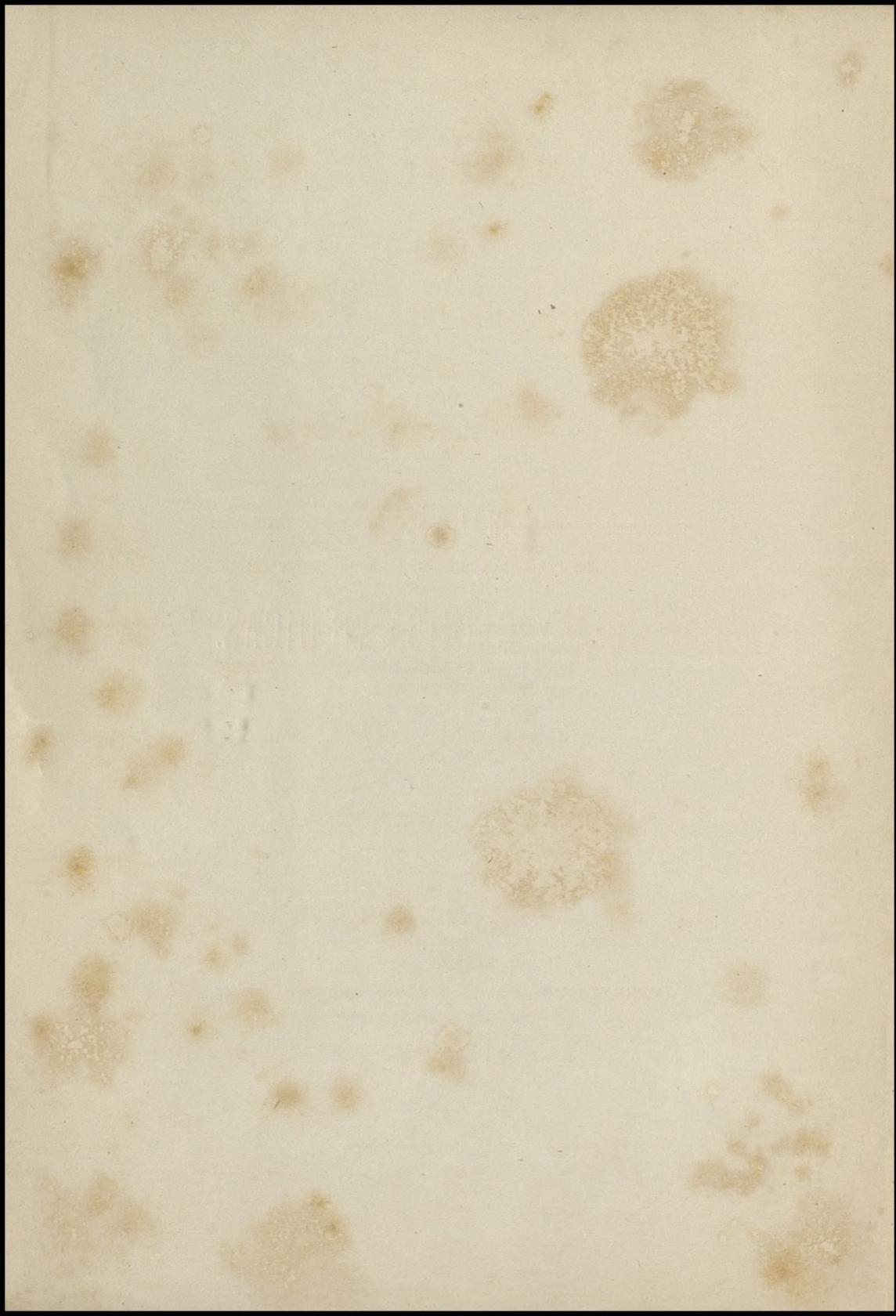


MANUAL  
DE  
PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS.

---



XIX-8661

MANUAL  
DE  
PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS,

POR EL DOCTOR

D. José M. Vilchez y Entrena,

CATEDRÁTICO NUMERARIO DE LA ASIGNATURA DE CLÍNICA MÉDICA  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVERSIDAD LITERARIA DE SEVILLA EN CÁDIZ, CABALLERO  
COMENDADOR DE LA REAL Y DISTINGUIDA ÓRDEN ESPAÑOLA  
DE CÁRLOS III, SÓCIO DE NÚMERO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA  
Y CIRUGÍA DE CÁDIZ,  
Y DE LA ECONÓMICA GADITANA DE AMIGOS DEL PAÍS,  
SÓCIO CORRESPONSAL DE LA ECONÓMICA SEVILLANA, Y DE LAS ACADEMIAS  
DE MEDICINA DE BARCELONA, SEVILLA, VALENCIA, GRANADA,  
GALICIA Y ASTURIAS, É INDIVIDUO DE OTRAS VARIAS CORPORACIONES  
CIENTÍFICAS Y LITERARIAS.

