preparados iódicos. Puedo con seguridad afirmar que cuantas veces el tratamiento local se una al uso moderado, regular del ioduro de hierro, sea bajo la forma de las famosas píldoras de Blancard, sea de los tubos de Favilli, sea, en los niños, bajo la forma de jarabe iodo-ferrado de Levert, os sorprenderá la rapidez de la mejoría, que en vano esperareis en los individuos que practican sólo la cura local, ó en los que este tratamiento general tiene que luchar con una forma de escrófula tórpida, ó con pésimas condiciones higiénicas, en las cuales vive la gente pobre. Al lado de estos remedios internos no puedo dispensarme de hablaros de los baños marinos,

que ejercen favorabilísima influencia. Conviene aconsejar muchos, de corta duración, y recomendar que también durante el baño se hagan inspiraciones con la misma agua. El tratamiento de los baños de mar puede ser favorablemente ayudado por el de las aguas sulfurosas. Sabeis cuáles son mis convicciones, y ni remotamente sospechais que yo quiera aludir aquí á la famosa diatesis herpética, que es un mito para nosotros, partidarios del moderno anatomismo. Los baños sulfurosos naturales, especialmente los frios, como tenemos un ejemplo clásico en las aguas de Telese ó de Scrajo, junto á Castellammare, devuelven el tono á los tejidos que languidecen bajo la influencia maléfica de un proceso patológico. No sólo en el ozena, sino también en ciertas formas tórpidas de sífilis del istmo de las fauces, yo he visto ventajas sin igual del uso de estos baños. Los manantiales sulfurosos extranjeros nos son conocidos, mejor quizá que los nuestros, y éste es un pecado que agradará confesar. Nuestras aguas de Telese y de Scrajo (en estas últimas hay hasta algunos indicios de sustancia arsenical) son admirables, eficacísimas, como ayudantes del tratamiento; y sería de desear que se constituyeran establecimientos con todo *confort* para atraer también del extranjero aquel número de enfermos que vemos marchar por otros caminos. Como nuestras aguas de Castellammare no ceden á las de Vichy, nuestras sulfurosas no ceden á las de Engghien, Cauterets y otras estaciones extranjeras, tudescas ó francesas, en donde las aguas sulfurosas abundan.

Señores: Concluyo estas conferencias sobre el ozena, creyendo que no he cansado vuestra paciencia, y que he sido bastante claro en recomendaros que graveis bien en vuestra mente las verdaderas alteraciones anatómicas, esenciales de la enfermedad, para que no tengais nunca que extraviaros en la práctica. Concluyo recomendándoos el tratamiento local y general, de que os he hablado, y especialmente rogándoos que no olvidéis el pronóstico reservadísimo que debéis hacer, sino relativamente al proceso morboso, relativamente al tiempo que necesiteis para curarlo.

LECCION VIGESIMA QUINTA.

Fibroma de la faringe.

Resúmen.—Historia del enfermo.—Se notan principalmente trastornos en la fonación, en la respiración y en la deglución.—El examen laringoscópico revela en la pared posterior de la faringe una neoplasia.—Caractéres.—Rareza de tales observaciones.—Neoplasias de pequeñas dimensiones (faringitis vellosa, faringitis leucémica, vegetaciones adenoideas) y de grandes (fibromas, quistes, encondromas, sarcomas, carcinomas).—Diagnóstico diferencial.—Historia de algunos casos de este género.—Práctica personal.—Pronóstico relativo al tratamiento.—Curación espontánea.—Demolición del tumor.—Cauterización galvano-cáustica.—Por qué en este caso ésta es preferible á los otros métodos.—Cómo obra el galvano-cauterio.

SEÑORES:

Bien conocéis este enfermo, y justamente por esto creo útil presentároslo, para completar nuestro juicio diagnóstico y exponeros aquellos criterios que pueden servirnos de guía en ulteriores investigaciones. Añadid que el caso pertenece á los rarísimos, ya por la forma, ya por la naturaleza, ya por el sitio del tumor.

Es un tal Antonio Fascitelli, de Palazzo S. Gervasio, de 45 años, casado, sin hijos. No tiene precedente alguno hereditario que sea digno de notarse. No ha padecido anteriormente ninguna enfermedad, hasta hace diez años que se le presentaron tos y fatigas, debidas probablemente á un catarro bronquial, del cual (lo digo anticipadamente) hoy no hallamos nada que pueda explicarnos la anhelación padecida, y las alteraciones funcionales de que se queja se deben referir á otro factor. Dice que hace cinco años, después de haber

comido manjares fuertes é irritantes, y bebido mucho vino (al cual parece que era bastante aficionado), advirtió un escozor hácia el lado derecho del cuello al nivel del tiroides. Desde aquel momento se manifestó cierta dificultad al deglutir los sólidos. Como veis por la ANAMNESIS, el primer fenómeno que advirtió el enfermo fué la disfagia, después una sensación molesta, dolorosa hácia el lado derecho, y por último, una dificultad al respirar.

Por lo que ya sabeis por la inspección directa, debemos suponer que la lesión anatómica se desenvolvió hace algún tiempo, y quizá el estímulo añadido debió despertar el incendio, debió ser aquel grano de arena que hace inclinar la balanza, y advierte al enfermo que padece una afección algo seria. La afección fué caracterizada por los médicos ya como un resfriado, ya como un proceso inflamatorio, y fué curada como tal.

Estas noticias anamnéticas han sido recogidas por nuestro distinguido amigo, el doctor Lepore, que con toda diligencia ha procurado indagar en el pasado del enfermo lo que pudiera interesarnos, y yo aprovecho la ocasión para manifestarle públicamente mi agradecimiento.

Nuestro enfermo duró en tal estado cerca de tres años, con ligeras oscilaciones en la intensidad de los síntomas, especialmente de la disfagia y de la disnea que dominaban la escena. Dos años hace, por cinco ó seis meses él advirtió una notable mejoría, es decir, no sentía ya un ardor tan fuerte, ni tan continuo, y la respiración y la deglución mejoraron relativamente; pero persistía la sensación de un cuerpo extraño, que se hubiese implantado en el istmo de las fáuces. A esta mejoría sucedió un período de agravación, que siguiendo hasta hoy, lo ha hecho venir á nuestro poder.

Antes, en el mes de Diciembre último, todos los síntomas (ardor, disnea, disfagia) se aumentaron, y se vió molesto por la regurgitación de los líquidos por la nariz.

Poco tengo que deciros acerca del ESTADO ACTUAL del enfermo. Es de una constitución bastante buena; sin embargo, está demacrado, y de este hecho podemos darnos cuenta

cuando pensamos en la dificultad con que se alimenta. La respiración en el estado actual es laboriosa; y cuando inspira profundamente, oímos un estridor, sino marcado, tal que no permite engañarnos sobre la forma. Si habla, si se agita, si sube las escaleras, la dificultad de respirar, y con ella el estridor, aumentan. Pero, como sucede en todos los estados de este género, esto es, en todas aquellas lesiones anatómicas que residen en la periferia de la laringe, cuando la respiración se hace más lenta (por ejemplo en el sueño fisiológico) el estridor aumenta; y él ha *sabido* que molestaba á sus vecinos, porque lo ha oído decir, y en la misma posada le han vituperado los que dormían junto á él.

Al presente la disfagia domina la escena. El paciente, que tiene muy buen apetito, necesita sostener una lucha para tragar los alimentos sólidos; especialmente le es imposible deglutir el pan; si se esfuerza para hacerlo, se vé obligado á echarlo afuera. Pero, como las fuerzas contráctiles de los músculos de la deglución están íntegras, á veces algunas partículas de alimento regurgitan por la nariz. Pero si insistís para saber cual es la sustancia que mejor deglute, él os responde claramente, los líquidos; y nosotros, que sabemos cuáles son las condiciones locales, nos explicamos perfectamente ésto.

Llamo también vuestra atención sobre el timbre de la voz, que es sonora, pero tiene un carácter gutural, algo que se acerca al timbre nasal, ó al que toma la voz cuando hay enorme tumefacción de las tónsilas ó infiltración del velo.

El EXÁMEN OBJETIVO, relativo á los restantes órganos, es negativo, aunque á la percusión, á lo largo de las líneas para-externales, se revela una sonoridad aumentada, indicio de enfisema que ha podido agravarse y ciertamente se ha mantenido por un obstáculo á la respiración colocado sobre la laringe. Si auscultais, advertireis que el aparato broncopulmonar está sano; pero se nota un ruido que es propagado por la estenosis que existe en un punto más alto. Si inspeccionais las fáuces, tirando con fuerza de la lengua, nada

veis; y sólo deprimiendo fuertemente la base de la lengua mientras se tira de ella, se logra descubrir algo.

En cambio, aplicando el espejo, enseguida teneis la explicación de todo el síndrome fenomenológico.

La INSPECCIÓN LARINGOSCÓPICA nos revela una neoplasia de superficie brillante, rojo-pálida, reluciente, surcada en la superficie por muchos vasillos varicosos, de forma ovoidea muy prolongada, y que ocupa todo el espacio del trayecto laríngeo de la faringe. Al estudiar los límites de la neoplasia se advierte que durante el acto inspiratorio experimenta cierta depresión, y se eleva ligeramente en la subsiguiente espiración: se nota que la epiglotis, en su superficie interna ó laríngea, está perfectamente libre, y se logra con un poco de estudio reconocer á la izquierda el ligamento ari-epiglótico del mismo lado, que apenas toca á la neoplasia; á la derecha al contrario esto no es posible, porque todo el tumor está dispuesto de modo que, partiendo de la superficie posterior del trayecto laríngeo de la faringe, se adelanta tanto, que apenas deja hácia la izquierda un pequeño espacio, al través del cual circula el aire que da la vida al paciente. El tumor no alcanza todavía á la epiglotis, que normalmente está un poco elevada hácia la base de la lengua; oculta toda la cavidad laríngea, por lo cual es imposible explorarla minuciosamente. Continuando en este estudio, podeis también observar que el tumor tiene ancha base, y que se implanta en la pared posterior y lateral de la faringe; quizá también el ligamento faringo-epiglótico derecho esté interesado.

Practicando la exploración con el dedo, que alcanza bien la neoplasia, llama la atención una elasticidad, que simula la fluctuación. Practiqué una punción exploradora, por lo mucho que me impresionó esta sensación. Pero esta punción no dió resultado alguno, y hemos podido convencernos de que se trataba de una neoplasia, totalmente exenta de líquido enquistado.

Que se trata de un tumor, no es menester discutirlo ya; á nosotros, que debemos buscar una dirección positiva para el tratamiento, nos urge saber la NATURALEZA de esta neo-

plasia; la cuestión se hace mucho más importante, cuando nos ponemos á considerar la rareza de los casos de este género. Verdaderamente, si os tomáis la pena de registrar los tratados, especialmente el de Ziemssen, el de Mackenzie, ó el de Wendt, que es el autor de un bellissimo artículo en la *Enciclopedia de Ziemssen*, hallareis confirmada la rareza más ó menos relativa de los tumores de la faringe. La cavidad naso-faríngea tiene ámplias dimensiones, es importantísima por su estructura y por sus funciones. Nosotros, en tesis general, podemos distinguir una porción nasal de la faringe de una porción oral ó laríngea; pero desde el punto de vista fisiológico, la cavidad faríngea puede dividirse en dos: la porción del trayecto respiratorio y la del trayecto digestivo. Sabemos esto, no sólo por las funciones á que está destinada la faringe, sino por la estructura anatómica que varía notablemente. Así es sabido que en el trayecto respiratorio el epitelio es de pestañas vibrátiles, mientras es pavimentoso en la porción digestiva; así es sabido que en la base del cráneo, en el vértice, junto al tabique de las fosas, en las fosetas de Rosenmüller y sobre la pared lateral de esta porción respiratoria, hay un gran número de glándulas mucosas ordinarias y en racimo, y, en cambio, en la porción oral y en la laríngea, hay folículos simples que ocupan las capas inmediatamente colocadas debajo de la mucosa, más superficiales que las glándulas mucíparas. Debajo de la membrana, rica en glándulas, existen pocos tejidos, los tejidos prevertebrales, los músculos y los huesos, por lo cual nos damos cuenta de por qué la génesis de las neoplasias en este sitio es tan poco frecuente, y de la reducida esfera de las que hasta ahora se han observado.

Desde el punto de vista clínico, debemos distinguir las neoplasias que se originan en la cavidad naso-faríngea y las que se desenvuelven en la porción más baja; podremos, siguiendo un indicio muy práctico, separar las neoplasias de pequeño volumen de las relativamente gruesas. Por ejemplo, se ha observado que de los lados de la amígdala, de la superficie posterior del velo (que es también rica en glándulas), de la pa-

red posterior, pueden originarse papilomas que, si toman un aspecto difuso, dan á la faringe el carácter vellosa, y por ésto la denominación de *faringitis vellosa*, á la cual alude Wendt. Otras veces se trata de pequeños tumorcitos, que se elevan debajo de la mucosa, rojos, relucientes, de consistencia medular: los llamados *tumores leucémicos*, la llamada *faringitis leucémica* de Mosler; y cuando hay hipertrófia é hiperplasia del rico tejido citógeno que constituye la tonsila faríngea de Luschka, ó sobre las paredes laterales hipertrófia de las glándulas acinosas, tenemos aquella forma de vegetaciones adenoideas que Meyer, de Copenhague, tan bien ha ilustrado, y que es comunísima en los países del Norte, en donde hay gran humedad atmosférica. Los tumores de grueso volúmen no pueden ser más que fibromas, encondromas, sarcomas ó carcinomas, y de éstos no se ha observado más que el cáncer epitelial y el carcinoma medular. Pero desde luego comprendéis que es difícil separar perfectamente los tumores que se desenvuelven en la cavidad naso-faríngea, de los que pueden desarrollarse en el trayecto inferior, en el sentido de que á veces la neoplasia se origina arriba y después desciende, y el clínico que se pone á observarla no puede decir si es del trayecto digestivo de la faringe ó del nasal de donde se ha originado; especialmente tratándose de encondromas y de sarcomas, en los que se verifica esta difusión. Pero, como la estructura anatómica de estas regiones es diferente, podemos explicarnos por qué unas variedades se observan en un sitio, y otras en otro.

Volviendo á nuestro caso, sólo podemos proceder aquí á un diagnóstico diferencial bastante limitado, contando con el sitio y el volúmen de la neoplásia. Desde luego podemos descartar el carcinoma; el curso es bastante largo, y no digo que un sarcoma no pueda prolongarse por tanto tiempo, pero después de un período de cinco años (que hace que se originó la neoplásia), debemos suponer un curso inocente y totalmente libre de fenómenos colaterales. Las comunicaciones con los linfáticos son abundantísimas en esta región, y vosotros notareis siempre, cuando la neoplásia tiene una evolución rápida, infarto considerable de los ganglios latero-

cervicales y sub-maxilares. Además, basta recordar el aspecto del tumor, la brillantez de la superficie, y también algo la consistencia, para estar ciertos que no se trata ni de un papiloma, ni de un cáncer medular, ni tampoco de un sarcoma. Que no es un papiloma, nos lo dice la inspección; el papiloma es veloso, parecido á la coliflor, frangeado, jamás uniforme y único como éste. Basta la exploración digital para conocer que no es un encondroma. La resistencia de éste es muy característica. Pero os he dicho que sospeché un quiste, porque admitiendo como punto de partida parcial el ligamento faringo-epiglótico, era éste otro criterio de verosimilitud. No he pensado en un absceso retro-faríngeo, pues los caracteres propios faltaban del todo; especialmente en los adultos siempre debeis dirigir vuestra atención á la causa primitiva; la exploración ha sido también negativa en este punto; con una punción no sacamos gotas de liquido. Debimos necesariamente admitir un fibroma; diagnóstico que habia sido hecho ya por el médico de su país. Por lo tanto, podemos formular así nuestro juicio: «fibroma de la porción inferior de la faringe, de forma ovoidea, de dimensiones colosales, que partiendo de la pared posterior y lateral de la faringe, tiende á ocupar el lado opuesto, y cubre y oculta toda la laringe.»

Para completar algo mejor el estudio relativo á los tumores de la faringe, debo añadir alguna otra rara observación que hallo consignada en Mackenzie; por ejemplo, tumores pedunculados de considerable volúmen, que, cayendo en el esófago, á veces son impulsados hácia adelante por los violentos esfuerzos de la tos; uno de esta clase era excepcionalmente un lipoma: fué observado en un viejo de 80 años que murió sofocado. Tumores igualmente pedunculados se observan tan rara vez que se conservan en los museos, y en el de Lóndres, perteneciente al *Royal College*, hay dos bellísimos ejemplares. Estos hechos prueban más y más la poca frecuencia de estos tumores, la importancia de estos estudios, y justifican por qué he creído oportuno llamar sobre ellos vuestra atención.

Viniendo ahora á mi práctica personal, debo deciros que los tumores faríngeos ocupan también un puesto ínfimo entre mis observaciones. De cuatro ó cinco casos que recuerdo, os citaré dos clásicos, en que el tumor tenía tal pigmentación, que hacía recordar el cáncer melánico. En un individuo se trataba de una forma infiltrada, que invadía toda la parte posterior de la faringe, desde el trayecto nasal hasta la laringe; en otro jóven se trataba de un tumor probablemente fibroso; en la superficie presentaba un jaspeado tal, que recordaba enseguida el aspecto del hígado. Os cito estos hechos para concluir que no es improbable que para los tumores de la porción baja de la faringe haya una especial tendencia á la pigmentación, y conviene continuar los estudios para descubrir sus causas.

El DIAGNÓSTICO es fácil en el caso presente; un médico inteligente, como lo es el que nos ha enviado el enfermo, aún sin el laringoscopio, lo ha hecho en su integridad; en la carta que me dirige mi colega con seguridad admite precisamente un tumor del tamaño de un huevo de pollo, que por el color, por la consistencia, por el sitio, lo juzga un tumor fibroso. Tampoco tendremos necesidad de perder mucho tiempo para explicar uno á uno los síntomas funcionales, pues el obstáculo material, el tumor, es su única causa. El aire penetra con dificultad, y el enfermo respira mal; la voz no halla espacio donde resonar y toma un carácter gutural; los alimentos se detienen en aquella enorme barrera; y ó son arrojados fuera, ó se deslizan con dificultad hácia abajo. Los líquidos, que más fácilmente se acomodan en aquel angosto paso descienden mejor, pero cuando una gota entra en la laringe, sobreviene la tos. Las cuestiones pronóstica y terapéutica son las que más deben interesarnos. Naturalmente el criterio PRONÓSTICO se confunde con el tratamiento, porque está completamente subordinado á éste. Para conocerlo vamos á analizar los medios que tenemos á nuestra disposición.

Antes de presentaros la posibilidad de la curación, y los medios de efectuarla, quiero haceros notar un hecho curioso registrado por hombres competentes, esto es, la natural y

ESPONTÁNEA CURACIÓN de ciertos tumores de la faringe y de la cavidad naso-faríngea. Los franceses, que son eminentemente prácticos, que conservan un espíritu de asociación superior al que reina entre nosotros, que registran, minuciosamente todas las observaciones, nos han hecho saber que entre varios casos reputados sérios, graves por la implantación de la neoplásia, por la posibilidad de las hemorragias, habia algunos en que la curación se habia verificado espontáneamente despues de algunos años, y se habian comprobado por los mismos que habian asistido á los enfermos la primera vez. Añado desde luégo, que estas curaciones inesperadas, que estos milagros de la ciencia, no se refieren más que á jóvenes, y quizá las continuas metamórfofis orgánicas que se verifican en un individuo en quien la vida es activísima, en quien las fuerzas fisiológicas son grandes, nos pueden explicar una metamórfofis regresiva de los elementos histológicos que forman estos tumores. Despues de cinco años, en un individuo que hoy cuenta cuarenta y cinco, con fenómenos que amenazan muy de cerca su existencia, nosotros no podemos esperar en una curación espontánea, en un milagro, y estamos autorizados para intervenir.

La INDICACIÓN que naturalmente se presenta es la de demoler el tumor; digo demoler, pues adivinais que podremos extraerlo en totalidad ó destruirlo *in situ*; podremos cortar por la base este tumor, podremos extrangularlo con un asa rígida ó incandescente. La ancha base, el no ser el tumor pediculado (lo que en el caso actual es una fortuna' porque no amenaza la sofocación), nos hacen rechazar la idea de arrancarlo con una pinza; vosotros habeis observado ya cuán vascular es su superficie, y no ignorais que los fibromas de este sitio, especialmente del punto de implantación, presentan siempre vasos voluminosos y numerosos encargados de la nutrición, por lo que hay que temer tanto las hemorragias. Hasta en aquella mujer que frecuenta nuestro dispensario, en la que hemos reconocido un fibroma de bóveda, hemos creído prudente decidirnos por un método de tratamiento bastante seguro. Dado que por favorables cir-

cunstancias, teniendo una clínica y camas á nuestra disposición, nos hubiésemos fijado de antemano en un método operatorio que ciertamente hubiera sido bastante espléndido, permitiéndonos presentarnos esta enorme neoplásia; hubiéramos debido preveniros contra las hemorragias y la asfixia; pues desprendido el tumor de sus inserciones, con toda probabilidad sangra, y quizá el tumor mismo, cayendo sobre el orificio laríngeo, hubiera podido ser causa de un accidente deplorabilísimo. Nosotros hubiéramos debido sin discusión practicar antes la traqueotomía preventiva, servirnos de la cánula tapón de Trendelenburg, y despues, con el asa galvánica ó con el extrangulador linear escindir de una vez este enorme tumor, despues de haber asegurado la respiración y acostumbrado al paciente. Lo que es la traqueotomía ya lo sabeis; una operación llena de peligros, independientes de la habilidad del que opera; una operación que aunque hecha con delicadeza, con paciencia, puede dar lugar á inconvenientes que nosotros sabemos y que debe saber el enfermo.

Ahora, con las condiciones en que se encuentra nuestro dispensario, y considerando de cerca estos peligros, ¿no dais cien veces la preferencia á un método curativo que, aunque más lento, nos asegura un éxito completo? Entre la duda de poder extraer enteramente el tumor por las vías naturales, y las grandes probabilidades de destruir hasta la más pequeña parte; entre las dificultades de abrir una ancha brecha (faringotomía), y la seguridad de un método inocente y fácil, yo creo que ninguno de vosotros vituperaria esta determinación, si nosotros la tomásemos, como la hemos tomado; y tengo el placer de decir que después de dos solas cauterizaciones con el galvano-cauterio, dos cauterizaciones hechas con el cuchillito de flecha que he tenido cuidado de introducir profundamente en el tumor, podemos con evidencia comprobar una disminución de su volúmen; y el enfermo, que es bastante pesimista (porque los resultados no son pronto como él desearia), á nuestras preguntas ha acabado por responder que él también ha notado esta me-

joría. Por lo tanto, el camino que hay que seguir está indicado racionalmente, y también nos ha sido indicado por el experimento, que ha probado bien: destruir *in situ* el neoplásma mediante la galvano-cáustica, que en el caso presente está libre de todo inconveniente. Pudiendo obrar directamente sobre el tumor, lejos de los tejidos sanos, no tenemos que temer reacción de ninguna clase, edema colateral, ú otros hechos que pusieran en peligro al enfermo; y dado el caso remoto de que esto sucediese, entonces la traqueotomía lo remediaría todo. Pero hay una cosa que me apresuro á indicaros. Aquí la cauterización nos ayuda menos como medio destructor, que como medio electrolítico.

Si no fuesen tan animadores los resultados obtenidos en la otra enferma á que aludí, afecta de fibroma de la base del cráneo, bastaría la notable disminución obtenida en dos sesiones; explicar de otra manera el modo como la electricidad ha obrado, es imposible. Proseguiremos por esta misma senda; y, si la fortuna nos ayuda, si llegamos á reducir tanto el tumor, que podamos ver bien el sitio de su implantación y asegurar la permeabilidad parcial de la laringe, quizá entonces será el caso de proceder á la ablación del tumor mediante un asa galvánica, una pinza, un estrangulador, si el pedúnculo fuese tan pequeño que se prestase á esta aplicación. Las sesiones galvano-cáusticas se deben repetir á intervalos; esto es, despues del tiempo necesario para que se desarrolle la acción electrolítica; pero el enfermo hoy está en tales condiciones para prestarse á una tercera cauterización, que la haré en presencia vuestra.

LECCION VIGESIMA SEXTA.

Dos traqueotomias por crup.

Resúmen.—Justificación de la lección.—Historias de los dos enfermos, de las operaciones y de los incidentes ocurridos.—Consideraciones clínicas.—La difteria es el crup.—Razones que lo demuestran.—Por qué se ha preferido el método de Saint-Germain.—Observaciones sobre los incidentes.—Curas consecutivas que deben prestarse á los traqueotomizados y su importancia.

SEÑORES:

La muerte nos ha hecho en estos días una dolorosa sustracción; la de un niño, afecto de crup, que yo habia operado de traqueotomía y que tanto me interesaba presentar, junto con este otro que teneis delante. Las circunstancias en las cuales practiqué la operación, los accidentes que sobrevinieron y ciertas curiosas coincidencias, no hacen más que poner el sello á las consideraciones clínicas que os hice en las no breves conferencias sobre la difteria y sobre el crup. Por lo tanto, deseando fijar bien en vuestra memoria muchas de las cosas que ya os he expuesto, tengo que haceros hoy una síntesis relativa á los síntomas, al acto operatorio y al tratamiento consecutivo que conviene emplear en una enfermedad tan difícil y rebelde.

HISTORIA.—Como, según os he dicho, hemos perdido uno de los operados, de éste os haré conmemoración. Era un niño de tres años y cuatro meses, llamado Eugenio Destito, robusto, hijo de un sastre, que hacía ocho días presentaba síntomas de catarro laríngeo, cuando á la tos, á la ronquera, se

unió cierta dificultad de la respiración, que en solas 24 horas alcanzó el acmé, y movió á un distinguido médico, amigo mio, que lo asistió, á consultarme sobre la oportunidad de la traqueotomía. Ví á este niño en mi casa, con todos los fenómenos de laringostenosis avanzada; depresión de la tráquea, surco en la base del tórax; en las fáuces apenas algún punto blanco sobre las dos tonsilas; febricitante, con el ánsia de quien está sometido á una respiración laboriosa; alas de la nariz en gran movimiento; contracción en todos los músculos elevadores del tórax. El diagnóstico era claro; y más que el diagnóstico era clara la indicación de abrir un paso al aire, paso que no permitia la laringe. Aquel exudado escaso, blanquecino, sobre las tonsilas, la noticia anamnética de los síntomas catarrales precedentes, bastaban para hacernos exajerar nuestras inducciones hasta creer en un crup, y no en una laringitis estrídula. Aunque los caracteres de la tos, la rapidez del curso, hubiesen suscitado dudas en nuestro ánimo, nosotros no podíamos conservar ninguna respecto al tratamiento; debíamos operar. Aconsejé que trajeran el niño á este hospital, pero como estamos desprovistos de salas clínicas, y la dificultad de hacer recibir un paciente de enfermedad infectiva no era poca, fué rechazado. Entonces, á ruegos del padre, que lloraba á su hijo muerto, cedí y practiqué en su casa la traqueotomía el día 29 de Abril, ayudado por el médico de cabecera Sr. Contucci y por mi distinguido ayudante Sr. Cicconardi. Las cosas habian marchado tan rápidamente, que tampoco pude prevenir á ninguno de vosotros; razón de más para daros esta conferencia. El niño tenía un cuello corto y grueso; el tegido adiposo estaba desarrolladísimo, y era fácil comprender que la operación presentaria dificultades. Colocado el enfermo en la mesa operatoria, fijando bien la cabeza y la laringe, como se acostumbra en el proceder de Saint-Germain, entre el pulgar y el medio, despues de haber buscado la membrana crico-tiroidea, introduje el bisturí graduado en el punto que con matemática certeza me indicaba el índice de la mano izquierda. Salió sangre y no aire; entonces comprendí enseguida (acorde á

lo que os dije en otra conferencia) que era necesario volver sobre el corte ya hecho, seguir la vía trazada por la primera punción, hasta incindir la membrana crico-tiroidea, habiendo ya tomado todas las medidas preventivas referentes á la exactitud de la región en la cual debía operar. Como habia presagiado, esta segunda vez se oyó el silbido del aire. Levantamos al niño, aplicamos el dilatador y tratamos de introducir la cánula. Ahora, si bien yo tengo alguna práctica de estas cosas, debo confesaros, que en vista de la gordura del cuello, habia dificultad para colocar en su sitio la cánula, su curvatura no alcanzaba á superar todo el espesor de los tegidos pre-traqueales, tanto más cuanto la tráquea estaba muy oblícua, y por la predominante presión del aire atmosférico externo estaba todavía más hundida. Este tiempo nos hizo perder algun instante precioso, pero no decidió de la suerte de la operación, porque cambiando la cánula, por una más pequeña, que entró fácilmente, logramos salir de apuros, y por medio de ella aseguramos la respiración hasta el cuarto dia, pero habiendo tenido el cuidado de quitarla cada veinte y cuatro horas para examinar el estado de la herida.

Las cosas marchaban viento en popa, y yo saboreaba ya el placer de presentaros este caso afortunado; pero pasados cuatro dias, comenzaron á manifestarse signos evidentes de difterismo de la herida, que invadió hasta el cútis externo del cuello en algunos centímetros, y se acompañó de una ligera elevación termométrica; difterismo, que desde luego me preocupó, pero no me quitó totalmente la esperanza de la victoria. La necrosis de los tejidos alargó tanto la herida practicada, que vimos disminuir las dificultades y los peligros que lleva consigo la eliminación de las falsas membranas. La vía era bastante ancha, y no era menester ya vigilar con tanta exactitud á este niño para prevenir un posible caso de asfixia. Adoptamos una medicación antiséptica como mejor pudo hacerse en una casa de un pobre artesano; curamos con el iodoformo, alguna vez con el nitrato de plata, y constantemente bajo la niebla fenicada. Las cosas,

apesar de esto, no iban bien; lo que más nos preocupaba era la fiebre, que se elevaba mucho, y se acompañaba de síntomas de ligera parálisis de los músculos de la deglución, y quizá del músculo tiro-ari-epiglótico, de postración del organismo, inapetencia, síntomas que á veces experimentaban favorable cambio, pero que después se exajeraban hasta el punto de hacernos temer una inminente parálisis, una parálisis más respiratoria que cardiaca; pues nuestro enfermo, aunque tenía libres las vías respiratorias, jadeaba como un individuo afecto de grave enfermedad pulmonar; estaba pálido el semblante, rehusaba los alimentos y tenía un pulso depresible; así desgraciadamente, al décimo día, con no poco pesar nuestro, el niño murió.

Dos días despues, esto es, el 1.º de Mayo, me llevaron igualmente á casa al niño que aquí veis, mucho más afortunado que el primero, llamado Antonio Lignante, de cuatro años y medio, que hacía cuatro días habia presentado síntomas catarrales, tos, ronquera, pero buena respiración. Y despues, como en el otro caso, de repente aparecieron los síntomas disnéicos, se pronunciaron, se aumentaron hasta el punto de que la familia desolada é instruida por el médico de cabecera de un medio terapéutico que la ciencia alaba, me lo llevó para que viese si era un caso de traqueotómia, El niño estaba en las mismas condiciones que el otro, tenía también escaso exudado tonsilar, gran laringostenosis, profundo surco en la base del tórax, depresión en la tráquea. Le hice seguir el mismo *via crucis* del primero; llegó al hospital, y no pudo ser recibido. Movido de humanitarios sentimientos, me decidí á practicar en casa del enfermo la operación, y fuí ayudado también esta vez por el apreciableísimo doctor Cicconardi y por el distinguido doctor Lepore, á los cuales debo mostrar mi agradecimiento por la preciosa asistencia que me han prestado.

Colocado el niño según acostumbro, teniendo él un cuello favorable á la maniobra, incindí la membrana crico-tiroidea, que, como en el otro caso, habia matemáticamente señalado ántes. También esta vez salió sangre venosa del plexo inte-

resado; pero no se oyó el aire. Yo no podia invocar la gordura del cuello ó la profundidad de la tráquea: con el índice de mi mano izquierda procuré detener mediante la compresión la sangre que salia, y adquirí la certeza de haber incindido el cartilago cricoides, pues advertí perfectamente la dureza del cartilago en dos puntos separados por mi dedo. Y sin embargo, en la duda de que la incisión fuese demasiado corta, la alargué, pero el aire no pasó. En las condiciones en que se hallaba el niño casi asfítico, esta pérdida de tiempo podia ser fatal; no puedo olvidar el solemne instante, en que el mismo pobre niño nos decia que se moria. Yo tenía la certeza de haber realizado la operación según los preceptos de la ciencia. Introduje con fuerza y repetidas veces el dilatador de Trousseau, que procuré abrir todo lo posible, y despues de algunos ensayos, logré oir un silbido, al cual siguió la expulsión de una gruesa falsa membrana circular, en forma de debo de guante, que nos esplicó las dificultades encontradas por el contratiempo ocurrido. Como, aunque dividido el cricoides, la cánula quedaba, entre la falsa membrana desprendida y su límite inferior, quizá adherido todavía á la mucosa, yo caia en un verdadero fondo de saco. En la precisión de introducir la cánula, tuvimos que contentarnos con una pequeñísima; vigilar atentamente al niño, y despues de diez y seis ó diez y ocho horas pude con facilidad sustituirla por una de plata, de grueso calibre. Un médico de confianza de la familia ha permanecido varias noches junto al operado; nuestro amigo Cicconardi ha tenido algun momento apurado; habiéndose encontrado en el período de eliminacion de las falsas membranas, ha quitado del todo la cánula, ha abierto la herida, y despues de algun tiempo han salido várias. Mas, eliminadas éstas, que se habian reunido muchas en el primer tiempo de la operacion, se caminó viento en popa, pues á los cuatro ó cinco días, no habiendo surgido incidente alguno, inspeccionando nosotros siempre la parte, el niño no tuvo fiebre, comió con apetito, y vosotros lo veis aquí sentado delante de nosotros, un poco pálido por los sufrimientos pasados, pero

en camino de una curacion tan probable, que hacemos los más lisonjeros pronósticos.

¿Cuales son las CONSIDERACIONES que se desprenden de estos casos? Empiezo por los síntomas. En las conferencias sobre la diftéria laringo-traqueal os hice notar que no podemos, para diagnosticar el crup, fiarnos siempre en la rapidez del curso, y sobre todo del desenvolvimiento de los fenómenos de laringostenosis. Los que vieron á los dos niños, médicos inteligentísimos, concibieron sospechas sobre la posibilidad del crup; pero no pudieron afirmarlo; y sólo cuando la enfermedad tomó un curso invasor, sólo cuando se pronunciaron los fenómenos característicos, la duda no fué ya posible. Aunque escaso, el exudado sobre el istmo de las fauces nos iluminó mucho; pudimos estar ciertos antes de incindir la tráquea de que encontraríamos las falsas membranas. Estos dos niños fueron operados en el tránsito del segundo al tercer período, esto es, cuando la cianosis no estaba avanzada. Pero debo advertiros, que ni uno ni otro sentian cuando se les pellizcaba; pues existia ya la anestesia cutánea. En las conferencias relativas á este importante argumento, hemos sostenido que el crup y la diftéria eran lo mismo. En aquel niño que dolorosamente hemos perdido ha habido dos hechos culminantes que prueban la verdad de mi aserto. Los que son de opinion contraria, los que enseñan que el crup es diferente de la diftéria, dicen que ésta es contagiosa y aquel nó. Y bien, en Destito, en el primer operado, el diagnóstico de un crup primitivo era típico, ninguno hubiera podido poner en duda que se trataba del llamado *crup d' emblée*; así, cuando incindimos la tráquea, como en la sangre derramada, no llegamos á distinguir falsas membranas, yo dudé hasta de haber operado un caso de laringitis estrídula. Digo esto, para convenceros de que era un caso clásico del crup primitivo de la laringe. Y bien, oid lo que sucedió. Apesar de nuestras apremiantes indicaciones para que sacaran de la casa á otra niña, de unos diez y seis meses, tres ú cuatro dias después de practicada la operación, se desarrolló en ella, primero un exudado sobre las tonsilas, que nos autorizaba á creer en una angina diftérica, y

después los síntomas del crup fulminante, para el cual tampoco pensamos en practicar la traqueotomía. Si quisiéramos sofisticar, podíamos decir que los dos niños se expusieron quizá á la misma causa morbosa; pero esto sería un sofisma poco justificado, precisamente como sucede para las inoculaciones de los productos diftéricos al través de la herida externa.

En el último número de un diario americano, *Archives of Laryngology*, he leído un caso muy instructivo. Lefferts, que es un docto laringocopista, fué llamado para una traqueotomía de urgencia en un niño atacado de crup. Quiso ántes explorar las fáuces con el dedo, y fué mordido gravemente por el niño. No teniendo tiempo de curar su pequeña herida, porque urgía abrir un paso al aire, tuvo que maniobrar con el índice de la mano derecha en contacto con los líquidos morbosos. Algunos días después el dedo se hinchó, se puso dolorido, apareció la fiebre, y la linfangitis se propagó hasta el áxila. Al cuarto día, sin que hubiese falsas membranas en la herida, se desarrollaron exudados diftéricos sobre las dos amígdalas, con tumefacción de las glándulas sub-maxilares, fiebre alta y postración. Por fortuna, el colega se salvó milagrosamente. La uña del dedo se cayó, se hizo una incisión, y se curó la herida local como un panadizo. Mas el caso parece muy concluyente para probar que la inoculación de los productos diftéricos ó de la sangre de los diftéricos puede á veces obrar eficazmente, y lo he citado, porque también en el presente hecho podríamos decir que el colega operador estuvo expuesto á la acción general del contagio. Y sin embargo, tendríais que hacer caso omiso de las preciosísimas noticias que él cita para sostener la imposibilidad de la inoculación de los productos diftéricos.

La otra cosa que nos llamó la atención en el primer operado ha sido el difterismo de la herida; gruesas falsas membranas y un proceso necrótico del orificio, que ensanchó los labios de la misma herida. Y no es esto todo: síntomas de parálisis, que deliberadamente refiero al *frénico* y no al *neumogástrico*, porque la anatomía patológica nos enseña que las alteraciones positivas de los nervios consecutivas á la dif-

téria, se refieren al frénico y nó al vago; lo que prueba que cuando se nos presenta un crup laríngeo, si no suceden siempre fenómenos idénticos á los que lamentamos en la diftéria, depende de que un fenómeno morbosos mata, por su gravedad, la laringostenosis. Y cuando remediais este estrechamiento laríngeo, merced á la traqueotomía, dais campo á la enfermedad para desenvolverse en todas sus fases, en todas sus manifestaciones, y observais parálisis idénticas á las de las formas más clásicas de la diftéria.

Los ACCIDENTES que hemos tenido que lamentar durante el acto operatorio merecen alguna reflexión, porque indirectamente confirman las grandes ventajas del proceder rápido, del proceder de Saint-Germain, del cual soy ardiente partidario. Imaginad un poco si en Destito hubiésemos tenido que proceder capa á capa; cuánto tiempo y cuánta sangre hubiéramos gastado! Tuvimos la fortuna de incindir en dos tiempos el cricoides y la tráquea, y también tuvimos que gastar algun tiempo para introducir la cánula. En esta dura lucha, un poco de sangre que caiga en las vías inferiores con la estenosis actual, determina una asfixia letal, contra la cual nada podeis ya, y esto afirma siempre más al método operatorio por nosotros preferido, el mérito de la seguridad, apesar de las eventualidades que sucedan; porque encontrada y reconocida la región en donde se ha de verificar el corte, podemos practicar la operación con los ojos cerrados. En este otro niño, el proceder nos habia respondido admirablemente, apesar de encontrarnos con un incidente, que si no comun, no es raro. En la diftéria laringo-traqueal generalmente se extiende el proceso al primer trayecto de la tráquea, las falsas membranas se modelan según las partes sobre que se desarrollan, y en el tubo traqueal toman la forma de un dedo de guante. Hé aquí por qué en el niño que os presento, habiendo incindido la membrana crico-tiroidea, y quizá también los primeros anillos traqueales, no pudimos cortar la falsa membrana que cedia; y como probablemente debia estar adherida abajo, la cánula entraba en una especie de saco, y el aire no pasaba. Cuando con el dilatador des-

prendimos este colgajo inferior, el aire pasó, y pudimos colocar la cánula.

Ocupémonos ahora del TRATAMIENTO CONSECUTIVO que se debe emplear en este niño para cerrar la abertura fistulosa. Hace algunos días que no quito la cánula; pero á la de plata he sustituido una de vulcanita que tiene dos ventajas: la cánula es móvil sobre la placa, así no irrita la mucosa y se evita la ulceración de la tráquea; la cánula además tiene un agujero, de modo que quitando la cánula interna, y ocluyendo la abertura exterior, podeis medir el grado de laringostenosis, el modo como se corrige, y podeis ver si la columna de aire espirado empieza á poner en vibración las cuerdas vocales; porque justamente guiados por la recuperación de la voz y de la respiración nos decidiremos ó nó á la ablación de la cánula. Por lo tanto, si nos aseguramos de que el aire comienza á pasar por la laringe, recomendaremos á la madre que cierre temporalmente la abertura externa por medio de un taponcito. La columna de aire inspirada y espirada será el mejor medio dilatador, nos servirá como indicador para juzgar de la permeabilidad de la laringe, y como elemento curativo mecánico para reducir la mucosa tumefacta. A esta cánula, que es más pequeña que la de plata, sustituiremos otra más chica, poniendo siempre una compresita, y después una pequeñísima que marcará el último número y será la precursora de la ablación.

Pero no creais que este experimento dé siempre buenos resultados; hay circunstancias curiosísimas en las cuales podreis caer en engaño, esto es, juzgar que no está restablecida la permeabilidad de la laringe y remitir la ablación á un tiempo remoto. Hé aquí por qué para adquirir criterios seguros debeis volver de noche á ver estos niños, cerrar el tubo durante el sueño, y observar el modo como respiran. Estos muchachos inquietos (como parece éste) apenas ven poner el índice sobre la abertura externa de la cánula, son atacados de una excitación tal, que la respiración se acelera, el moco contenido en la tráquea se concreta en la abertura inferior, y vosotros creéis que la laringe está todavía estrecha como en

los primeros tiempos de la enfermedad. En el sueño podeis juzgar con mayor certeza y sin poner en juego el sistema nervioso del enfermito. Otras veces es el temor que sienten éstos cuando se ven quitar la cánula, porque á medida que adquirís la convicción de que el aire pasa por las vías superiores, podeis permitiros quitarla por algunas horas al día, estando vosotros presentes. Las contracciones de los labios de la herida, las mucosidades que se mueven, créan á veces una sintomatología tan extraña, que determinan una oclusión temporal de aquellas vías. Hé aquí por qué debeis estar siempre presentes á estas maniobras, prontos á volver á colocar la cánula, si aparecieran fenómenos disnéicos. Esto justamente haremos, y concluyo diciéndoos que esta ablación debe hacerse lo mas solícitamente que se pueda; primero, para no habituar mucho á los niños, y en segundo lugar para quitar muy pronto una causa de estímulo local. En general, exajerad la solicitud por la ablación; cuando tengais la certeza de que la laringe ha vuelto al calibre normal, y no hay vegetaciones intra-traqueales, apesar de los pequeños paroxismos disnéicos, sed constantes, y vigilando al enfermo y favoreciendo la expectoración, podreis hacer cada vez más raros estos abcesos de disnea que tienen tristes apariencias, pero en el fondo nada de peligroso.