---

CÁDIZ.

IMPRENTA DE D. ALEJANDRO GUERRERO,  
*calle de San José, núm. 52.*

1875.

---

---

*Esta obra es propiedad del autor,  
y todos los ejemplares irán sellados  
y rubricados.*

---

---

## PRÓLOGO.

---

NADA más difícil ni de más extensión en el estudio de la Medicina, que el de la Patología y Clínica médicas. Esta consideración indudablemente debe haberse tenido en cuenta por todos los prácticos y en todas las épocas, para abrazar en las diferentes obras que de este ramo de los conocimientos médicos existen, puntos diversos pero limitados, que si bien tienen una gran importancia y su estudio redundan en beneficio de la ciencia y de la humanidad, no llenan las necesidades que tienen que satisfacer los que, durante su carrera, deben dedicarse al estudio de esta asignatura.

Se nota en nuestra Patria la falta de una obra que en reducida extensión recopile los puntos principales que tan interesante estudio comprende. Al alumno que cursa Patología interna, no le es dado en el término de un año adquirir con perfección cuanto conviene á tan importante asignatura; necesita un manual que, dándole una idea completa y exacta de los principales afectos, lo conduzca á vencer las dificultades inherentes á la misma: el que después de poseer los conocimientos de Patología médica, debe visitar diariamente las salas del Hospital clínico, busca una obra donde halle cuanto constituye los prolegómenos ó preliminares; desea saber, cómo se exploran las enfermedades de los distintos aparatos; quiere encontrar cuanto le interesa para analizar prontamente la orina, la saliva, el sudor, etc.; pretende al primer golpe de vista vencer las dificultades de un oscuro diagnóstico; quiere un cuadro que le marque el diagnóstico diferencial de afecciones confundibles, y en su afición al estudio, no se satisface si no halla en el mismo tratado la designación de los distintos medios de que se puede disponer, para llenar cumplidamente las indicaciones que el caso exija. Una obra, pues, que comprenda estos diversos extremos, aunque sea de una manera concisa y concreta, es la que anhelan nuestros alumnos para cumplir como deben su cometido.

Bien saben que para estudiar casos determinados, pueden disponer de obras originales y traducidas, donde encuentran con toda latitud un manantial de grandes conocimientos, que tanto enaltece el mérito de muchos é ilustrados autores nacionales y extranjeros. Pero para el estudio ó trabajo clínico diario, es más conveniente un manual que reuna los principios que forman la base de la ciencia; los elementos del diagnóstico, y el modo de tratar las distintas afecciones que afligen á la humanidad.

Hé aquí por qué, deseando corresponder al aprecio y cariño de nuestros discípulos, y creyendo que la publicacion de este tratado de Patología y Clínica médicas, podrá satisfacer una necesidad generalmente reconocida, damos publicacion á esta obra á instancias de los mismos, por ser á propósito solamente para el que por vez primera se dedica á esta clase de estudios, y en la que introduciremos alguna novedad en su forma y en su conjunto, lo cual puede recompensar en algun tanto la falta de erudicion de que adolece. Fruto de nuestros trabajos, procuraremos reunir en ella cuanto conocemos como puramente práctico; consultadas las obras clínicas de los autores más eminentes, escogeremos lo mejor que en ella se encuentra disgregado, para conseguir el objeto de formar una sola que abrace cuantos conocimientos son necesarios, al que tiene que dedicarse al ejercicio de la más noble de las profesiones.

Con el fin de hacer más metódico el estudio de este manual, nos ocupamos primero, en dar en la introduccion una ligera reseña histórica de los principales sistemas que han dominado en la ciencia, haciendo ver los principios en que descansan, y su influencia en los progresos de la Medicina: con la extension conveniente explicamos los preliminares para el estudio práctico de la asignatura, y hacemos despues consideraciones respecto al diagnóstico; pues no podemos prescindir de fijarnos en este punto, por ser sin duda alguna, el de mayor interés en nuestro estudio.

Dividida la obra en distintas secciones, es objeto de la primera el de las fiebres, estableciendo una clasificacion basada en los conocimientos modernos, y con la debida extension estudiamos las principales, fijándonos especialmente en la tifoidea.