LECCION VIGESIMA SETIMA.

Parálisis miogénica bilateral de los crico-aritenoideos posteriores.

Resúmen.—Historia del enfermo.—Sólo el exámen objetivo laríngeo explica la sintomatología.—Se encuentra defecto de abducción de las cuerdas.—¿Qué la produce?—¿Una infiltración edematosa de la región aritenóidea, un tumor sub-glótico, un espasmo de los adductores, una parálisis de los abductores?—Se excluyen todas estas posibilidades para admitir la parálisis de los abductores.—¿Es de origen neuropático ó miopático?—Se sostiene la miogénica por causa reumática.—Pronóstico reservadísimo, y por qué lo es.—Tratamiento posible en la actualidad.

SEÑORES:

Interesantísimo es el caso que os presento, y me apresuro á hacerlo, ya porque las condiciones en que se encuentra el paciente son gravísimas, y a porque no teniendo á nuestra disposición salas clínicas, pudiéramos perder esta preciosa OBSERVACION.

El enfermo que aquí veis es un tal Gregorio Vivar, napolitano, de 37 años, casado, sastre. Desde luégo os hago notar particularmente que, mientras vive de este oficio, es diputado de tierra santa; un oficio que en las Archicofradías napolitanas piadosamente toman algunos, con el encargo de presenciar en el Cementerio todas las inhumaciones que se verifican en su Congregación. Lo que significa que, en cualquier tiempo y estación, deben ellos asistir al sepelio y descender á los panteones, que están húmedos, frios, y contruidos bajo el suelo. Y desde cinco años esto hace Vivar.

Delgadísimo de cuerpo, nos asegura que no sólo no se ha depauperado por efecto de la enfermedad que lo aflige, sino que no ha tenido afecciones graves, apesar del escaso panículo adiposo y de la pequeñez del esqueleto. Recuerda que cuando niño tuvo una erupción cutánea, de la cual curó con las fricciones de un ungüento. Muy verosímilmente sería su padecimiento la sarna, tanto más, cuanto que él se acuerda de que el médico le prohibió dormir con otras personas de su familia. A los 16 años se contagió de una úlcera en el pene, úlcera que duró un mes, y no fué seguida más que por una adenitis inguinal, que un médico inglés hizo abortar aplicando sanguijuelas.—Quedó una blenorragia, pero no tuvo alopecia, ni dolores osteóscopos, ni erupciones cutáneas sospechosas, ni la boca mala, ni los gánglios infartados.

El año pasado enfermó de bronco-pulmonía izquierda, que duró dos meses, de la que curó perfectamente, habiendo desaparecido del todo la tos con la pulmonía.

Después de la curación empezó á tener cierto malestar de garganta con marcada disfagia. Recurrió á un especialista de esta ciudad, y afirma que el mal fué juzgado de carácter puramente catarral. No hizo cosa seria; después de dos meses curó, quedándole un poco de angustia. De ocho meses á esta parte, la angustia ha sido el único síntoma de que se ha quejado, y que de vez en cuando se exacerbaba, de modo que al subir las escaleras, al correr, al agitarse, sentía dificultad de respirar, y comenzaba á producirse en el sueño un rumor molestísimo para los que dormían en la misma estancia.

Hace diez días que la disnea se ha aumentado hasta el punto de que por la noche tiene que estar semi-sentado en la cama, y alguna vez que levantarse y pasear por el cuarto, temiendo quedar ahogado. No puede acostarse sobre el lado izquierdo, en cuya postura la angustia aumenta.

No ha sido bebedor ni fumador; no ha abusado de las mujeres, no ha padecido de reumatismo articular, sino sólo de grandes y continuos pesares.

Como ahora lo veis, sentado, sosegado, la respiración no es ruidosa; pero si se mueve un poco, si se agita y habla, se

oye aquel particular estridor característico de la estenosis de las primeras vías de la respiración. La voz está normal, *inalterada*. La tos es seca y poco molesta; pero si hay aumento de moco, se ve obligado á toser muchas veces para librarse de un estorbo al respirar, que siente crecer.

He examinado el tórax, y hé aquí el resultado de mi observación.

A la izquierda, posteriormente, un poco debajo de la escápula, en donde una pigmentación de la piel indica el sitio sobre el cual se aplicó un ancho vegigatorio, se oye algún estertor. Pero la respiración en todas partes, por efecto de la estenosis, es débil, aunque uniforme. En las regiones infra-escapulares de ambos lados, la respiración toma el carácter bronquial.

He practicado diligentemente la percusión: á lo largo de las líneas para-espondileas es normal, algo más clara á lo largo de las líneas para-esternales.

El corazón está sano: la punta late en su sitio: no hay acentuación de la aorta ni de la pulmonar; falta de soplos: la percusión indica que el área cardiaca es la fisiológica.

Nada de notable en el sistema glandular: únicamente las glándulas inguinales están un poco infartadas.

Como fácilmente adivináis, el exámen de los pulmones y del corazón no explica la angustia: la sospecha de que el punto de partida fuese la laringe tiene bastante fundamento, y su médico, hombre instruido, que yo conozco, me lo envió justamente para saber lo que revelaba el laringoscópio.

El exámen de las fáuces es negativo. La IMÁGEN LARÍNGEA nos presenta, durante la fonación, normal la cavidad, apenas hiperemiada. Las cuerdas vocales están un poco rojas, un poco tumefactas, pero se unen perfectamente bien. Algún catarro se observa en la región meso-aritenoidea.

Pero mandando al paciente que respire, salta en seguida á la vista el hecho de que la cuerda izquierda no obedece á los movimientos de abducción, y la derecha se mueve apenas, de modo que la abertura glótica está reducida á una estrecha hendidura, que mide todo lo más dos milímetros.

Una mirada a las partes adyacentes á la laringe nos asegura que no hay edema ni infarto de ninguna clase, y las eminencias aritenoides están perfectamente marcadas.

¿Cuál es, pues, el VALOR SEMEIOLOGICO de lo observado, de este *defecto* de abducción de las cuerdas vocales?

Aquí se presenta un vasto campo que debemos recorrer ántes de formular el diagnóstico anatómico.

Es natural preguntar cuál es la razón del hecho, y nosotros debemos de razonar guiados por un exacto criterio diferencial. Pudiera ser una infiltración edematosa de la región aritenoidea, ó una anquilosis de las articulaciones crico-aritenoides, la causa de la falta de abducción. Pudiera ser una brida-cicatricial que retuviese las cuerdas vocales. Pudiera ser un tumor infraglótico, que, oprimiendo contra las cuerdas vocales, las inmovilizara. Pudiera ser un espasmo de los aductores ó una parálisis de los abductores.

Es fácil adivinar el edema, mirando bien la imagen laríngea: nada hay en la región aritenoidea ó meso-aritenoidea, nada alrededor de la base de los cartílagos aritenoides que pudiera hacer suponer poca movilidad ú obstáculo á los movimientos de las articulaciones crico-aritenoides.

No hay ni cicatriz, ni brida que una las cuerdas vocales. Puede verse claramente que, aunque próximas en toda su longitud, queda, durante la inspiración, un espacio que las separa; mientras en aquel jovencito que tenemos en el ambulatorio, y que os he presentado, fácilmente comprobásteis que al nivel de las cuerdas vocales se habia formado como un diafragma fibroso, que dejaba penetrar el aire sólo por un agujero, correspondiente á la porción *inter-cartilaginosa* de la glótis.

Los neoplasmas infra-glóticos pueden dificultar el movimiento de abducción de las cuerdas vocales, y el año pasado yo tuve la buena fortuna de diagnosticar uno que se encontró perfectamente atravesado en la herida traqueal, después de la traqueotomía; pero, en casos semejantes, difícilmente están interesadas en el mismo grado ambas cuerdas vocales, y el que tiene un poco de práctica consigue siempre ver en el es

pacio infra-glótico alguna vegetación, alguna eminencia que anuncia la neoplásia.

El espasmo de los músculos adductores, como se encuentra en el llamado espasmo glótico, en el laringismo, dá una imágen laríngea semejante á la que os he descrito en el caso actual; pero, si continuais manteniendo el espejo en su lugar ó repetís la observación, en un momento dado, y cuando ménos lo quiere el enfermo, y vosotros lo pensais, se ven las cuerdas alejarse una de otra, y dejar un ancho espacio glótico. El espasmo es intermitente, accesimal; hay largas pausas durante las cuales el enfermo respira bien, niéntras aquí la constancia de la dísnea y la misma escena sintomatológica nos persuaden que no se trata de una contracción espasmódica de los adductores. Después de un largo rodeo, después de una larga revista de tantas posibilidades, debemos necesariamente concluir que están paralizados los crico-aritenoideos posteriores.

Señores, si, después de haberos dicho esto, yo me despidiese de vosotros, muy poco habríamos apurado el caso de que se trata. Completado el diagnóstico laringoscópico, debemos proceder á un DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO, y hacerlo, síno dándole la preferencia, tan bien como lo haria un policlinico. Vosotros, dedicados al ejercicio léjos de los grandes centros, comprendéis perfectamente cuánto interesa al médico práctico sacar de esta primera noción todos aquellos corolarios clínicos que deben completar el juicio diagnóstico, y es precisamente lo que voy á hacer.

Lo primero que conviene definir es esto: ¿se trata de una parálisis de origen miopático?

Si nos ponemos á considerar la etiología de las parálisis nerviosas de los músculos dilatadores de la glótis, veremos enseguida que las causas morbosas pueden ser centrales ó periféricas, y éstas interesar los orígenes del espinal ó del vago, ó bien obrar sobre los troncos á lo largo de su trayecto.

Entre los primeros conviene registrar desde luego las lesiones de la médula oblongada (atáxia locomotriz, esclerosis bulbar progresiva) en las cuales puede haber también respi-

ración estridulosa. Pero en tales emergencias la parálisis nunca está limitada á los solos músculos laríngeos; hay co-participación de los músculos de la cabeza, de la cara y de las extremidades, hechos que faltan completamente en nuestro enfermo.

Se pudiera pensar en una alteración intra-cerebral del vago, esto es, en el gánglio del tronco del neumo-gástrico, la que podría producir parálisis completa de los dos nervios. Prescindiendo de que no se han observado casos de éste género, la parálisis, en tales emergencias, atacaría á todos los músculos laríngeos inervados por el laríngeo inferior, lo que no vemos en nuestro enfermo. Además, es sabido que si está lesionado un solo tronco, el del lado opuesto compensa saludablemente las importantes funciones cardiaca y pulmonar; mientras, según nuestra observación, tratándose de una lesión bilateral, debería precisamente haber estos graves trastornos pulmonares y cardiacos, que afortunadamente faltan.

La parálisis bilateral de los abductores se ha observado también, y más frecuentemente por lesiones de uno ó de los dos nervios laríngeos inferiores. Á su tiempo os demostraré cómo y por qué, cuando se comprime el recurrente, se desarrolla de preferencia la parálisis en los abductores solamente, á lo ménos al principio. Dejando las lesiones centrales (afecciones de la médula) que no podemos invocar aquí, me apresuro á deciros que la compresión de un solo recurrente puede producir parálisis bilateral, que según Johnson y Bäumlér se explicaría perfectamente admitiendo que las fibras aferentes de los nervios transmiten el estímulo hasta el gánglio del accesorio, que es el que suministra al neumogástrico una gran parte de sus fibras. Lockart Clark, por otra parte, ha señalado el notable entrecruzamiento de los núcleos del accesorio (véase Mackenzie), y Johnson mismo, opina que esta disposición explica por qué la compresión de uno de los neumogástricos produce parálisis de los músculos del lado opuesto. Lo que significa, en otros términos, que en nuestro caso pudiéramos contentarnos con indagar la causa de una compresión unilateral y explicar la parálisis bilateral por acción refleja. Así;

como la cuerda izquierda es la que está más paralizada, y el recurrente de la izquierda está en tan íntimas relaciones con el cayado de la aorta, es principalmente á los aneurismas de este gran tronco á los que conviene dirigir nuestra atención.

Pero por lo que os he dicho relativamente al exámen físico del corazón y de los gruesos vasos, no se puede sospechar absolutamente ateromásia. La punta del corazón no está desviada; el área es la fisiológica. Si hubiese habido algún ligero trastorno, que hubiese anunciado simplemente dislocación del corazón ó ateromásia, hubiéramos podido exagerar su valor, como he hecho muchas veces, para admitir el aneurisma. Ahora, verdaderamente, no puede haber duda de ninguna clase. Así como el aneurisma, se pueden eliminar otras causas de compresión, especialmente los linfo-adenomas mediastínicos, en vista de que he hecho diligentemente la percusión en las regiones correspondientes á los mediastinos. Añadiendo pues que, si es verdad que la compresión única puede suscitar parálisis bilateral, y ésta se fija preferentemente en los musculos adductores, andando el tiempo también los adductores comienzan á tomar parte, por lo cual la parálisis no es tan completa como en el caso actual.

Así pues, por un diagnóstico diferencial, aunque largo, como hicimos para el diagnóstico anatómico, respecto á la etiología llegamos á negar el origen nervioso, y á afirmar necesariamente el miopático.

¿Cuál es el significado de esta parálisis miogénica, cuáles son sus causas, cuál su pronóstico, cuál su tratamiento?

Ante todo declaro que los casos de este género pertenecen á las excepciones; que no faltan autores que han tratado de ellos, pero son observaciones todavía contadas y recogidas desde 1866 acá, por algunos reputados laríngoscopistas.

Las CAUSAS hasta ahora comprobadas son: el histerismo, la sífilis, el enfriamiento, los traumatismos. Aquí no hay que hablar de las dos primeras. Para la sífilis tendríamos que sostener, como única manifestación engañadora del período neoplásico, la producción de gomas entre los haces

musculares, pues precisamente estas alteraciones se han observado en las autopsias. Igualmente ninguna noticia tenemos de haber sufrido traumatismos. Ni cuerpos extraños enclavados en la entrada del esófago; ni líquidos irritantes ó calientes; ni ácidos minerales accidentalmente ingeridos. No queda otra cosa que invocar más que el enfriamiento, única causa que resalta en la anamnesis. Desde que él tuvo el mal de la garganta, expuesto á las causas refrigerantes por su oficio de terrasantero, comenzó á jadear, y la disnea fué aumentando poco á poco, quizá á medida que crecía el número de las fibras musculares alteradas.

Para darse cuenta del modo como obran los traumatismos y el enfriamiento, hay que tener presentes dos nociones: una anatómica y otra fisiológica. La anatomía demuestra realmente, que de los músculos laríngeos, los crico-aritenoides posteriores son los más superficiales y los más descubiertos. Los crico-tiroideos es verdad que están en un plano anterior, pero cubiertos por la piel; los crico-aritenoides laterales por las láminas del tiroides; los tiro-aritenoides por las cuerdas vocales, de las que son paralelos. En un plano posterior no quedan más que los crico-aritenoides posteriores y el aritenideo, cubiertos solamente por la mucosa. Pero el aritenideo ocupa un plano anterior respecto á los dilatadores, y por esto está menos expuesto á los agentes exteriores, á los traumatismos que se reciben directamente sobre la región posterior del cricoides. Los crico-aritenoides posteriores son dos robustos músculos de forma triangular, que se alojan exactamente en las dos fosas limitadas por la cresta media de la placa cricoidea, de la cual parten para dirigirse directamente arriba y afuera, á la apófisis muscular de los respectivos cartílagos aritenoides. Así ocupan toda la cara posterior del cricoides, y cubiertos por la mucosa laríngea, representan la pared anterior del trayecto más alto del canal alimenticio.

La fisiología, por su parte, nos enseña que estos músculos, por la necesidad de abrir continuamente el paso del aire, funcionan muchísimo. Ahora, supuesto que por trauma-

fismo ó enfriamiento haya congestión de los abductores; esta última, por el ejercicio continuo del músculo, se convertirá en un estímulo perenne, que puede llevar á alteraciones patológicas serias, esto es, á la atrofia y á la degeneración. Estas juiciosas observaciones que hace Mackenzie en su libro clásico de Patología, hallan una confirmación en el estado anatómico, que demuestra justamente predominio de tejido conjuntivo intersticial, esparcido entre las fibras musculares, que pálidas y escasas, apenas bastan á la función á que estaba destinado el músculo, sin repetir que alguna vez están degeneradas ó sustituidas por neoplasias gomosas, cuando el motor es la sífilis.

Todo esto lo encontramos perfectamente indicado en nuestro enfermo; después del catarro gutural, algunas fibras de los crico-aritenoideos posteriores comienzan á desempeñar débilmente su oficio, y después poco á poco se van debilitando siempre más, y quizá atrofiando, de aquí la grave laringostenosis que amenaza la vida. La voz está íntegra, porque el isocronismo en la vibración de las cuerdas no está alterado, como sucede en la parálisis unilateral, y los adductores funcionan perfectamente, lo que conocemos no sólo por la voz, sino por la inspección local, que demuestra que tan activamente intervienen á mantener, con su contracción, obstinadamente, en la línea media las cuerdas vocales.

Nosotros, pues, podemos formular con una seguridad satisfactoria el diagnóstico etiológico, y sostener la parálisis de carácter miopático.

PRONÓSTICO.—Es reservadísimo; no sólo por los peligros que la enfermedad lleva consigo; no sólo porque una leve influencia catarral, hinchando la mucosa que reviste las cuerdas vocales, podrá inducir letal asfixia, sino también porque el curso de la enfermedad está avanzado (señal de verosímiles y profundas alteraciones musculares), y el tratamiento sintomático posible, la traqueotomía, siempre lleva consigo peligros.

TRATAMIENTO.—La indicación más racional sería la estimulante local, única capaz de volver á los músculos su con-

tractilidad. Apenas necesito haceros reflexionar que los mismos remedios más indicados (aplicación directa de la electricidad—inyecciones hipodérmicas de estricnina) pudieran, provocando un espasmo de los músculos sanos, agravar el estado del paciente.—Si lo hubiésemos visto antes en mejores condiciones, hubiéramos podido experimentar esta medicación. Hoy nó, hoy conviene pensar en los graves fenómenos que le asaltan de noche, y en la certeza de no poder disipar de otra manera esta laringostenosis. Estos dos criterios, el uno sintomatológico, el otro patogénico, nos llevan rectamente á indicar la traqueotomía, la cual en este momento podría hacerse pausadamente y con una hemostasia completa.

Diré esto á la familia del paciente en términos muy inteligibles, y me duele mucho no mostraros con los hechos, si estamos en lo verdadero, relativamente al diagnóstico y tratamiento (*).

(*) El enfermo, algunos meses después, pasando dias angustiosos, entró en la Clínica Quirúrgica de Jesús María, en donde fué operado de traqueotomía por el profesor Gallozzi, en presencia de los jóvenes estudiantes, el 6 de Abril de 1883, con brillante éxito. Al presente ha vuelto á nuestro cuidado, y le tratamos con las inyecciones hipodérmicas de nitrato de estricnina, y con las aplicaciones directas de la electricidad.

LECCION VIGESIMA OCTAVA.

Laringostenosis producida por papilomas laringeos.

Resumen.—Historia del caso.—Se demuestra la importancia del examen laringoscópico sobre los síntomas funcionales.—Una ojeada sobre los tumores laringeos en general.—Diagnóstico de su naturaleza.—Frecuencia de los papilomas.—Curso.—Metamorfosis.—Disposición local.—Causas.—Interpretación de los síntomas.—Pronóstico.—Tratamiento.

SEÑORES:

El caso que hoy forma el objeto de la discusión clínica me parece muy apropiado para demostraros la importancia que el examen laringoscópico tiene en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico de ciertas afecciones laríngeas. Oid un momento su historia, recogida con toda diligencia por nuestro doctor Cicconardi.

La enferma que nos ha sido enviada por el estimadísimo profesor Cardarelli es una pobre mujer de Oratino (provincia de Campobasso), llamada Cristina Juliani. Tiene 40 años, está casada, pero sin hijos, de temperamento linfático. La narración de su enfermedad es breve y poco concluyente. Hace diez y seis meses, gozando de buena salud, comenzó á notar la voz algo ronca. Tomó algunas medicinas, pero la ronquera no mejoró, antes se hizo cada vez mayor, tanto que hoy está completamente afónica. De cuatro meses acá está disnéica, especialmente cuando se ve obligada á caminar, ó á subir escaleras, ó durante la noche.

Se ha sometido á muchos tratamientos, pero todos han sido inútiles. Entre otros, reputada sifilítica en el hospital de Campobasso, se le administraron los iodo-mercuriales, pero también sin resultado alguno.

En su vida no ha padecido más que de viruela en la niñez y de nefritis á los 35 años. De sífilis (conviene insistir en ello) no ha tenido ni contagio, ni manifestaciones de ninguna clase. No ha habido tampoco afecciones laríngeas dignas de notarse. Nada de herencia. Dice sólo que ha estado muy expuesta á las causas reumatizantes.

EXÁMEN OBJETIVO.—Nada en la faringe. El exámen de la laringe da resultados preciosos. Sobre la cuerda vocal izquierda se descubre fácilmente un grueso neoplasma, que se extiende por casi toda la longitud de la cuerda, y apenas deja ver el cuarto anterior y la inserción posterior. Es elevado, de modo que alcanza la falsa cuerda vocal homónima. Tiene un color rojo pálido, con superficie desigual, lobulada. En la inspiración y en la espiración se le ve moverse: en la fonación cubre enteramente la glótis, pues alcanza á la cuerda derecha. En la inspiración apenas desciende al espacio infra-glótico. Sobre la cuerda de la derecha se observan vegetaciones múltiples del color de las precedentes, que comienzan por la parte media de la misma cuerda, pero no llegan á la inserción anterior, dejando también libre la posterior. Son en general menos elevadas, menos compactas y sobresalen en la línea media, ocultando la cuerda, la que en lo demás desaparece bajo la vegetación de la izquierda, pero está blanca como su homónima.

La enferma no siente dolor alguno, deglute bien, y se diría que no tiene tos; tan escasa y seca es. Pero cuando se reúne un poco de secreción (que es blanca y filamentosas) sobrevienen graves accesos disnéicos, durante los cuales cree que va á ahogarse.

Nada hay en los pulmones ni en el corazón. Auscultando sólo se nota la inspiración tan laboriosa como la espiración; ambas ásperas y débiles. El murmullo vesicular en todas partes debilitado.

Piel, linfáticos, sistema nervioso y digestivo en buenas condiciones.

Señores, si quisiésemos, prescindiendo del exámen laringoscópico, hacer el diagnóstico, nos expondríamos á cometer grandes errores. Analizad, estudiad los SÍNTOMAS que la enferma presenta, y no podreis llegar verdaderamente á conclusiones precisas; y sin presentaros la larga série de los procesos morbosos que pueden confundir la verdadera lesión local, os recordaré que la parálisis unilateral de una cuerda (con correspondiente parálisis de los crico-aritenoideos posteriores); ciertas úlceras insidiosas de carácter sífilítico; una laringitis crónica é intensa, pudieran desarrollar una escena muy análoga, en la cual, como habeis oido, se acentúan dos síntomas: la afonía y la disnea. Por la anamnesis, por la historia actual, obteneis una noción útil, esto es, que en la laringe está el asiento del mal; pero sofisticad cuanto querais sobre los fenómenos, siempre quedareis en la duda, como en la duda han quedado médicos expertos que nos han precedido en la observación. Por lo tanto, sin fatigaros con un diagnóstico diferencial entre todos los procesos que presentan idénticos fenómenos, claramente se ve que sin el laringoscópio no hubiéramos podido sospechar que en este caso se trata de un tumor.

Los TUMORES DE LA LARINGE se conocen en la práctica con el nombre de *pólipos*, porque las más de las veces son pediculados, ó envían ramificaciones á las partes circundantes. Pero los autores que siguen conservando la palabra *pólipos* como sinónima de *tumores*, cuando llegan á los neoplasmas de evolución rápida, forman con ellos una clase aparte. Por lo tanto, creo que sería justo volver sobre esta nomenclatura, y hacer de los llamados pólipos laríngeos una sola categoría que podeis denominar mejor tumores ó neoplasias, tanto más, cuanto que son, por sus caractéres anatómicos, perfectamente marcados, dignos del honor de una útil separación.

Os haré una rápida reseña histórica de los neoplasmas laríngeos, para poner mejor en evidencia la importancia que á estas graves manifestaciones ha dado el laringoscópio. Y, como para la tuberculosis, para los neoplasmas laríngeos

podemos distinguir tres grandes períodos: uno que desde los tiempos más remotos llega hasta la mitad del siglo pasado, en el cual nada se habla de los neoplasmas laríngeos; otro que desde 1750 va hasta 1854, época de la invención del laringoscópio, y en el cual vemos que hombres competentes recogen observaciones y las denuncian al público médico. Cito á Koederik que fué el primero que habló de ellos, cito á Liuteaud, cito á Ehrmann, que publicó una monografía bastante completa, y despues á Rokitsansky y algunos otros posteriormente, entre ellos al italiano Regnoli, que habló de un pólipo laríngeo extirpado. Pero si analizais detenidamente estas observaciones, vereis que ellas ó se refieren á autopsias hechas, ó á operaciones extra-laríngeas, después de observaciones seguidas en condiciones escepcionales, esto es, cuando los neoplasmas habian alcanzado un volúmen tal, que se podia ó verlos por la boca, ó palparlos fácilmente con el dedo. El dedo, efectivamente, durante cierto tiempo sustituyó al laringoscópio, como sustituyó á otros medios endoscópicos, no sabré decir con qué fortuna. Pero una victoria de las más completas estaba reservada para el último período, para el que corre desde 1854 hasta nuestros días; pues las observaciones de Czermak, que fué el primero que vió un tumor laríngeo, se multiplicaron poco á poco; y hoy que en América y en Europa hay varios y doctos laringoscopistas, las estadísticas se multiplican todos los días. Recuerdo la de Mackenzie, la de Fauvel de Paris, la de Elsberg de Nueva York; la de Schrötter y la de Störk de Viena, la de Labus y la mia en Italia, pues me place deciros que después de doce años de práctica cuento 155 observaciones de tumores laríngeos, de las que la última es justamense ésta que vosotros haceis conmigo.

He dicho que es poco exacto seguir hablando de pólipos laríngeos, y que se debe hacer una sección aparte de los tumores de evolución rápida, de los encondromas y de los osteomas, reuniéndolos todos en una sola categoria, que con buen derecho se podria llamar de las neoplasias laríngeas. Bajo este título figuran tumores variadísimos; se han

visto papilomas, fibromas, adenomas, quistes, angiomas, lipomas, tumores amiloideos, encondromas, osteomas, sarcomas, encefaloides, epiteliomas. En suma, á medida que se adelantaba en las observaciones, crecía el número de las neoplasias, que tienen especial estructura histológica.

Los papilomas se subdividieron en sesiles y pediculados, difusos ó circunscritos; se distinguieron los de aspecto aframbuesado de los pedunculados y pálidos; los fibromas se dividieron en blandos y duros; yo presenté algún caso de fibroma quístico y de fibroma molusco. Finalmente, la observación cotidiana ha completado la lista de los tumores laríngeos, que, por lo mismo, no deben andar confundidos bajo la denominación poco satisfactoria de *vegetaciones poliposas*. Éstas las vemos acompañando á las úlceras, como os dije á propósito de la tuberculosis, y os repetiré cuando hable de la sífilis; pero somos los primeros en rechazar las vegetaciones conjuntivas de ancha base; y podemos afirmar que los neoplasmas laríngeos, ya por la larga série de observaciones histológicas, ya por los caracteres definidos que tienen, representan un capítulo aparte, quizás uno de los más interesantes de la patología.

Sabemos que en esta mujer hay un tumor laríngeo, que es bilateral; mas como hay una larga secuela de neoplasias, se necesita completar nuestro juicio diagnóstico viendo su ÍNDOLE. Si quisiera hacer el diagnóstico diferencial de todos los tumores enumerados, cansaría vuestra paciencia y me alargaría mucho; á medida que se presenten las observaciones tendreis ocasion de encontrar aquellos caracteres microscópicos que aproximadamente confirman nuestro juicio; vereis que los sarcomas y los epiteliomas son generalmente infiltrados y difusos; los fibromas redondos, ovoideos, pequeños; los quistes más grandes y de superficie más brillante; los angiomas de color vivísimo, etc.

Fijémonos en los caracteres objetivos que hemos encontrado en esta enferma, caracteres que son suficientes para afirmar que se trata del papiloma bilateral, más bien pediculado, aunque de ancha base, y que parte de dos puntos diver-

sos, pero homónimos, esto es, de la mitad de las cuerdas vocales. Habeis oído efectivamente que á la izquierda veíamos una gruesa vegetación, irregular, de superficie lobulada, que se eleva en la cavidad laríngea, y al intentar la fonación oculta la cuerda vocal opuesta. Sobre la cuerda vocal de la derecha hay otras vegetaciones más limitadas, menos elevadas. Si observamos bien, podemos asegurarnos de que la cuerda vocal derecha no es visible en su tercio anterior, porque la ocultan las vegetaciones del lado opuesto. Debajo, las cuerdas vocales están sanas, y conservan su color blanco perlado. Es un tumor que tiene el aspecto de una coliflor, de color rojo-pálido, lobulado en la superficie, que, aunque circunscrito á las cuerdas vocales, tiene una gran extensión, y crece muy rápidamente. Además, si es verdad que la enferma está ronca hace diez y seis meses, sólo hace cuatro que padece de disnea.

El tumor no presenta solución de continuidad, no se acompaña de graves fenómenos colaterales, ni de sensaciones subjetivas; todo nos hace pensar que se trata de un papiloma, esto es, de una neoplasia, que después de las recientes investigaciones de Coyne, no se puede llamar heteropática, sino dependiente de la hiperplasia de las papilas normales. Estas, negadas por Henle, Luschka y Reiner, actualmente han sido demostradas en la superficie superior de las cuerdas vocales, en el borde libre y en la superficie inferior, en donde existe un grupo de quince á veinte. Ignoramos si son vasculares ó nerviosas; sabemos que otras pueden ser de nueva formación, pero cuando las que normalmente existen se hipertrofian, las capas epiteliales se multiplican de modo que las cubren abundantemente. Y cuando practicais el exámen microscópico, es hasta difícil hallar la papila en medio de las capas epiteliales, que no conservan ya el carácter del epitelio vibrátil, sino el del pavimentoso. Virchow ha querido clasificar los papilomas entre los fibromas porque en medio de la hipertrofia de las papilas se encuentra tejido conjuntivo que se continúa con el adyacente, con lagunas llenas de materia coloide. Pero ya se sostenga con él que los papilomas son fibromas, ya se los coloque en capítulo aparte, importa saber que en la laringe cons-

tituyen neoplasmas bien definidos, bien caracterizados y los más frecuentes entre las neoplasias laríngeas. Estudiando todas las estadísticas se revela una FRECUENCIA del 60 por 100; quiero decir que los papilomas laríngeos representan, relativamente á los otros tumores que se desarrollan en la laringe, más de la mitad, mientras todos los tumores laríngeos, sumados juntos, representan el 6 ó el 7 por 100, relativamente á los pacientes de otras enfermedades. Esta proporción justamente se ha conservado en nuestro dispensario; en el año pasado de 162 enfermos hemos tenido siete ú ocho casos de neoplasmas laríngeos. Quizá, prescindiendo de los que quedaron en tratamiento, la proporción este año parezca menor, pues de más de 100 enfermos ya registrados en nuestra relación estadística, este es el primer caso de tumor laríngeo, razón por la cual no he tardado en presentároslo.

He dicho que sin el exámen laringoscópico no hubiéramos podido precisar una neoplasia de índole papilar; pero hay otras observaciones clínicas relativamente á la sintomatología y al CURSO. Ante todo es justo preguntarnos si esta neoplasia abandonada á sí misma permanecerá inocente; si producirá solamente trastornos funcionales en la respiración, ó podrá degenerar. Que esta neoplasia abandonada á sí misma no puede permanecer estacionaria nos lo dice el curso de la enfermedad; no habiendo producido mejoría el tiempo, ni la medicación interna, la mujer decidió venir á Nápoles. La noción del modo como se originan y se desarrollan los papilomas laríngeos nos hace pronosticar la tendencia á una letal laringostenosis. Esto, independientemente de las condiciones en que vive la enferma; pues, si cuando habla ó se mueve es fácil advertir signos clásicos de un estrechamiento laríngeo, también en el caso que habeis podido observar antes, y comprobar un tumor bastante menos voluminoso, habeis tenido criterios suficientes, por la índole del tumor, para decir que él habia crecido.

La segunda cuestión de la posible METAMÓRFOSIS de ciertos tumores benignos en malignos, merece toda nuestra atención. En verdad hoy está perfectamente aceptado en la

ciencia que las producciones papilares pueden volverse epiteliales; por esto independientemente del obstáculo material en la glótis, estamos obligados á intervenir activamente para sustraer al organismo de una posible infección; tanto más cuanto que, pasada cierta edad, importa conservar dudas sobre la índole del neoplasma. Las producciones epiteliales permanecen á veces en la laringe durante largo tiempo estacionarias y silenciosas; no hay ulceración, no hay demacración, no hay infarto de los gánglios linfáticos. Os repetiré muchas veces que graves procesos endo-laríngeos difícilmente se reconocen por el exámen general, especialmente por el infarto de los linfáticos, y la explicación de este hecho es anatómica; porque mientras la faringe tiene amplias comunicaciones con los linfáticos del cuello, la laringe las tiene escasísimas. Efectivamente, dos solas glándulas á los lados del tiroides representan la desembocadura de la rica red linfática que existe en la laringe. Si vosotros quereis por los caractéres generales y por el infarto glandular inducir la índole del tumor, debeis renunciar á vuestro diagnóstico. Pero el aspecto, la falta de ulceración y la limitación de la neoplásia, nos permiten con fundamento alejar la sospecha de una posible degeneración epitelial.

Os he dicho que los papilomas de la laringe se habian dividido según el modo como se implantan y el aspecto que revisten. Vuelvo sobre este argumento para fijar vuestra atención sobre dos puntos de grande importancia. Sabed, señores, que no soy muy amigo de aquellas distinciones de forma que multiplican la materia, pero que poco ó nada útil suministran á la ciencia. Acatando este principio, será mejor distinguir los papilomas en sesiles y pediculados; y, además de esto, distinguir los que aparecen en ciertos períodos de la vida de los que se desenvuelven en un período diferente.

En el dispensario habreis visto varios jóvenes, en los cuales hemos diagnosticado papilomas, que, además de implantarse en las cuerdas vocales, invadian toda la cavidad; de las cuerdas vocales y de la mucosa interarritenoidea partian emi-nencias de carácter papilar.

Son estas neoplásias á las que debereis atribuir una especie de predisposición del organismo, ó mejor, una DISPOSICIÓN LOCAL que se perpetúa y se anuncia con la recidiva. Algunos de vosotros recordarán que, mientras nosotros practicábamos la extirpación en los citados enfermos, nuevos papilomas se formaban.

La cuestión de la recidiva merecería un estudio más preciso, porque nos inclinamos á sostener con el profesor Cerve-sato que el nuevo desarrollo de estos tumores se debe á que las papilas vecinas á las hipertrofiadas se preparan á un trabajo de nutrición exajerada. Independientemente de esto, debemos sostener que, si en la adolescencia y en la niñez los tumores papilares tienden á generalizarse, en la edad adulta toman un carácter más local; y podeis tener la certeza de que el tratamiento quirúrgico será más eficaz y más pronto.

Conviene saber las CAUSAS de los papilomas como de los tumores laríngeos en general. Os crearia ilusiones si quisiera repetiros que todas las causas capaces de producir un catarro laríngeo son las que encontrareis siempre. Es verdad que esta mujer nos ha dicho que ha estado sujeta á causas reumáticas; pero ¿dónde está la escena fenomenológica que depone en favor de repetidos catarros laríngeos? Quiero deciros con esto, que, si yo no puedo negar que los esfuerzos de la voz, los estímulos mecánicos, el respirar una atmósfera empolvada, el enfriarse, y á veces la sífilis ó enfermedades infectivas, como la viruela, la escarlatina, etc., pueden preparar el terreno á los neoplasmas, afirmo que en otras circunstancias el tumor se desenvuelve por una funcionalidad alterada de los tejidos, que nuestra vista no percibe, y que debemos reconocer en la disposición á enfermar que tiene el mismo tejido.

Seré breve en la INTERPRETACIÓN DE LOS SÍNTOMAS, y lo hago para demostraros que, si quisiéramos partir de un orden inverso, caeríamos en gravísimos errores. Ahora que sabemos cómo se desenvuelve esta neoplásia, ahora que sabemos su volumen, podemos darnos cuenta de los fenómenos.

Afonia.—Las cuerdas vocales están íntegras; pero aquellas gruesas elevaciones, al intentar la fonación, impiden que

se junten. Suponed que el tumor, siendo el mismo su volúmen, permitiese la unión de las cuerdas vocales en la línea media, pudiera haber disfonía, y no ya completa pérdida de la voz, Este hecho, mientras nos da cuenta del fenómeno, nos asegura que una vez desembarazada la laringe de la neoplásia. podrá haber completa recuperación de la voz, precisamente porque las cuerdas están sanas.

Dificultad de respirar.—Os he hecho notar que la respiración es difícil en la inspiración y en la espiración. Se trata de un obstáculo material que no puede experimentar grandes modificaciones en las dos fases. Verdad es que en la inspiración la neoplásia de la izquierda, bastante móvil, tiende á introducirse en la abertura glótica; pero el volúmen del tumor es tan considerable, que no nos permite notar la diferencia, que podríamos más fácilmente comprobar si el tumor, más móvil, pudiese obedecer á la columna de aire descendente, como sucede en otras neoplásias y en el edema de los ligamentos ari-epiglóticos, en que se ha consagrado el carácter predominante de la disnea inspiratoria.

Comprendeis por qué no hay *disfagia*; aquí el vestíbulo laríngeo está sano, aquí ningún obstáculo impide su oclusión. Pero si el tumor estuviese en la epiglotis ó sobre los aritenoides, de modo que cerrado imperfectamente el orificio superior, pudiera deslizarse en la cavidad laríngea alguna partícula alimenticia ó alguna gota de líquido, pudiera haber *disfagia*.

Es fácil entender que no hay dolores; pero hay un fenómeno, *la tos*, en el cual debo fijarme.

La tos en esta muger es rara; y si recordais lo que os dije de las graves ulceraciones laríngeas que, destruyendo las terminaciones de los nervios sensitivos, moderan la tos insistente, podeis aplicar exactamente esta noción al caso de que se trata. La compresión que el tumor ejerce sobre la mucosa ha concluido por embotar la sensibilidad, y la mujer tose poco ó nada; sólo que la tos se manifiesta cuando, acumulándose secreción, tiene que arrojarla, y entónces, este movimiento provoca otro de contracción de la glótis, y por esto dice que se sofoca.

Supuesta la posibilidad de extirpar totalmente el tumor, podemos hacer un PRONÓSTICO muy bueno, y la mujer ciertamente curará de su disnea y de su afonía. Me felicito al decirlos que dentro de poco tiempo os la volveré á presentar con la voz y con la respiración normales; este anuncio creo que baste para aumentar la fé y el afecto que mostrais por esta rama de nuestra ciencia. La experiencia nos demuestra, efectivamente, que el TRATAMIENTO puede hacerse verdaderamente *tuto et jucunde*, y la extirpación de los pólipos laríngeos, en ciertos casos afortunados, está libre de todo peligro. Si nosotros, para el otro enfermo de parálisis miogénica, debimos renunciar á completar el tratamiento, porque no podíamos practicar la traqueotomía, no teniendo á nuestra disposición salas clínicas, con satisfacción podemos hacerlo todo en nuestro dispensario en favor de esta mujer.

Pero ¿cuál será el tratamiento que emplearemos? La extirpación por las vías naturales. En general os diré que el tratamiento de los neoplasmas laríngeos puede ser *paliativo* y *radical*. El paliativo está representado por un solo elemento, la traqueotomía. Cuando el enfermo se ahoga, cuando no se puede extirpar el tumor por las vías naturales, se practica la traqueotomía, y se libra el enfermo del peligro de la sofocación. Notad que el tratamiento paliativo puede estar indicado además, ó por la índole del tumor, que no admite compensación radical, ó porque, pudiendo intervenir, temeis provocar un espasmo letal. Si esta mujer hubiese retardado su venida á Nápoles, nosotros, aún estando persuadidos de poder completar la operación por las vías naturales, y de tener que tratar un tumor benigno, hubiéramos quizá debido protegerla contra los peligros posibles, abriendo un paso al aire.

En cambio, por ahora el tumor todavía permite este tratamiento: la extirpación no ocasionará grave hemorragia, y estamos persuadidos de que á medida que adelantemos en la extracción de los pedacitos, la enferma se prestará cada vez mejor. El tratamiento *radical* se puede hacer de varios modos, esto es, por las vías naturales y por vías artificiales. Estas pueden ser: la *traqueotomía*, cuando la neoplasia resi-

de debajo de las cuerdas vocales; la *tirotomia*, cuando no es posible extraer por las vías naturales tumores situados sobre las cuerdas vocales; y puede hacerse la *laringotomia supra-hioidea*, cuando esteis ciertos de que el caer en el espacio vestibular servirá para lograr vuestro intento. Prescindiendo de los inconvenientes de estas operaciones extralaringeas, especialmente de la pérdida de la voz que es constante ó casi constante, despues de la laringotomia, comprendéis que al laringoscópio esperan las más grandes victorias en la extirpación de la mayor parte de las neoplasias por las vias naturales. Cuando queremos proceder por las vias naturales, como ahora podemos hacerlo, procuramos ó destruir el tumor *in situ* ó arrancarlo. Podremos destruirlo con los cáusticos, con la electro-térmica, con los ácidos; pero son procedimientos largos y que requieren paciencia, y, para aplicarlos á nuestro caso, no son compatibles con la laringostenosis adelantada. Se puede extirpar el tumor por las vias naturales como haremos nosotros, y esto es posible, ó con incisiones que se reservan de preferencia para los quistes, ó con la escisión y el frotamiento, según el proceder de Voltolini.

El procedimiento que preferimos en esta mujer es la extirpación por medio de pinzas. Nos servimos de ésta de Schrötter, que os presento, y que por su pequeño volúmen, por la posibilidad de dar á las ramas todas las direcciones nos podrá ser muy útil. No faltará ocasión de presentaros todos los otros instrumentos para las operaciones de los tumores laríngeos, y de establecer detenidamente las indicaciones de los varios procedimientos, lo que, dado el caso especial, será para vosotros más provechoso, para mí menos fatigoso.

LECCION VIGESIMA NONA.

Sífilis laringea.

Resúmen.—El diagnóstico pudiera hacerse con la anamnesis sola.—Pero la seguridad y la noción de algunos detalles, los da el laringoscópio.—Causa de la laringostenosis.—¿Es de naturaleza sífilítica?—Diagnóstico diferencial de otros procesos.—Explicación de los síntomas: difícil deglución de los líquidos, afonía, disnea.—Pronóstico.—¿Cuál es la frecuencia de la sífilis laríngea?—Las lesiones del período neoplásico son más frecuentes que las del período inflamatorio.—Formas que la sífilis puede afectar.—Exitos varios.—Terapéutica.—El tratamiento interno apropiado no podría dar grandes ventajas.

SEÑORES:

Os presento hoy un caso interesantísimo, que casi todos vosotros conoceis afortunadamente; digo afortunadamente, porque las consideraciones prácticas que podré hacer serán mejor entendidas, teniendo vosotros una noción exacta de las lesiones anatómicas desenvueltas en la laringe de nuestro enfermo. Mi principal mira será mostraros cuán importante es la exploración laringoscópica, y cuánto interesa al tratamiento de una enfermedad, por bien conocida que sea su etiología, el concepto preciso de las lesiones materiales.

La HISTORIA CLÍNICA de nuestro enfermo está llena de preciosas enseñanzas, y ha sido diligentemente recogida por nuestro amigo el Dr. Cicconardi, que nos hará el favor de leerla:

«Los sufrimientos de este enfermo datan de tres años. Se manifestaron con sensación de ardor á la deglución, especial-

mente cuando ingeria alcohólicos ó sustancias estípticas. Consultó á un médico, y supo que estaba afecto de úlceras en la pared posterior de la faringe, y éste le curó con el lápiz de nitrato de plata. Estuvo bien durante tres meses, y después tuvo que volver á ver al médico que lo habia curado ya por un goma exulcerado, que tambien curó con el licor de Van-Swieten. Nueva recaída ocho meses después, pero esta vez, al acostumbrado ardor se añadió disfagia más intensa, modificación de la voz, que se hizo nasal, y salida de los líquidos ingeridos por las vias nasales. Consultó al profesor Massei, y éste encontró una infiltración gomosa del velo con perforación del paladar duro. Se le sometió al tratamiento apropiado, y curó perfectamente; pues á nuestras repetidas preguntas contestaba que no le habia quedado alteración alguna. Después de siete meses tuvo la cuarta recaída, pero la sensación dolorosa estaba algo más baja que ántes. Aconsejado por otros médicos,—no habiendo podido, por causas independientes de su voluntad, consultar al profesor Massei—tomó algunas medicinas: el agua aluminosa de Falloppio, una solución fenicada, etc., etc., pero sin ventajas, especialmente del sufrimiento de la garganta; ántes éste creció en los dos últimos meses, y se ha desarrollado además disnea intensa, que aumenta con los movimientos, y una disfonía evidente. A propósito de la disnea, el enfermo dice que era tal, que le obligó á introducir un tubo por las vias laríngeas, á fin de procurarse algún alivio.

Ahora se halla en estas condiciones: está afónico, no sufre al deglutir, sólo al beber el agua y algún otro liquido se excita la tos, que le obliga á expelerlo.

Exámen de las partes: La cuerda vocal derecha está roja y tumefacta. La mucosa interaritenoides ulcerada. La úlcera es poco profunda y segrega poco. La mucosa está edematosa y pálida. A la izquierda del ventrículo de Morgagni se ve salir una protuberancia, gruesa como una aceituna, de forma triangular, con el vértice vuelto á la cuerda derecha y de base ancha, de color rojo vivo, semejante á una fresa, dura al sondage. Es muy móvil: durante la inspiración es llevada hácia abajo, rechazada hácia arriba en la espiración: oscila como una

válvula. Es la misma que ocluye el espacio glótico, que está casi del todo oculto; alcanza á la cuerda derecha durante la fonación; deja apenas ver durante la inspiración, en la porción inter-cartilaginosa, un pequeño espacio al través del cual respira. Hay edema del ligamento ari-epiglótico y del tiro-aritenoi-deo superior correspondiente. La epiglótis parcialmente interesada por antiguas úlceras, permite ver bien toda la cavidad. En la cara interna se ven pequeñas elevaciones debidas á granulaciones. Ningun hecho patológico en otros órganos ó funciones.

Nuestro enfermo es cochero. Tiene 32 años. Cinco años hace se contagió de úlcera serpiginosa (es á ésta á la que se refiere el diagnóstico) á la que 2 ó 3 meses después siguieron dolores osteoscopos y síntomas clásicos de una sífilis confirmada. Nada de herencia.

Se emprendió un tratamiento oportuno. Primero pinceladas de iodoformo, por las que la úlcera mejoró. Después se practicó una primera sesión galvano-cáustica. Mejora mucho, la neoplasia se reduce, el enfermo respira mejor.»

Fijándonos, pues, en la anamnesis, el DIAGNOSTICO de la afección laríngea se podría hacer con cierta seguridad. Efectivamente, el enfermo nos ha contado con claridad, y yo he sido testigo de algunos de los hechos que refiere, desenvueltos bajo mi vista, que padeció una ulceración en el istmo de las fauces; que si no lo hubiese dicho, nosotros hubiéramos podido adivinarlo en aquella cicatriz radiada que vemos en la parte posterior de la faringe y en la pérdida de sustancia del velo del paladar. Ya habreis notado que la sintomatología que acompañaba á estas alteraciones era esencialmente distinta de la que nos ocupa en la actualidad. Entónces predominaban fenómenos de difícil deglución; hoy están comprometidas la voz y la respiración. Deberíamos por lo tanto, lógicamente, sofisticar mucho para sostener que la afección laríngea era de carácter diferente de la que se habia desenvuelto en el istmo de las fauces. Pero vosotros también debeis concederme que si fuese una sofistería alejarse de una posible lesión sifilítica de la laringe, no sería improbable que un individuo en quien la

sífilis es evidente, tuviese en la laringe una afección de otra naturaleza, suponed un tumor, una laringitis traumática, una parálisis. Quiero decir que si en el orden patológico tendemos siempre á establecer una correlación desde el punto de vista etiológico relativamente á manifestaciones múltiples, realmente no podemos negar que un individuo que se halla bajo la influencia de una discrasia, pueda tener manifestaciones de carácter diferente. La exploración directa confirma el concepto que habíamos adquirido sobre la causa posible de la enfermedad, y nos precisa las lesiones anatómicas; y sobre esto llamo principalmente vuestra atención.

Quiero concederos que la laringitis haya sido declarada por vosotros de carácter sífilítico, y como nos hallamos en el período neoplásico, que vosotros hasta habeis podido, con ingenio y estudio, creer en una infiltración gomosa desenvuelta en la laringe; ¿pero este infiltrado está ulcerado ó nó? ¿Pero se trata verdaderamente de una infiltración gomosa, ó de una rigidez de los tejidos y de las articulaciones, posterior á este hecho? ¿Pero no se trata más bien de una retracción cicatricial, de una estenosis por cicatriz? Vosotros adivinais cuán importante será saber todo esto para tener una guía cierta en el tratamiento, de otra manera no podremos hacer más que estar dispuestos para la traqueotomía y practicarla como un medio sintomático extremo, capaz de salvar la vida del enfermo, si corre peligro. En cambio, hemos llegado matemáticamente á conocer cómo se han desenvuelto los hechos. Y notad que, miéntras no podemos negar que la sífilis en este individuo todavía ejerce influencia, debemos admitir que las condiciones esenciales de la estenosis principalmente se repiten por un hecho accidental, y nó por la sífilis misma. Por lo tanto, todos los remedios dirigidos á combatir la infección, se hubieran estrellado contra la inexorabilidad del hecho local. Explicaré mejor mi concepto.

Hemos podido ver claramente que en la región inter-aritenoidea habia una úlcera, y ésta poco profunda, con bordes poco elevados, con edema colateral poco extenso. Hemos visto que á lo largo del ligamento ari-epiglótico del

lado izquierdo habia una infiltración edematosa; nos hemos asegurado de que la cuerda vocal derecha está sana, aunque tumefacta, y la epiglotis, quizá cuando se manifestaron alteraciones sobre el istmo de las fauces, debió estar parcialmente atacada, porque en su cara laringea hemos notado otras dos pequeñas vegetaciones, y hemos podido practicar un examen completísimo, precisamente porque este opérculo no sólo estaba elevado sobre el vestíbulo, sino porque no era movable. Os ruego que os fijeis un momento en esta condición, que servirá para explicaros algunos fenómenos. Hemos podido ver así claramente que el hecho más esencial en el estrechamiento de la luz de la laringe está representado por una neoplasia, que partiendo del ventrículo de Morgagni avanza hacia la línea media, hasta alcanzar la cuerda opuesta: una vegetación de ancha base, que oscila como válvula, y vosotros habeis podido notar como, durante la inspiración, era atraída hacia el espacio glótico, y rechazada hacia arriba durante la espiración.

Si, pues, la úlcera admite pocas dudas respecto á su naturaleza (os indicaré al vuelo que en él, en este enfermo, no hay lesiones torácicas; que el carácter de la úlcera excluye la idea de la tuberculosis laríngea); si podemos precisar la índole verdadera de la úlcera, tenemos el deber de fijarnos en esta vegetación, que es causa de la laringostenosis, esto es, tenemos la obligación de preguntarnos si se debe considerar como una producción gomosa, ó como un tejido granuloso, un tejido cicatricial, ó como una neoplasia aparte, independiente, un pólipo, como decimos en el lenguaje común. Es fácil descartar la idea de un goma, porque la misma forma de la neoplasia nos deja ver que se trata de una simple vegetación que no tiene una forma perfectamente determinada. El año pasado estudiamos un caso notable de goma, que partía del ventrículo izquierdo de Morgagni; pero era una neoplasia regular, ovoidea, que llenaba toda la cavidad ventricular, y por una parte se apoyaba en la cuerda vocal verdadera subyacente, y por la otra alcanzaba á la cuerda falsa de encima. Pero la neoplasia estaba inmóvil, y el espacio glótico perma-

necia igualmente estrechado durante las dos diversas fases de la respiración. No podemos considerar esta neoplasia independiente de la sífilis, pues la ancha base, el aspecto, la forma, el modo de implantación y la presencia simultánea de la úlcera, nos advierten que una relación debe existir entre este tegido de nueva formación y la pérdida de sustancia; por lo cual necesariamente hay que ligar la producción de este tejido nuevo á la precedente ulceración, y considerarlo como un vigoroso tejido de vegetación, que, mientras el proceso marchaba á la curación, se acentuaba siempre más, permaneciendo como tejido autónomo, como una producción exuberante de verdadero tegido conectivo.

Tenía, pues, razón al decirnos que esta escrescencia en la laringe, aunque dependia de una ulceración de carácter sifilítico, no habia recibido de ésta más que el pretesto, el impulso para formarse, y no podia sufrir los efectos de un tratamiento general, pues habia dejado de ser una producción sifilítica. En otros términos, si este individuo no hubiese tenido la localización laríngea de la sífilis, tampoco hubiera sufrido esta producción; pero ella no nos daría al microscópio indicio alguno, para poder colocarla con justo título en el capítulo de las lesiones sifilíticas.

Antes de decirnos algo sobre las posibles lesiones materiales que la sífilis determina en este período tardío, en este período neoplásico, antes de decirnos algo sobre la frecuencia con que se verifican estas manifestaciones en la garganta, quiero daros cuenta de los principales SINTOMAS que el enfermo acusa, y que representan verdaderamente un estudio interesante.

Habeis oido que el enfermo *deglute* bien los sólidos, pero no así los líquidos. ¿Por qué sucede esto? Cuando os describí la musculatura intrínseca de la laringe os hice notar que el músculo tiro-ari-epiglótico era el que se encargaba, con su contracción, de cerrar el vestíbulo glótico. Y vosotros habeis sido testigos de un caso de parálisis en la región del laríngeo superior, en el cual habia disfagia, tanto más grave cuanto á la falta de contracción de los haces musculares se unia la anestesia de la mucosa laríngea. En nuestro individuo pode-

mos descartar la idea de la parálisis, si atendemos á la forma y á la posición que toma la epiglótis. Todos vosotros debeis convenir en que él se ha prestado admirablemente á nuestras observaciones, y no sólo he podido hacer una demostración general sino que cada uno de vosotros ha tenido ocasión de encontrar las lesiones que se habian anunciado. Esto por la inmovilidad y fijeza de la epiglótis, la cual parcialmente destruida en su borde libre, deja al descubierto la cavidad interna. Ahora por la rigidez de los ligamentos ari-epiglóticos, sucede que durante la deglución, la constricción de esta parte del vestíbulo no se puede verificar, como en las condiciones normales, y algún líquido cae en la cavidad y provoca la tos. Digo que la oclusión del vestíbulo se verifica de una manera incompleta, pero se realiza parcialmente; mas como la deglución de las sustancias líquidas requiere una función completa de todas las diversas partes que intervienen en la deglución, se comprende cómo, estando apenas inmovilizada la epiglótis, cualquier gota de líquido entra en la laringe y provoca la tos. Añado que acerca de esta función perturbada podemos hacer un pronóstico muy lisonjero, porque, ó reduciéndose la rigidez de los ligamentos, ó funcionando con mayor actividad las partes suplementarias, la oclusión del vestíbulo se podrá conseguir mejor, el enfermo concluirá por no quejarse de este inconveniente, que no es en verdad ligero; y que, cuando los otros fenómenos van desapareciendo, empieza á acentuarse todavía más.

Fonación.—El enfermo ha perdido completamente la voz; ahora debemos preguntarnos por qué, y si podrá recuperarla. A la primera pregunta es fácil responder, pero conviene observar atentamente lo que sucede en las tentativas de fonación; entonces será fácil advertir que no es la vegetación que existe en el ventrículo de Morgagni el obstáculo principal á la fonación, sino el edema de la porción inter-aritenoides. Repitiendo la exploración laringoscópica, vereis que aunque la cuerda vocal derecha se esfuerza por alcanzar la línea media, no lo puede conseguir por el obstáculo de la mucosa inter-aritenoides edematosa. Si esta cuerda vo-

cal pudiese alcanzar la línea media, aun suponiendo destruida la cuerda vocal opuesta, habria cierto grado de sonoridad en los tonos que el enfermo intentase emitir, porque entraria en vibración esta misma vegetación, esto es, la eminencia del lado izquierdo figuraria como elemento que concurrese á hacer vibrar la columna de aire ascendente, siempre que la cuerda vocal derecha pudiese funcionar. La comprobación de lo que digo está en que enfermos con tumores voluminosos, pero móviles sobre las cuerdas, hablan bien ó bastante bien; especialmente si la neoplasia oscila, como ésta, á manera de válvula. Pero aun cuando hubiere adherencias con la cuerda vocal inferior del lado izquierdo, esto no haria más que apagar sus vibraciones, disminuir su número, no suprimirlas del todo. Ahora, sin decirnos que todo hace creer que la cuerda vocal subyacente está sana, afirmo que en nuestro individuo podremos tener restitucion *ad integrum*, y él acabará por deglutir los líquidos y por hablar como antes; salvo que, mientras se verifica la curación, no estalle una nueva erupción en la laringe.

La *disnea*, verdaderamente depende de la laringostenosis, y poco tenemos que decir ahora de ella. ¿Qué la produce? ¿Qué la sostiene? Sin duda este tejido de nueva formación, y nosotros lo vemos invadir el espacio glótico durante la inspiración, y estrechar su luz, dejando apenas en la glótis respiratoria un pequeño espacio. Vemos efectivamente, que á medida que avanzamos en la destrucción de la neoplasia, el enfermo respira mejor. Hé aquí por qué también sobre esto podemos pronunciarnos favorablemente y confirmar que la respiración volverá á ser normal.

Puesto que la ocasión se presenta, quiero exponeros, como he prometido, algo sobre la FRECUENCIA DE LAS LESIONES SIFILITICAS DE LA LARINGE, y sobre algunas alteraciones fundamentales de la sífilis laríngea en el período tardío.—Respecto á la frecuencia, los autores no están de acuerdo, vosotros comprendereis el por qué. Es difícil formular una estadística que nos diga: la sífilis laríngea se verifica en la proporción del tanto por ciento, relativamente á

la sífilis de otros órganos, pues se necesitaría un material inmenso; y también es difícil decir: entre todas las lesiones sífilíticas de la garganta, la sífilis laríngea representa el tanto por ciento, pues se necesitaría un número de observaciones determinado y bastante completo relativamente á todas las otras alteraciones posibles. Mas en general puedo deciros que la sífilis laríngea es, relativamente á la de los otros órganos, bastante frecuente; que la sífilis laríngea quizá lo es tanto como la sífilis del istmo; pero en la inteligencia de que las lesiones terciarias, esto es, las del período neoplásico, son en la laringe más frecuentes que las lesiones secundarias.

Si tengo ocasión de trazaros la historia patológica precisa de la sífilis laríngea, os enumeraré las varias alteraciones de los diversos períodos. Pero básteos ahora saber que las manifestaciones que se desenvuelven en el período neoplásico son más frecuentes que las que vemos en el período inflamatorio.

Y cuáles son las manifestaciones morbosas, las lesiones anatómicas que en el período neoplásico se verifican en la laringe? Señores: si prescindimos de las lesiones secundarias, nos encerraremos en un campo muy estrecho, pues no nos encontraremos más que con una lesión fundamental, el *goma*; este granuloma, que puede manifestarse en la laringe bajo las formas circunscrita y difusa, superficial y profunda, que puede ulcerarse ó no, que puede invadir primitivamente la mucosa, ó el pericondrio, ó los haces musculares. Sobre este cuadro multiplicad las formas, estudiad las posibles alteraciones colaterales y sucesivas, no llegareis á conclusiones diferentes de ésta, que la lesión local es siempre idéntica y que está constituida por el infiltrado gomoso; y las posibles manifestaciones se deben á la extensión, al sitio y á las fases que puede experimentar el infiltrado. Hé aquí por qué algunos autores os hablan de tubérculos gomosos de la laringe, infiltrado circunscrito que vosotros descubristeis en diversos puntos de la cavidad, ó fuera. Ved por qué algunos os hablan de gomas que se desenvuelven en los haces musculares, y ved de qué manera podemos darnos cuenta de las

llamadas pericondritis y condritis sífilíticas, que si se desarrollan primitivamente bajo la influencia de la sífilis (como enfermedad constitucional), si pueden vivir en este ambiente morboso, dependen más generalmente de formas gomosas en el pericondrio y en los cartílagos, como toda la escena sintomatológica que descubrimos en los enfermos de sífilis laríngea.

Ni esto es todo: os he dicho que hay consecuencias de estas alteraciones, las que sobresalen en nuestra observación, y que merecen toda nuestra atención. En el caso presente, tenemos un resultado posible del infiltrado ulcerado, la producción exuberante de tejido conectivo; otras veces hay una verdadera producción condilomatosa, al presente en mi clínica particular estoy tratando un caso clásico, en el cual, habiendo reconocido también la sífilis, tengo que extraer todos los días innumerables producciones condilomatosas, para evitar al enfermo los peligros de la asfixia. Puede haber bridas cicatriciales, y un ejemplo de esto lo tenemos en aquel jovencito, en el cual aseguramos la existencia anterior de la sífilis. Pero á veces la estenosis depende de una alteración circunscrita á las articulaciones crico-aritenoideas, por la que éstas están anquilosadas, y no permiten el libre movimiento de las cuerdas vocales; ó bien porque los tejidos externos están tan rígidos, que dificultan el movimiento de abducción y provocan luxaciones de los cartílagos y mantienen un grado de estenosis elevadísimo, que no puede enteramente experimentar los benéficos efectos del yoduro, del mercurio ó de un tratamiento mixto.

Y á este punto deseaba llegar. Os he hablado del DIAGNOSTICO y del PRONÓSTICO; me fijo ahora en el TRATAMIENTO. Supuesto que con una larga práctica y un talento envidiable hayais adivinado la verdadera condición local (lo que me parece imposible, pues falta hasta el rumor valvular que suelen producir ciertos tumores de la laringe), no podreis ni intervenir activamente con una cirugía eficaz, ni adquirir un concepto preciso de la medicación que conviene emplear, sin el laringoscópio. Supongamos que hubiésemos visto á este indivi-

duo en condiciones más graves: ¿qué esperanzas hubiéramos concebido con las inyecciones hipodérmicas de sublimado? Ninguna. Si el laringoscópio nos hubiera hecho reconocer las condiciones tales cuales las habeis visto, pero aumentadas, nosotros, aún admitiendo que la sífilis debía ser perfectamente aceptada, debíamos practicar la traqueotomía, y no dormirnos en la confianza del tratamiento específico sólo. Afortunadamente, el enfermo se nos presentó cuando no estábamos obligados á recurrir á medios tan extremos, y cuando podíamos efectuar un tratamiento local, sin miedo de agravar las condiciones de la estenosis. Vosotros sabeis lo que hemos hecho: no hemos olvidado la indicación general, pues se verificaba una ulceración: hemos procurado modificar ésta con las aplicaciones locales de iodoformo, lo que nos ha dado buenos resultados; y cuando el edema de las partes se ha reducido, cuando han cesado los temores de que nuestras maniobras hubiesen podido agravar las condiciones colaterales de los tejidos, hemos intervenido con una cirugía delicada. ¿Qué hemos hecho? Aquí el camino no era único ni claro. Era natural, era lógico que pensásemos en extraer el tejido que dificultaba la respiración, y que, originado en el foco de la sífilis, no experimentaba ya la influencia de ésta. Pero ¿cómo librarnos de él? Dos modos habia: ó destruirlo *in situ*, ó extraerlo. Para esto difícilmente hubiéramos podido servirnos de los cuchillos, pues hubiéramos tenido que practicar una incisión bastante larga en toda la base de la vegetación. Nos halagaba la idea de abrazarla con un asa, como ésta que os presento, que puede girar en todas direcciones. Mas como el vértice de esta tumefacción estaba vuelto hácia la cuerda opuesta, nosotros, dando al asa la forma que veis, podíamos conseguir rodearla, y después, estirando el hilo metálico, cortarla y extraerla. Pero debo decir que, aunque el enfermo toleraba todas estas tentativas que yo hice precedentemente, yo mismo las abandoné, no sólo porque temia que por la rigidez, por la existencia de tejido fibroso en abundancia no llegase á conseguir destroncar de una vez toda la vegetación, sino porque era posible que determinase una irritación bastan-

te viva, es decir, que el sacudimiento para arrancarla podía hacerse peligroso. He preferido destruir *in situ* la neoplasia, y afortunadamente el experimento que hemos hecho dos ó tres veces nos ha satisfecho. Con un pequeño cauterio galvánico hemos penetrado en la cavidad, y cuando estuvimos seguros de haber llegado al punto deseado, pusimos incandescente la punta del pequeño cauterio. Pero me apresuro á decir que estas operaciones delicadas deben hacerse en dos condiciones; con extrema tolerancia del paciente (que cuando no es espontánea se consigue con el sondage), y con instrumentos pequeños que no sólo producen una escara chica, sino que os permiten explorar bien el campo de la operación. En verdad, los instrumentos voluminosos son poco propósito para las operaciones endo-laríngeas, justamente porque reducen el campo visual. De las cauterizaciones practicadas y especialmente de la última, no hemos tenido que lamentar ningún inconveniente, antes el enfermo se ha sentido aliviado.

Señores: me he apresurado á presentaros este individuo antes que la mejoría se acentuase, no por deseo de hacer vano alarde de nuestras cosas, sino para que podais ser jueces de la exactitud de las indicaciones curativas, del pronóstico, especialmente del relativo á la completa recuperación de la voz y de la respiración, que tanto interesan á nuestro enfermo.

LECCION TRIGESIMA.

Laringostenosis cicatricial.

Resumen.—En la historia clínica falta absolutamente todo criterio anamnético.—Trastornos funcionales.—Notas del examen objetivo.—Investigaciones acerca del diagnóstico etiológico.—¿Estas lesiones han sido producidas acaso por la viruela, por el tífus, por la pericondritis, por la tuberculosis ó por la sífilis?—Se refutan todas, ménos la última posibilidad, y se dan las razones.—Terapéutica que se adoptó. La que podía adoptarse. Algunas palabras sobre la cura dilatadora de Schrötter.

SEÑORES:

Entre los enfermos que frecuentan el dispensario, y que habeis tenido ocasión de explorar al laringoscópio, hay uno que es muy digno de estudio, desde el triple punto de vista anatómico, etiológico y terapéutico.

De la HISTORIA anamnética, cual la escuchareis, no obtenemos dato alguno que pueda iluminarnos sobre la condición laríngea, que debe interesarnos muy de cerca, ni sobre las causas que han podido determinarla. Y notad, que teniendo nosotros como primer dato diagnóstico la lesión material, hemos puesto gran cuidado para buscar el momento causal que haya podido determinar esta forma morbosa. Y bien, apesar de tanta diligencia, apesar de la indagación en que íbamos iluminados por el estado anatómico, no podemos colocar más que un punto interrogativo respecto á la patogenesis. Razón de más para convenir en la importancia de la aplicación laringoscópica y para convencernos de que des-

pués de la exploración directa, debemos salir del campo de la simple observación, tratando de fundar un diagnóstico etiológico que responda á los deseos de la ciencia. Pero es importante que sepais esta anamnesis que el doctor Cicconardi nos hará el favor de leer:

«Nuestro jovencito hace cerca de 3 años que está enfermo. Comenzó á advertir apagamiento de la voz, debido probablemente á la humedad. Hizo algunos remedios, pero en vano; la disfonía persistió hasta obligarle á recurrir á un especialista que le declaró que tenía destruida una parte de la cuerda vocal izquierda. Mejoró algo, pero luego descuidó todo, por lo cual la agravación no se hizo esperar, acompañándose de anhelación y salida de sangre por la nariz izquierda tan imponente, que le obligó á buscar el auxilio de un farmacéutico. Volvió á ver al médico, y mejoró segunda vez, especialmente de la lesión nasal. La anhelación disminuyó un poco en los primeros días, después fué creciendo tanto, que se le hizo imposible caminar de prisa. Se intentó el cateterismo con poquísimo provecho. El 23 de Noviembre se encontró tan mal que sólo por señas y con gran trabajo podía hacerse entender de alguno de su familia. Con los calmantes mejoró algo; 15 días después casi en las mismas condiciones se presentó en nuestro dispensario.

El enfermo tiene 19 años. No ha tenido nunca males venéreos ni sífilíticos. Ni viruela, ni sarampión. Causas reumáticas, pocas ó ninguna. Sólo hay que notar una forma de dermatosis, que duró muchos años, y de la que curó merced á muchos remedios, entre ellos el aceite de hígado de bacalao. El enfermo recuerda bien que el Profesor Tanturri, que lo vió entonces, le aseguró que se trataba de una forma que se curaría también sin remedios, según fuesen pasando los años.

El padre está hemipléjico desde la edad de 38 años. La madre, en condiciones de salud inmejorables, ha tenido 13 hijos, entre ellos un solo aborto. Algunos de éstos tienen todavía la dermatosis, de que no se han curado aún, porque, segun dice el enfermo, son niños.»

El paciente, pues, ha venido á buscarnos, porque su enfermedad estaba en la garganta, y nosotros nos tomamos el trabajo de practicar la exploración de la laringe, por la cual vimos que las cuerdas vocales, durante la fonación, se juntaban bien en la línea media, lo cual nos explica la integridad de la voz. Os ruego que os fijeis ante todo en este punto: el enfermo tiene una gran disnea, pero habla con voz inteligible. Durante la fonación, podemos comprobar que uno de los cartílagos aritenoides avanza más, el otro queda más atrás, así como os volveré á significar cuando os hable de los movimientos de las cuerdas vocales en la respiración. Advertimos también que hácia el ángulo de la comisura existen pequeñas y discretas vegetaciones, algunas de las cuales saqué desde la primera sesión. El secreto de la laringostenosis, de la cual eran claros indicios la debilidad del murmullo respiratorio, y el estridor característico, se atribuyen al movimiento de abducción de las cuerdas vocales. Durante la inspiración vemos que en vez de diseñarse el espacio glótico en forma de triángulo isósceles, las dos cuerdas aparecen unidas en cerca de los dos tercios, por un tejido blanco, análogo al color que tienen normalmente. Es necesario fijar mucho la atención para ver que junto á la porción inter-cartilaginosa queda un espacio irregularmente oval, limitado adelante por este tejido blanco fibroso, atrás por los cartílagos aritenoides. Haciendo que el enfermo hable y respire alternativamente, vemos que en la fonación la punta del aritenoides derecho aparece en un plano superior al del izquierdo, esto es, traduciendo este aspecto laringoscópico en hecho real, que en la fonación el aritenoides derecho se coloca en un plano más anterior que el izquierdo, y viceversa, durante la espiración el aritenoides izquierdo en la imagen laríngea aparece en un punto más alto, esto es, que realmente viene á colocarse en un plano anterior al de la derecha. Este defecto de paralelismo en los dos aritenoides, dificulta siempre más la vista del espacio, al través del cual se ejecuta con gran trabajo la respiración. Y debo confesaros que pude orientarme sobre la lesión real que ofre-

ce la laringe, sólo después de repetidos exámenes. Mejor habituado el enfermo, mejorado en la respiración, habeis podido convencerlos que existe en realidad un verdadero tejido cicatricial entre las cuerdas vocales, extendido desde el ángulo de inserción hasta el tercio posterior, y os ruego que hoy mismo repitais la exploración para convencerlos de esta alternativa de movimiento que presentan los dos aritenoides.

La imagen laringoscópica, pues, nos dice claramente por qué este enfermo jadea, y habiendo nosotros practicado con solicitud el examen estetoscópico y pleximétrico del pecho, pronto nos convencimos que la de la laringe era la única lesión que nos explicaba la anhelación, porque ninguna complicación pulmonar existe que pueda arrojar alguna luz sobre el diagnóstico etiológico.

Importa fijarnos algo sobre el estado de las lesiones materiales, para explicar cómo este enfermo respiraba con trabajo y hablaba perfectamente bien.

Efectivamente, insistiendo en la exploración directa, es fácil convencerse que no se trata ya de un puente de tejido cicatricial entre las cuerdas vocales, sino de una adherencia de las mismas; de modo que el tercio posterior, que queda libre, puede juntarse perfectamente durante la fonación. Si la formación de tejido conjuntivo fuese abundantísima, si se tratase de un verdadero diafragma al nivel de las cuerdas vocales, sería imposible la unión de las mismas en la porción inter-cartilaginosa, y entonces habria afonía, ó por lo menos disfonía. Esta coincidencia es importante, pues en las citas de todos los autores que han escrito de laringostenosis dependiente de tejido cicatricial, extendido como puente entre las cuerdas vocales, se dice que se acompaña siempre de pérdida completa de la voz. Hasta aquí bien poco sabemos de nuestro enfermo, y francamente, ya para establecer un tratamiento, ya para explicarnos la razón de los hechos, debemos ir más adelante. La anamnesis es negativa—os lo he dicho muchas veces—lo que quiere decir que estamos obligados á hacer una larga enumeración de todos aquellos

procesos posibles capaces de producir adherencia de las cuerdas vocales entre sí. Este estudio nos abre el camino á algunas consideraciones que vosotros tendreis lugar de repetir en casos semejantes, si en vuestra práctica se os presentan casos de este género (que, si raros, sin embargo no son escepcionales) y si la anamnesis es, como en el presente, dudosa, oscura; vosotros debeis pasar revista á los diferentes procesos morbosos que pueden determinar en la laringe una lesión semejante, para ver en cuál de ellos os debeis fijar.

Este es el DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO, importante no sólo para el especialista, sino tambien para el médico general, pues si podeis libremente declinar la responsabilidad del tratamiento de un caso semejante, sin que sufra vuestro amor propio, teneis la obligación de daros cuenta del modo como se han sucedido los hechos, y de procurar explicar como se ha verificado una adherencia entre las cuerdas vocales, adherencia que en otros términos podeis llamar incorporación. Puede la adherencia depender de la viruela. Os he prometido un estudio sobre las lesiones laríngeas secundarias de las enfermedades infectivas, y cuando lo hagamos, os expondré con mayores detalles cómo dentro de la laringe, coincidiendo con el período de erupción de las pústulas en la piel, se han observado parecidas elevaciones de las capas epiteliales con formación de pus debajo, es decir, verdaderas pústulas, y éstas rompiéndose y multiplicándose, pueden primero dejar detras de sí una lesión de la mucosa y despues provocar una adherencia anormal. Por mi parte, recuerdo un caso clásico de estenosis desenvuelta á consecuencia de la viruela en una muchacha de unos quince años: las cuerdas falsas estaban tumefactas y adheridas entre sí. Comprendeis que, cuando la adherencia existe en las cuerdas falsas, se necesita que éstas, que están bastante separadas entre si, se pongan en contacto, por efecto de otro proceso, la infiltración edematosa, esto es, que lleguen antes á tocarse, y entonces supuestas las pústulas, fácilmente puede verificarse la unión. Pero en nuestro caso no hay que hablar de viruela, porque una enfermedad de este género no hubiera podido

pasar desapercibida, tanto más cuando pensamos que una localización laríngea hubiera debido producir, en el período agudo, una escena sintomatológica bien tumultuosa; en cambio habeis oído cómo poco á poco este jóven principió á advertir obstáculos en la respiración, obstáculos que fueron creciendo tanto que temia por su vida, y más que temer, sufría muchísimo. Pues no ha sido la viruela.

¿Habrá podido ser el tifus? Verdaderamente las alteraciones que el ileo-tifus y el dermo-tifus determinan en la laringe son dignas de observación, y más ó menos interesantes, según que se refieren á uno ó á otro; pero son alteraciones que atacan de preferencia á los cartilagos y aparecen en la convalecencia, ó en un período adelantado de la enfermedad. Comprendeis que si debo haceros estas citas, no olvido que ésta, referente al tifus, es un puro lujo, pues lo que he dicho de la viruela tendria que repetirlo ahora. Faltan todos los caracteres que nos habian de hacer pensar en una alteración perteneciente á la familia de las tifoideas, y por esto no me detengo más.

¿Habrá podido ser una pericondritis, que atacando el tiroides ó el cricoides, poniendo tumefactos los tejidos que revisten estas partes, y formando una regular cantidad de pus haya podido producir lesiones permanentes, que hayan dado lugar á la adherencia que observamos? Pero os haré reflexionar que en este caso los primeros fenómenos que se han acentuado, que han acompañado á la enfermedad, que nosotros hemos observado, se refieren á la esfera respiratoria y exclusivamente á ésta. El enfermo nunca se ha quejado de disfagia, nunca ha tenido dolores espontáneos, ni ha observado hinchado su cuello, lo que sucede fácilmente en la inflamación de los cartilagos de la laringe. Añadid que entre las causas de la pericondritis laríngea, deberíamos ver figurar algunos de los procesos morbosos que hemos excluido, pues la forma espontánea, reumática, no debe aceptarse sino con grandísima reserva. Y han faltado hasta aquellos grandes motivos que expresan la acción potente del reuma, sin decir que nuestro enfermo, por su ocupación, no está

expuesto á sufrir las influencias reumáticas, sin decir que no observamos turgencia alguna de las partes, y excepto este tejido blanco al nivel de las cuerdas vocales, hay falta de infiltración serosa de los ligamentos ari-epiglóticos y tiro-epiglóticos, ligamentos que fácilmente se infiltran de serosidad ó de pus, constituyendo así las notas clásicas de la laringitis edematosa, ó más impropriamente, del llamado edema glótico.

¿Habrá podido preceder un traumatismo? De seguro no habeis olvidado aquella mujer con laringostenosis, en quien el laringoscópio nos hizo ver abultamiento de los ligamentos tiro-aritenoideos superiores hácia el ángulo entrante del tiroides, en donde estaban unidos, y estrechamiento del espacio glótico. En esta mujer un hueso se habia detenido en la entrada del esófago, y habia sido empujado hácia abajo; y las maniobras quirúrgicas habian producido una laringitis flemonosa. El momento etiológico allí era evidente; aquí falta del todo, y si esta causa productora (el traumatismo) hubiera podido pasar desapercibida, nosotros no debíamos observar una lesión tan circunscrita, y me permito decir tan crónica, como ésta que anuncia la formación de exuberante tejido conjuntivo al nivel de las cuerdas vocales.

Veis, pues, que por una rápida reseña nosotros empezamos á limitar cada vez más el campo en el cual debemos movernos, y la idea que surge espontánea es la preexistencia de una ulceración al nivel de las cuerdas. Dada la ulceración es fácil explicar la adherencia: dadas dos superficies segregantes y unidísimas entre sí, como precisamente están las cuerdas en su ángulo de comisura, es fácil entender cómo la trasudación plástica puede, á medida que avanza el tiempo determinar un movimiento de proliferación de los elementos conjuntivos, que forman la base, el fundamento de las cuerdas vocales verdaderas. Pero decir ulceración significa muy poco; debemos preguntarnos cuál ha sido la causa de esta ulceración. El trabajo se nos marca ahora más claramente; no tenemos que ocuparnos más que de la tuberculosis y de la sífilis, pues las úlceras catarrales, mucho más

raras que lo que se cree, no tienen ciertamente este poder.

Os he dicho, y lo habeis visto confirmado por los hechos en algun enfermo, que la úlcera tuberculosa, independientemente de su triste carácter, del triste significado que tiene en patología, puede curar. Convenimos en que la curación de la úlcera tuberculosa no significa curación de la tuberculosis; mas, en el caso actual, hubiéramos podido pensar que apesar de haberse verificado la cicatrización, se habia tratado de una úlcera tuberculosa. Yo el primero os dije que á veces las manifestaciones tuberculosas podian ser primitivas en la laringe; y no sería un argumento en nuestro favor, en el caso actual, invocar la falta de fenómenos pulmonares. Pero cuando os hablé de la tuberculosis laríngea primitiva, añadí que el hecho debia sostenerse como verdadero, más desde el punto de vista clínico, que desde el punto de vista anatómico, y que en el curso ulterior comienzan las lesiones en órganos más importantes y predilectos de la tuberculosis. No es, pues, posible sostener que en este individuo haya habido una úlcera de carácter tuberculoso, ahora que desde hace mucho tiempo está sometido á nuestra observación, ahora que á medida que mejora, podemos explorar mejor el verdadero estado del pulmón y convencernos de que nada existe de morbosos. Recordareis tambien que la tuberculosis laríngea no tiene como asiento de elección las cuerdas vocales, pues elige la mucosa inter-aritenóidea. Recordad que cuando la tuberculosis laríngea toma un carácter complejo, esto es, cuando se complica con una pericondritis, tiene una fenomenología bastante más grave, y en cambio cuando queda limitada á la superficie de la mucosa, las alteraciones son poco profundas, mientras aquí tenemos que admitir una úlcera tan intensa como para producir la adherencia de las cuerdas vocales y proliferación abundante de tejido cicatricial. Así *que obtorto collo*, nosotros, despues de haber establecido que verosímilmente la causa de la adherencia ha debido ser una úlcera laríngea, debemos fijarnos en la sífilis. Si pensamos todavía algo en la anamnesis, quedaremos desanimados, pues no sólo el enfermo niega todo contagio, no sólo ninguna manifestación en órganos dife-

rentes indica la presencia de la sífilis, sino también desde el punto de vista hereditario debemos alejarnos de esta idea. Ante todo, sin discutir la posibilidad de una sífilis hereditaria que se muestra tan tardíamente (cosa sobre la cual se duda mucho) este jóven ni recuerda contagio de ninguna clase, ni tiene indicios de una infección que hubiese podido venir de los padres: uno de éstos, aquí presente, corrobora verbalmente la opinión de que por él no se ha transmitido infección de ninguna clase. Señores, ante la inexorabilidad de los hechos, y como nosotros no hallamos otra explicación posible, debemos sostener que ó las manifestaciones primitivas han desaparecido, ó en él ha habido un contagio accidental, leve, que sólo despues de largo tiempo ha dado signos más positivos de su presencia. Si yo pudiese demostraros que los hechos se han desenvuelto como he indicado, comprendéis cuánta importancia deberíamos conceder al laringoscópio; en cambio es sobre argumentos y criterios diferenciales que conviene apoyarnos, entre los cuales no es el último el hecho, que bajo la cura iódica, el paciente afirma haber mejorado siempre. Yo tenía razón para deciros que si el diagnóstico anatómico era importante (pues esta lesión pertenece á las raras), el diagnóstico etiológico lo era todavía más: él nos ha permitido desenvolver una série de consideraciones y poder-nos fijar sobre las que tenían mayores probabilidades en su favor.

La infección ha podido pasar desapercibida, porque no se ha revelado por manifestaciones clásicas, pero las consecuencias, la presencia de un tejido cicatricial en un órgano que sabeis que es punto de predilección de la sífilis, la presencia de una cicatriz que denota úlcera antecedente, ya curada, y el criterio terapéutico, son tres elementos que nos iluminan bastante, si no con aquella seguridad deseable en tan intrincado diagnóstico etiológico.

Cualquiera que fuese la causa del mal, nosotros teníamos el deber de seguir, relativamente al TRATAMIENTO, una dirección racional, y tal, que independientemente de las dudas sobre el diagnóstico, salvase la vida de este jovencito. Ahora

él no tiene necesidad de dormir medio sentado en la cama, ni experimenta aquellos accesos de tos sofocante que tienen por causa principal la dificultad de arrojar las mucosidades, secuestradas en las vías subyacentes, por la estrechez de la hendidura glótica. Ahora él puede subir bastante bien las escaleras, camina, y está contento con la medicación que le hemos dispuesto, guiados por el instinto y teniendo siempre á la mira alguna cosa más radical que os iré exponiendo.

Francamente, cuando vi á este jovencito y dudé de la eficacia de la cura local, quedé algo preocupado temiendo tener que recurrir al último medio, á la traqueotomía, tanto más cuanto que el hecho realizado, el tejido cicatricial, el género de la lesión, nos quitaban todas las ilusiones de poder esperar nada de un tratamiento interno. Verdaderamente, aun cuando hubiéramos podido ver en su faringe los caracteres claros de la sífilis accidental ó hereditaria, no podíamos confiar en los iodados, ni en los mercuriales; importaba abrir un paso más libre el aire, importaba ampliar el espacio glótico reducido á proporciones estrechísimas por un tejido resistente que no se dejaría tan fácilmente destruir. Nosotros, pues, salvo las especiales circunstancias que nos hubiesen obligado á la traqueotomía, debíamos pensar en una cura local justificada por la urgencia de los hechos, y los problemas que se nos presentaban en tales circunstancias eran tres: dilatar aquella angosta abertura hasta hacerla compatible con la vida del paciente; incidir el tejido cicatricial; destruirlo *in situ*. Reflexionando sobre el modo como se había verificado la adherencia, pensando que el tejido cicatricial debía ser resistente puesto que obligaba á las cuerdas á permanecer en la línea media, desde el primer instante pensé en desbridar, esto es, penetrar con un cuchillito oculto en el espacio que quedaba hácia la glotis cartilaginosa y después incidir en toda la longitud de la línea media, ó en una parte de la extensión de las cuerdas vocales.

No tenía que temer hemorragia seria, pues aquel tejido era pobre en vasos; no tenía que temer inconvenientes de ninguna clase, pues el camino que había de recorrer, se marcaba fácilmente. Empecé á acostumbrar al enfermo al sondaje; aun-

que nunca pude penetrar en aquel agujero y permanecer el tiempo necesario para poder incindir el tejido de nueva formación con cierta seguridad. Pero yo quería utilizar mi tiempo, esto es, mientras me servía del sondaje, como medio preparatorio, lo empleaba útilmente como cura dilatadora; á la sonda de caoutchouc, preferí la metálica, que procuraba introducir en el agujero que representaba el espacio glótico. Las primeras veces esta maniobra fué seguida de graves accesos de espasmo, y especialmente una vez sufrí mucho para conseguir que el enfermo volviese al estado primero. Pero desde aquel día, él advirtió una mejoría notable, tanto que yo, muy lejano de la idea de una dilatación gradual, pensé en ella. La abandoné, sin embargo, porque temí no obtener utilidad alguna, juzgando por la resistencia del tejido: en vez del cateter hice uso de la sonda metálica como instrumento dilatador, por lo cual puede decirse que no seguí verdaderamente el método dilatador clásico, del cual quiero hablaros algo.

Está fuera de duda que uno de los más grandes progresos en la terapéutica local de las enfermedades laríngeas está marcado por la CURA DILATADORA, acreditada y experimentada por uno de los más distinguidos profesores de la escuela de Viena, el doctor Schrötter. El ha imaginado dos modos diversos de dilatar una laringe estrechada, esto es, según que se trate de individuos en los que se ha practicado la traqueotomía, ó de enfermos en los que se la quiere evitar. Pues no es del caso, reservo para otra ocasión la exposición de la dilatación de la laringe, después de practicada la traqueotomía, y en cambio me fijo en la cura dilatadora, en los casos en que se quiere evitar la traqueotomía. Schrötter se sirve de catéteres semejantes á los que usamos para la uretra, y que él, guiado por el espejo, introduce en la cavidad, procurando alcanzar el punto estrechado; entonces retira el estilete y deja el cateter por un tiempo variable, desde algunos segundos á muchos minutos. No sólo he visto en su clínica enfermos que resistían durante mucho tiempo estas maniobras, sino el año pasado pude presentar en mi curso privado dos enfermos, en los cuales practiqué esta dilatación. Se continúa con los caté-

teres elásticos hasta lograr cierta dimensión; y entonces á los precedentes se sustituyen tubos más grandes y más rígidos, de vulcanita, como estos que os presento, que se componen de dos partes, una para introducir en el punto estrechado, otra que está representada por un tubito ligeramente encorvado, que sirve, no sólo para que, introduciendo el tubo dilatador, el paso del aire se efectúe bien (no estando su abertura anterior obturada por la mano del que opera), sino también para que las mucosidades que bajo la influencia de la maniobra se espelen, no vayan á caer sobre el que opera. Hay tubos de varios grados, hasta de dimensiones colosales, uno de los cuales podemos ver aplicado en nuestros enfermos. La tolerancia para los tubos es grandísima, como para los catéteres, y los enfermos, después de un corto número de sesiones, acaban por poder sufrirlos en su sitio una media hora ó más.

Pero falta la parte más interesante del proceso, y es la que trata de las indicaciones de la cura dilatadora. ¿Lo haremos sin reflexionar, siempre que haya una laringostenosis y queramos evitar los peligros de una traqueotomía, ó hay indicaciones especiales? Naturalmente, la imaginación recorre todos aquellos procesos agudos ó crónicos que determinan estrechez de las vías respiratorias; ante todo, el crup. Ciertamente casi todos vosotros sabeis que hoy se han hecho tentativas en este sentido, esto es, que hay casos de curación de crup, obtenida merced á la introducción de tubos por las vías naturales. Debo deciros también, sin negar la fé que merecen casos registrados por hombres doctos y competentes, que creo el cateterismo en el crup fuera de propósito, no sólo porque podeis empujar hacia abajo con la punta de vuestro instrumento las falsas membranas y determinar una estenosis grave en las vías inferiores, sino porque poneis en contacto con una mucosa inflamada y tumefacta un cuerpo extraño, que no puede ser inocente; sin decir que apenas se saca el tubo, hay que introducirlo de nuevo y limpiarlo de las mucosidades que han penetrado en él, y vigilar al enfermo, sacrificando todo el día. Al parecer, me he extraviado, hablando de las contraindica-

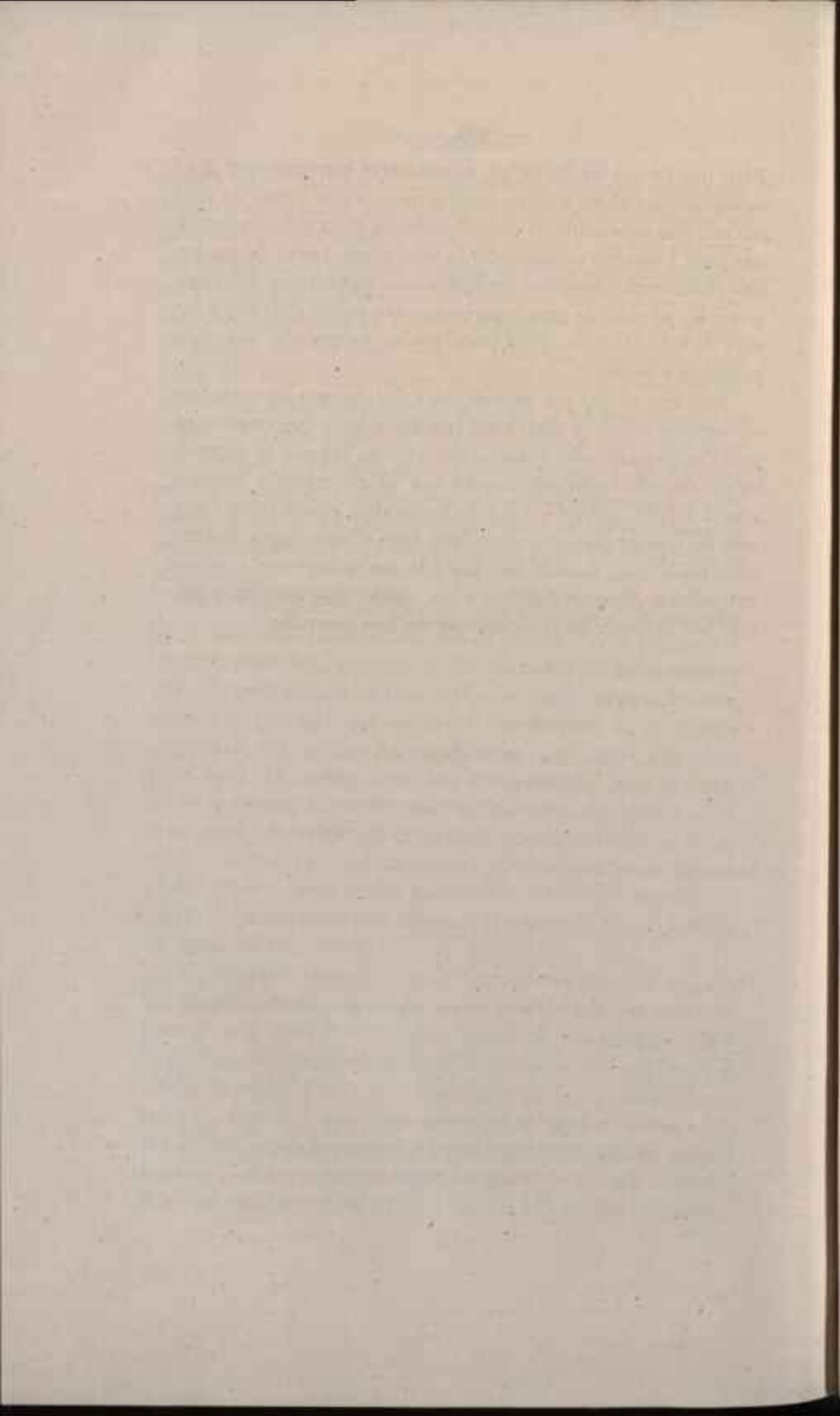
ciones del cateterismo en el crup, pero lo he hecho deliberadamente para deciros que lo creo también contraindicado, en general, en todos aquellos estados morbosos en que hay edema notable de la mucosa laríngea, en todas aquellas condiciones en las que, pensando bien las cosas, las ventajas que podeis obtener restableciendo la permeabilidad del canal, quedan oscurecidas por un grave peligro, el de una reacción considerable. He visto casos en que ha habido que practicar la traqueotomía inmediatamente después de la introducción de un cateter. Y verdaderamente, el cateterismo laríngeo, que tiene sus ventajas, lo uso muy poco en mi dispensario, en donde se presentan enfermos sufriendo graves laringostenosis, y en los cuales un medio tal podría obligarnos a la traqueotomía de urgencia, operación que no podríamos hacer sin salas clínicas y sin camas.

Otra contraindicación de la cura dilatadora podría señalarse, como en el caso actual, por la dureza de los tejidos sobre los cuales hay que operar. No sin razón me he servido de la sonda metálica; no he recurrido á los catéteres de Schrötter, porque he pensado que retirados aun después de un tiempo larguísimo, los tejidos reconquistarian la posición primitiva, y así todo el beneficio obtenido desaparecería. Por lo tanto, yo no me limito al mejoramiento alcanzado, sino fijo mi atención sobre una indicación más justa y más racional, la de incindir á lo largo la brida cicatricial. Continuaré, pues, en mis observaciones, para poder terminar el trabajo, y si tengo la suerte de presentaros hoy aliviado al enfermo, espero tenerla de presentároslo curado.

Dos palabras sobre el tercer procedimiento, esto es, sobre la galvano-cáustica. Hubiéramos podido con un cauterio semejante al que nos sirvió para operar al otro enfermo, afecto tambien de laringostenosis sífilítica, destruir con el fuego el tejido de nueva formación existente entre las cuerdas vocales, pero tanto porque tenía necesidad de muchas sesiones para recorrer toda la longitud del tegido cicatricial, cuanto porque hubiera podido provocar algun edema de la mucosa aritenoides que estaba encima de esta estrechez, me he abstenido.

Pero por lo que os he dicho, es necesario convenir que si el laringoscópio no ha podido iluminarnos mucho sobre las causas que han producido el estrechamiento, él ha sido preciosísimo para hacernos comprender la verdadera razón de un hecho desenvuelto mientras los fenómenos colaterales faltaban, y nos ha servido de guía segurísima para poder garantizar los días de este enfermo, quizá para poder asegurarle una vida próspera y larga.

Señores, sé que las ocupaciones de algunos de vosotros os impiden asistir á estas conferencias, y veo que nuestra escuela se va quedando desierta; creo, pues, llegado el momento de cerrarla tanto más cuanto que el dispensario siempre queda abierto, y para los que lo frecuentan, nunca faltará ocasión de que yo presente algun otro caso clínico digno de atención; tanto más, cuanto que los que me rodean son médicos entendidos, jóvenes hábiles, á los cuales doy cordiales gracias por la benévola atención que me han prestado.



ÍNDICE

DE LAS LECCIONES CONTENIDAS EN ESTA OBRA.

LECCIÓN PRELIMINAR.

Páginas

Elección de plan.—Razones de preferir el clínico.—El estudio de las enfermedades de la laringe es importante, porque las lesiones se ven en su realidad— <i>a</i>) son frecuentes y comunes— <i>b</i>) á veces no se anuncian más que por un solo síntoma— <i>c</i>) á veces son signos de enfermedades de órganos muy próximos, ó de enfermedades generales— <i>d</i>) á veces reclaman curas solícitas— <i>e</i>) el estudio de las enfermedades laringeas no puede separarse del de las fosas nasales, de la faringe y del trayecto superior del esófago.	1
---	---

LECCIÓN PRIMERA.

Tuberculosis laringea y sus formas.

I.

Historia, Etiología y Patogénesis.

La tuberculosis laringea era llamada por los antiguos tisis laríngea. Sólo en un sentido restringido es exacto este segundo nombre. Poco exacto es también el nombre de laringitis tuberculosa. La tuberculosis, como enfermedad, es antiquísima; reciente como conocimiento anatómico. El período histórico se divide en tres épocas: 1) desde los tiempos más remotos hasta Morgagni. 2) Desde Morgagni hasta Louis. 3) Desde la primera mitad del siglo XIX hasta nosotros. Valsava, por consejo de Morgagni, fué el primero que abrió la laringe, é hizo un examen anatomo-patológico. Louis lo siguió en 1825 y vislumbró el lazo de unión entre la tuberculosis pulmonar y las úlceras laringeas. Opinión de Trousseau, de Belloc, Fleury, Monneret, Barth, Rokitansky.—Patogénesis. Es bastante frecuente. Estadística de Heinze y por qué ésta es inferior á la verdad. ¿Hay tuberculosis laringeas primitivas?

Razones que obligan á afirmarlo. ¿Es aceptable siempre la opinión de los que sostienen que los esputos que provienen de las partes más bajas de las vías respiratorias inducen la tuberculosis laríngea?—La edad infantil es causa predisponente: el sexo. Otras causas que predisponen son las sífilis, la reabsorción de los productos morbigenos

15

LECCIÓN SEGUNDA.

II.

Notas anatómicas.

Exstructura del tubérculo y existencia en él de la célula gigante. —Opinión de Heinze sobre la limitación de los tubérculos en la mucosa y en la sub-mucosa.—Lesiones de los cartílagos y fibro-cartilagos.—Modo de comportarse de los vasos en la infiltración tuberculosa.—Participación del tejido muscular (Heinze.)—Opinión contraria de Mackenzie, Massei.—Cuántas y cuáles sean las formas que toma la tuberculosis laríngea: 1) úlcera tuberculosa; 2) pericondritis aritenóidea; 3) infiltración de las cuerdas; 4) depósito de gránulos miliares sobre las cuerdas (Massei).—Caracteres particulares de estas formas.—Posibilidad de la tuberculosis en las partes más próximas á la laringe—velo del paladar—espacioso naso-faríngeo—septum nasal—lengua—tráquea.—Complicaciones que pueden encontrarse en la tuberculosis laríngea: anemia: hiperemia: catarro descamativo: condición papilomatosa (Isambert:) parálisis de las cuerdas y afonía.—Opinión de Mandl sobre esta parálisis.—Opiniones de otros autores.—Rareza de las ulceraciones no tuberculosas en la cavidad laríngea.

24

LECCIÓN TERCERA.

III.

Sintomatología.

Sintomatología.—a) La voz puede estar íntegra, alterada ó completamente perdida.—Causas que explican este triple estado de la fonación.—La pérdida de la voz está siempre en relación con la gravedad del proceso.—b) Disnea. Causas que la determinan.—Por el grado de la laringostenosis tampoco se puede inducir el grado de la lesión.—c) Disfagia y odinofagia. Causas.—d) Tos. Puede depender del proceso pulmonar y del laringeo, la lesión laríngea puede aumentar ó disminuir su

intensidad.—Tos eruptante de los franceses.—*c*) Espectora-
ción.—*f*) Dolor.—Espasmo.—Sus causas.—Irradiación del
dolor á la oreja, y explicaciones del fenómeno dadas por Deele
y por Beverley Robinsón.—Importancia del examen laringos-
cópico en los casos dudosos de tuberculosis pulmonar.—La
tuberculosis laringea agrava el pronóstico. 36

LECCIÓN CUARTA.

IV.

Diagnóstico, Curso, Terminación, Pronóstico.

Cómo se diferencia la úlcera tuberculosa de la sifilitica y de la
del lupus.—Cómo se diferencia la pericondritis tuberculosa
del edema, y de la infiltración tuberculosa de la gomosa de
los aritenoides.—Criterios para diferenciar la infiltración tu-
berculosa de la gomosa de las cuerdas y de la corditis tube-
rosa.—Cómo se distingue el depósito de los gránulos miliares
tuberculosos de una hipertrofia de las glándulas. En los casos
dudosos se puede utilizar el examen microscópico (Fraenkel).
—Los caracteres generales son de poca ó de ninguna impor-
tancia.—Curso de las formas tuberculosas.—Terminaciones:
muerte, cronicismo, recidiva, curación. Causas de la muerte.
—Cómo se debe entender la curación de la úlcera tuberculo-
sa; valor de ésta en el sitio y en el organismo.—Importan-
cia del examen laringoscópico en cuanto al pronóstico. . . 45

LECCIÓN QUINTA.

V.

Tratamiento.

La tuberculosis laringea no se cura, se trata. El tratamiento se
divide en general y local. Tratamiento climatológico.—Im-
portancia del tratamiento tópico, y cuándo debe practicarse.
—Tratamiento de los síntomas.—*a*) Disfagia. Sonda esofági-
ca.—Alimentación forzada.—Enema Cantani.—Cauterización
con la piedra infernal.—Medicación con la tintura de iodo ó
con astringentes: morfina y balsámicos.—Bálsamo del Perú.
—Escarificaciones según Schmidt.—Medicación desinfectan-
te.—Nuestro método de tratamiento con el iodoformo.—Tra-
queotomía, aunque no haya laringostenosis, según Beverley
Robinsón.—*b*) Disnea. Traqueotomía.—Cuándo se debe in-
tentarla. 55

LECCIÓN SEXTA.

I.

Difteria faringo laringea.

Historia, Etiología, Concepto, Causas.

Historia de la difteria desde los tiempos más remotos hasta nuestros días.—Quién creó la palabra *crup*, quién la de *difteritis*.—Estudios hechos sobre este asunto dentro y fuera de Italia. Concepto general de la enfermedad.—Causas determinantes y predisponentes. La causa determinante es un agente específico, un virus especial.—Lo que sea.—¿Parásitos? (Letzerich, Oertel. Hüter, Tommasi.) ¿Hay difteritis espontáneas? Se niegan.—Los casos referidos como tales se pueden explicar de otra manera.—El elemento, cualquiera que sea, está provisto de una vitalidad sin igual.—Está dotado también de gran resistencia.

67

LECCIÓN SÉTIMA.

II.

Trasmisión; continúa la historia etiológica de la angina diftérica.

La trasmisión de la difteria puede verificarse por los individuos enfermos y por los convalecientes.—También los sanos pueden trasmitirla. Trasmisión por los animales: vaca (Dammann), pollos (Meguin, Nicati). El perímetro de difusión de la enfermedad no es muy extenso; puede hacerse tal bajo peculiares condiciones.—El germen morbozo se adhiere á las paredes de la habitación, á los muebles, etc.; en general, á las superficies ásperas.—¿Cómo penetra en el organismo?—1) por trasplatación.—Hay víctimas ilustres de difteria por trasplatación: el hijo de Blache, Valleix, Foulis.—2) por la atmósfera circundante.—Basta una permanencia brevísima en los sitios infectos.—3) por el agua, por los alimentos.—4) por inoculación aceptada por algunos (Trendelenburg, Eberth, etc.), negada por otros (Trousseau, Peter).—Observaciones de Paterón.—Causas predisponentes: edad.—El sexo no predispone, contrariamente á lo que se pensaba.—Susceptibilidad familiar.—Posiciones sociales.—Condiciones locales.—La difteria en estos casos es primitiva.—La forma secundaria consiste en la aparición de la enfermedad después de otros procesos infecti-

vos y discrásicos: la preferencia de la coincidencia está por la escarlatina.—¿Hay identidad entre las enfermedades?—Se niega (Barduzzi).—Razones que obligan á negarla.—Epidemias de angina diftérica pueden aparecer y desaparecer.—La difteria induce inmunidad en aquellos que la han padecido ya. 77

LECCIÓN OCTAVA.

III.

Notas anatómicas.—Patogénesis.

La falsa membrana: lo que es, su composición, sus propiedades.—Estado de las partes sobre las cuales se desarrolla y de las circundantes.—Biología.—Alteraciones anatomo-patológicas de los varios órganos y aparatos.—Patogénesis.—Es enfermedad infectiva.—¿La infección es primitiva ó secundaria?—Razones para sostener la una ó la otra.—Razones clínicas y etiológicas que nos hacen ser partidarios de la primera hipótesis.—Con la infección primaria hay una secundaria, ó en otros términos, hay una infección centrífuga que origina la enfermedad, y una centripeta que es su consecuencia (Massei).—Los parásitos no determinan la infección, prolongan solamente el proceso. 88

LECCIÓN NOVENA.

IV.

Síntomas.

Sintomatología.—Subdivisión de la difteria faríngea en siete formas: típica, abreviada, abortiva, inflamatoria, maligna, gangrenosa, crónica.—Análisis de cada síntoma en particular: fiebre, albuminaria, exudado, anorexia, disfagia. 100

LECCIÓN DÉCIMA.

V.

Curso. Complicaciones, Terminaciones, Fenómenos póstumos, (Parálisis post-diftéricas.)

Curso ordinariamente agudo: alguna vez crónico.—De esto no se puede deducir criterio alguno para el pronóstico.—Complicaciones: pulmonía, nefritis, poliartritis, endocarditis.—

Terminaciones: curación, muerte ó por estenuación, ó por síncope cardíaca, ó por parálisis póstumas.—Estudio particular de las parálisis.—Son generalmente motrices.—Respecto al sitio y á la frecuencia hay que mencionar las del velo, de la faringe, de los músculos del ojo, de los miembros, de la laringe, del tronco, de la vejiga, del recto.—Por lo general, no corresponden á la gravedad del proceso: se verifican en la proporción del 10 por 100: lo más comunmente aparecen en la convalecencia: ordinariamente 2-3 semanas despues de la infección, algunas son patognomónicas.—Desaparecen en el orden en que se presentan.—Parálisis del velo.—De qué depende, según Gerhardt, según Mackenzie.—Trastornos que ocasionan en la fonación, en la respiración, en la deglución, en la nutrición general, especialmente si se añade la parálisis de la sensibilidad de la laringe.—Parálisis de este órgano y trastornos funcionales que determina.—Parálisis de los músculos del ojo.—Opiniones varias.—Debilidad muscular, pérdida de la sensibilidad táctil y térmica de las extremidades inferiores.—Debilidad de los esfínteres anal y vesical.—Parálisis de las extremidades superiores, de los músculos del cuello, de los del tronco.—Trastornos auditivos.—Opinión de Jackson.—Estudios histológicos de Charcot y Vulpian, de Oertel, de Meyer.—Experimentos de Ziemssen, Bartels.—Observaciones de Meyer.—Cuál es la opinión más aceptable. . . . 110

LECCIÓN UNDÉCIMA.

VI.

Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Diagnóstico.—En general es fácil.—Puede no serlo si el exudado es escaso, superficial, modificado en sus caracteres, ó si falta, ó si está escondido. Criterios que deben atenderse. Cómo se diferencia la angina diftérica de la tonsilitis reumática aguda, del herpes gutural, de los condilomas planos, de la escarlatina. Obstáculo al diagnóstico es alguna vez la dificultad de abrir la boca. Como se puede vencerla.—Pronóstico.—Criterios sobre los cuales se debe formar.—Terapéutica.—No hay remedios seguros, ni específicos de esta enfermedad.—A veces no basta el intervenir pronto. Cómo trataremos este capítulo. 121

LECCIÓN DUODÉCIMA.

VII.

Continuación del tratamiento.

El tratamiento puede dirigirse al interior y al exterior.—1) Tratamiento interno.—Sangrías (Home, Bretonneau).—Purgantes (Jenner, Berdt Howel).—*a*) Tónicos.—Hierro. Quina, Morfina. Cloral.—*b*) Específicos.—Mercurio. Bromuros. Bálsamo de Copaiba. Pilicarpina.—*c*) Antisépticos.—Hierro. Clorato de potasa. Acido salicílico. Salicilatos Timol (Warren).—*d*) Epectorantes.—Polígala. Carbonato de amoniaco. Balsámicos.—2) Tratamiento local.—¿Hay un tratamiento abortivo?—Excisión de las tónsilas.—*a*) Cáusticos. Galvano-cáustica.—*b*) Astringentes.—*c*) Disolventes.—Agua de cal (Steiner, Massei).—Sacarato de cal (Sanné). Neurina. Bromo. Acido láctico. Papaina. Potasa. Sosa cáustica.—*d*) Antisépticos.—Acido fénico. Cloral (Ferrini). Azufre (Jodin). Iodoformo. Juglans nigra. Salicina (Conway). Quinolina (Runge). Benzoato sódico (Klebs, Letzerich).—Hielo.—Vapor acuoso.—Crítica de estos remedios y modo de usarlo. . . . 131

LECCIÓN DÉCIMATERCERA.

VIII.

Continuación y fin del tratamiento.—Profilaxis.

En la difteria no hay específicos: no hay mas que un método terapéutico posible, el fundado sobre varias indicaciones.—Método que seguimos. Se distinguen tres periodos.—*Tratamiento del primero:* *a*) Higiene. Aire renovado y húmedo á 16.°—18.°—*b*) Dietética. Leche, caldo, yemas de huevo, vino de Marsala.—*c*) Tratamiento farmacéutico: Atmósfera fenicada.—Tratamiento tópico: antiflogísticos: hielo: cómo y cuándo se debe aplicarlo.—Se usa tambien al interior.—Disolventes y desinfectantes. Agua de cal.—Hidrato de cloral.—Modo de usarlo y razones de preferencia.—Es mal consejo el de hacer maniobras bruscas para desprender las falsas membranas (Oertel). Interiormente limonadas, quinina.—*Tratamiento del segundo periodo.*—Vapor acuoso, caldera-crup.—Todavía el hielo; las contra-indicaciones no son más que aparentes.—Todavía las pinceladas de ácido fénico, de hidrato de cloral, la medicación interna.—Barnizamiento de

Mackenzie, y cuándo se debe practicarlo.—Excitantes, eméticos.—*Cura del tercer periodo*.—Astringentes.—Si hay adinamia grave, inhalaciones de oxígeno.—Tratamiento de las consecuencias.—No se pueden prevenir.—Buena alimentación, aire del campo.—Baños de mar.—Electricidad.—Tratamiento de la nefritis.—¿Hay una profilaxis para la difteria? Creemos que sí: se prescribe el aislamiento.—Separación de casas y personas.—Qué debe hacer el médico.—Si los niños pueden volver á las habitaciones que ha ocupado un diftérico.—Qué precauciones se deben tomar respecto á las habitaciones.—Reformas posibles respecto á las escuelas, á las casas de educación, etc.—Por qué nos hemos extendido tanto en las lecciones sobre la difteria. 145

LECCIÓN DÉCIMACUARTA.

IX.

Difteria laringo-traqueal ó crup.—Causas, notas anatómicas, examen laringoscópico.

Difteria laringo-traqueal ó crup.—Que hay identidad entre los dos procesos lo demuestran el criterio histórico, el anatómico y el clínico.—Historia de la palabra crup.—Aceptación de este vocablo por otras naciones.—La etiología es la misma de la angina diftérica.—Notas anatómicas.—Examen laringoscópico.—Lo que se piensa de la laringitis diftérica.—Complicaciones y necesidad de diagnosticarlas bien. 158

LECCIÓN DÉCIMAQUINTA.

X.

Síntomas.

La sintomatología del crup se debe estudiar en un caso primitivo.—Consideramos tres estadios: catarral, exudativo y paralítico.—Varian en intensidad y duración, de aquí las variedades del crup fulminante y prolongado.—*a)* Estadio catarral.—Siempre hay fiebre.—Los desórdenes subjetivos son de poca importancia, pero hay uno de los objetivos, la tos, de gran valor, pero sin ser patognomónico.—Trastornos fonéticos y respiratorios.—*b)* Estadio exudativo.—Estenosis laríngea manifiesta.—Los trastornos fonéticos pueden llegar hasta á la afonía.—Tos que sufre las mismas variaciones que la voz.—Signos objetivos torácicos y laríngeos.—Desórdenes circulatorios.

rios.—Euforias intermitentes.—Accesos crupales.—Explicación de todos estos síntomas.—Teorías sobre las causas de la laringostenosis de Bretonneau, de Gerhardt y de otros.—¿Es posible la parálisis de los crico-aritenóideos posteriores, la unión de las cuerdas vocales (Niemeyer), un defecto de coordinación en la mecánica respiratoria (Rudnicky)?—¿Se puede explicar por la presencia del exudado membraniforme? Nuestra hipótesis.—c) Estadío paralítico.—Los desórdenes respiratorios y circulatorios llegan al acme: anestesia cutánea.—Resultados: curación, muerte y su causa. 168

LECCIÓN DÉCIMASEXTA.

XI.

Diagnóstico y pronóstico del crup.

Diagnóstico.—Es fácil y es difícil.—Cómo se diferencia el crup de la laringitis catarral, de la estrídula, del espasmo glótico, del muguet, de las placas mucosas, de los pólipos congénitos de la tráquea, del absceso retrofaringeo.—Consejos para la aplicación del espejo laríngeo en los niños.—Pronóstico.—Estadísticas y variaciones que experimentan, según que se trate de enfermos que estén ó no traqueotomizados. 181

LECCIÓN DÉCIMASÉTIMA.

XII.

Tratamiento de la difteria laringo-traqueal.

Nociones sobre las cuales debe basarse é indicaciones á que debe satisfacer el tratamiento de la difteria laringo-traqueal.—Primer período: hielo aplicado tópicamente y administrado al interior.—Segundo período: eméticos y su valor.—Ipecacuana, tártaro emético (Bouchut), sulfato de zinc, sulfato de cobre, apomorfina. Apomorfina y pilocarpina, turbit mineral.—Desprendimiento mecánico.—Aspiraciones amoniacaes, pinceles de Mackenzie, cateterismo de Bouchut, de Macwen.—Medicamentos diversos.—Disolventes: bromo, ácido láctico, agua de cal, vapor acuoso.—Tercer período: pulverizaciones, excitantes, tónicos.—Traqueotomía. 192

LECCIÓN DÉCIMA OCTAVA.

XIII.

Contraindicaciones á la traqueotomía. Descripción del proceder operatorio en el crup.

La traqueotomía no debe hacerse cuando: *a)* el genio epidémico es mortífero, *b)* no se considera que el enfermo podrá resistir, *c)* la infección está avanzada, *d)* se supone que el corte puede caer encima del punto estenosado, *e)* hay pulmonía, *f)* en caso de crup secundario, á menos que no existan condiciones muy satisfactorias.—Ligera historia de la traqueotomía.—Cómo se la practica.—Topografía de la región.—Métodos: lento (Trousseau) y rápido: dos tiempos (Bourdillat, Moizard); un tiempo (Simón, Saint-Germain).—El que nosotros seguimos (Saint-Germain).—Razones de esta preferencia.—En qué consiste.—Manual operatorio. 206

LECCIÓN DÉCIMA NOVENA.

XIV.

Incidentes operatorios y curas consecutivas á la traqueotomía en el crup.

Incidentes: 1) Fijado bien el espacio: no se logra abrirlo.—2) Hemorragia.—3) Dificultades para introducir la cánula.—4) Oclusión de éstas por las falsas membranas.—5) Descenso de mucha sangre á los pulmones.—6) Síncope.—Medios para prevenir y dominar estas dificultades.—Curas consecutivas. Se lava al enfermo con agua fría, y después se le coloca en una cama bien caliente.—Delante de la abertura de la cánula se pone un velo protector.—Desprendimiento, en caso oportuno, de las falsas membranas.—Se prohíbe á los parientes que se acerquen á los niños.—Se persiste en la cura emprendida.—Se limpian la cánula y la contra-cánula.—Se pone una compresa debajo del pabellón de la cánula.—Alimentación.—Se respeta el sueño, vigilándolo.—Se combate la tos si se presenta.—Complicaciones. Parálisis, flogosis, asistolia, decaimiento, pleuritis, neumonitis, etc.—Más importantes son: la anorexia, la hemorragia secundaria, y entre las complicaciones locales: el flemón, la erisipela, la gangrena, el difterismo.—Ulceraciones traqueales.—Cura respectiva.—Separación de la cánula, racional y metódicamente hecha. 220

LECCIÓN VIGÉSIMA.

XV.

Difteria de las vías nasales.—Difteria secundaria.

La difteria puede comenzar primitivamente por la cavidad nasofaríngea.—Bretonneau lo comprendió el primero.—Posibilidad de los errores diagnósticos, especialmente con el coriza.—Tiene mayor gravedad (Trousseau).—Notas por las cuales se debe sospecharla: perturbaciones generales—fiebre—examen rinoscópico—alteraciones de la voz.—Epistaxis.—Tos análoga á la crupal.—Disnea intensa.—Hechos colaterales por difteria laríngea ó faríngea pueden secundarla.—La terapéutica no se modifica: añádense sólo inyecciones intra-nasales con la resorcina.—Difteria secundaria.—En qué enfermedades se manifiesta.—Caracteres comunes á todas las difterias secundarias.—1) Se manifiestan cuando la enfermedad está adelantada.—2) Cuando faltan los hechos generales.—3) Con alteraciones de la mucosa subyacente.—4) La muerte se verifica entre síntomas de colapso y de adinamia.—5) Ocupa los mismos asientos elegidos por el proceso original de la enfermedad.—Caracteres especiales.—Difteria de la escarlatina, del sarampión, de la fiebre tifoidea, de la viruela.—La cura no se modifica.—La traqueotomía en casos de laringostenosis ha dado también malos resultados. 236

LECCIÓN VIGÉSIMA PRIMERA.

OZENA.

I.

Historia, Teorías, nuestra opinión.

Historia de la enfermedad y sus períodos.—Opinión de Zaufall, de Gottstein, Michel y Rouge. Crítica de estas teorías.—Observaciones químico-microscópicas (Arena, Massei). Corolarios que se pueden sacar de ellas.—Otras hipótesis de Ziem, Hedenus.—Teoría parasitaria y sus razones. 247

LECCIÓN VIGÉSIMASEGUNDA.

II.

Etiología, Sintomas, Diagnóstico, Pronóstico.

Etiología. ¿Consiste esta enfermedad en el ensanchamiento de las cavidades nasales? (Zaufall). ¿Consiste por ventura en su estrechez? (Sauvage, Tillot).—**Constitución.** No se puede admitir ni un ozena por enfermedades comunes de la nariz (úlceras, pólipos, etc.), ni una forma constitucional (Trousseau). Edad, sexo. El ozena es una enfermedad específica.—**Sintomatología.** Sintomas comunes y especiales.—**Ozena nasal.**—Olor sui generis. Examen rinoscópico: en el primer período, caracteres de catarro hipertrófico, de aquí dificultad de respirar; exudación característica, á veces vegetaciones adenoideas. En el segundo período caracteres de catarro atrófico. Los exudados no son condiciones *sine qua non*. Puede haber difusión á las vías lagrimales. Olfato diversamente modificado.—Secreciones aumentadas.—**Diagnóstico fácil.**—Pueden dar aliento fétido, pero se diferencian fácilmente, ciertas hipertrofias tonsilares, alteraciones de las encías, de los dientes, de los carrillos y del aparato bronco-pulmonar. Se debe diferenciar también de la rinitis purulenta y de la inflamación de los senos, especialmente del seno maxilar y de las vegetaciones adenoideas.—**Pronóstico y criterios en los cuales se debe informar.** 260

LECCIÓN VIGÉSIMATERCERA.

III.

Tratamiento.

El tratamiento del ozena es sintomático y etiológico: éste es un postulado de la ciencia.—a) Tratamiento sintomático.—**Dilatación de las vías nasales**, cuando sea necesaria, hecha por medio de las sondas metálicas, de las candelillas simples ó medicinales, bastoncillos, etc. Sus inconvenientes.—**Útiles las duchas de aire comprimido**, simple ó medicinal (Massei, Elsberg). Se hacen con el aparato de Waldenburg.—**Lavado** (de delante atrás y viceversa) abundante y con líquidos templados, con la ducha de Weber, de Mackensie, ó con el rinoclisma (Morra, Masini). Precauciones que se deben tomar.—**Lavado de atrás adelante con la jeringa de Fauvel**, simple ó mo-

dificada (Massei). Líquidos usados: entre los alcalinos, preferible el cloruro de sódio.—b) Tratamiento causal.—Desinfectantes: permanganato de potasa, ácido fénico, cloral.—El mejor entre todos la resorcina.—Otros remedios: aguas minerales, potasa cáustica, nitrato de plata, tintura de iodo.—Medios para curar: pinceles, torundas, etc. 275

LECCIÓN VIGÉSIMACUARTA.

IV.

Continuación y fin del tratamiento.

Inhalaciones medicinales con trementina y con iodo.—Pomadas y sus ventajas. Útil la de iodoformo con una sal marina.—Los polvos se aplican con los insufladores ordinarios, ó con el de Labus modificado. Preferible entre todas las sustancias pulverulentas es el calomelano.—Otros medios: taponamiento con algodón hidrófilo simple (Gottstein), ó medicinal (Fournié).—Procedimiento de Rouge y Bordenheuer.—Nuestro método de tratamiento.—Curación del ozena faringeo.—Pulverizaciones alcalinas. Pinceladas con tintura de cápsico.—Curación del ozena laringeo.—Pulverizaciones é insuflaciones de calomelano ó aplicación tópica del iodoformo disuelto en éter.—Tratamiento general en todas las formas del ozena. Cuáles son sus indicaciones.—Pronóstico respecto al tiempo que debe durar el tratamiento. 289

LECCIÓN VIGÉSIMAQUINTA.

Fibroma de la faringe.

Historia del enfermo.—Se notan principalmente trastornos en la fonación, en la respiración y en la deglución.—El examen laringoscópico revela en la pared posterior de la faringe una neoplasia.—Caracteres.—Rareza de tales observaciones.—Neoplasias de pequeñas dimensiones (faringitis vellosa, faringitis leucémica, vegetaciones adenoideas) y de grandes (fibromas, quistes, encondromas, sarcomas, carcinomas).—Diagnóstico diferencial.—Historia de algunos casos de este género.—Práctica personal.—Pronóstico relativo al tratamiento.—Curación espontánea.—Demolición del tumor.—Cauterización galvano-cáustica.—Por qué en este caso ésta es preferible á los otros métodos.—Cómo obra el galvano-cauterio. . . 298

LECCIÓN VIGÉSIMASEXTA.

Dos traqueotomias por crup.

Justificación de la lección.—Historias de los dos enfermos, de las operaciones y de los incidentes ocurridos.—Consideraciones clínicas.—La difteria es el crup.—Razones que lo demuestran.—Por qué se ha preferido el método de Saint-Germain.—Observaciones sobre los incidentes.—Curas consecutivas que deben prestarse á los traqueotomizados y su importancia. 310

LECCIÓN VIGÉSIMASÉTIMA.

Parálisis miogénica bilateral de los crico-aritenoides posteriores.

Historia del enfermo.—Sólo el examen objetivo laríngeo explica la sintomatología.—Se encuentra defecto de abducción de las cuerdas.—¿Qué la produce?—¿Una infiltración edematosa de la región aritenoides, un tumor sub-glótico, un espasmo de los adductores, una parálisis de los abductores?—Se excluyen todas estas posibilidades para admitir la parálisis de los abductores.—¿Es de origen neuropático ó miopático?—Se sostiene la miogénica por causa reumática.—Pronóstico reservadísimo, y por qué lo es.—Tratamiento posible en la actualidad. 320

LECCIÓN VIGÉSIMAOCTAVA.

Laringostenosis producida por papilomas laríngeos.

Historia del caso.—Se demuestra la importancia del examen laringoscópico sobre los síntomas funcionales.—Una ojeada sobre los tumores laríngeos en general.—Diagnóstico de su naturaleza.—Frecuencia de los papilomas.—Curso.—Metamorfosis.—Disposición local.—Causas.—Interpretación de los síntomas.—Pronóstico.—Tratamiento. 330

LECCIÓN VIGÉSIMANONA.

Sífilis laríngea.

El diagnóstico pudiera hacerse con la anamnesis sola.—Pero la seguridad y la noción de algunos detalles los da el laringoscopio.—Causa de la laringostenosis.—¿Es de naturaleza sífilítica?—Diagnóstico diferencial de otros procesos.—Explicación

de los síntomas: difícil deglución de los líquidos, afonía, disnea.—Pronóstico.—¿Cuál es la frecuencia de la sífilis laríngea?—Las lesiones del período neoplásico son más frecuentes que las del período inflamatorio.—Formas que la sífilis puede afectar.—Éxitos varios.—Terapéutica.—El tratamiento interno apropiado no podría dar grandes ventajas 342

LECCIÓN TRIGÉSIMA.

Laringostenosis cicatricial.

En la historia clínica falta absolutamente todo criterio anamnéstico.—Trastornos funcionales.—Notas del examen objetivo.—Investigaciones acerca del diagnóstico etiológico.—¿Estas lesiones han sido producidas acaso por la viruela, por el tífus, por la pericondritis, por la tuberculosis ó por la sífilis?—Se refutan todas, menos la última posibilidad, y se dan las razones.—Terapéutica que se adoptó. La que podía adoptarse. Algunas palabras sobre la cura dilatadora de Schrötter . . 354

EN PREPARACION

DICCIONARIO

de Terapéutica, Materia Médica, Toxicología y Aguas Minerales.

POR EL

DR. DUJARDIN BEAUTMETZ

Complemento de sus notables lecciones de Clínica terapéutica, dadas en el Hospital de San Antonio.