El de las diferentes afecciones propias de los distintos aparatos, es objeto de cada seccion subsiguiente; y aunque comprendemos las dificultades que esto ofrece, nos decidimos á hacerlo así, porque nada de cuanto encontramos en las obras de los más célebres autores, llega á satisfacernos cumplidamente, y es porque la empresa se hace imposible en el estado actual de la ciencia.

Así es, que al fijarnos y describir las enfermedades de los distintos órganos de cada aparato, como quiera que hay algunas que corresponden á dos ó más del aparato mismo, hace que, ó hagamos mérito de ellas como terminacion, ó las adicionemos como apéndice.

En la última sección, comprendemos ciertos estados morbosos generales, que no tienen justificada cabida en las secciones anteriores, y que es muy fundada la idea de constituir con ellos una sección especial.

Cuidado particular hemos tenido en hablar de la exploración de cada órgano, antes de ocuparnos de sus distintas afecciones, con precisión y de un modo conciso; pues sólo así lo permite el objeto que nos proponemos. Al tratar de este punto, damos á conocer los medios exploradores de que hoy puede disponer el Médico; los que pasaban hasta hace poco desapercibidos. Por esta razón, hacemos mérito de la explicación y modo de aplicar el laringoscopio, deteniéndonos en extensas reflexiones acerca de la calorimetría; y cuando la enfermedad lo exige, como en la exploración del aparato génito-urinario, no nos descuidamos en dar á conocer lo más indispensable para practicar con aprovechamiento el exámen y análisis de las orinas. Otras particularidades, de interés más subalterno, hemos procurado tener presentes para el mejor éxito de la obra.

Además de lo dicho, innegable es el beneficio que reporta al alumno estudioso encontrar en cuadros sinópticos la descripción de enfermedades que se relacionan entre sí, ó cuyos síntomas pueden motivar alguna duda ó confusión en el diagnóstico.

Este entretenido y delicado trabajo es de una utilidad reconocida para el joven que cursa Clínica, pues al primer golpe de vista estudia lo que tanto le interesa para hacer el diagnóstico diferencial.

Dicho se está, que no hemos de consignar en nuestro compendio cuanto es del dominio de la Patología médica y de la Clínica: hemos tenido el mayor esmero en describir lo que conviene aprender al alumno más aventajado; y si hacemos abstracción de ciertos afectos de escaso interés y somos breves y compendiosos al describir otros de alguna importancia, en cambio emprendemos con notable extensión el estudio de los más interesantes, creyendo que así satisfacemos el deseo del discípulo.

En la descripción de las enfermedades, hemos procurado consultar las mejores obras; como las de Andral, Trousseau, Cintrac y Graves, en las que se ha fijado nuestra atención; así como en los adelantos que contienen las de Niemeyer, Jaccoud, Moneret y Fleuri, Valleix y otros, cuyos nombres siempre pronunciarán con respeto los amantes del saber.

Justos apreciadores de los adelantos modernos, sin ser exclusivos anatómicos, químicos, ni micrógrafos, procuraremos ser reflexivos, huyendo de sistemas fascinadores, y aconsejando á nuestros discípulos que tengan convicciones profundas, para que con recto juicio rechacen falsas teorías, que tanto se arraigan en los corazones juveniles, cuando á imaginaciones ardorosas se une veledad de inteligencia; de este modo, admitiendo lo que contribuye al verdadero

progreso, rendirán éstos el respeto que se merece á la Medicina tradicional, cuyas sólidas bases, robusteciendo el espíritu hipocrático, hacen tan célebres los nombres de Galeno, Avicena, Sydenham, Baglivio y otros; así como entre los autores españoles antiguos, los de Mercado, Valles y Piquer, y el Dr. Santero entre los modernos, cuyas obras tambien nos han servido para consultar, y que nunca encarecerémos suficientemente la importancia que en su sana doctrina hipocrática encierran.

Tal es el plan que nos hemos propuesto seguir; comprendemos los defectos de la distribucion que damos á la obra; pero, en la imposibilidad de formar un trabajo perfecto, hemos procurado hacer el estudio ameno con su nueva forma, y que ofrezca un método y objeto de utilidad práctica, con todos los detalles que deben apreciar los alumnos de la Facultad de Medicina, para quienes tan sólo está escrita esta obra, y á los cuales la dedicamos en prueba de gratitud.

Hechos los esfuerzos posibles á fin de que el MANUAL DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS sea digno en el fondo de la noble ciencia á que nos honramos pertenecer, y en su todo merezca la aceptacion de la juventud estudiosa, esperamos sea recibido con benevolencia; galardón que recompensará nuestros sacrificios y desvelos.

---

## INTRODUCCION.

---

HAGAMOS nuestras, para comenzar este trabajo, las palabras con que el práctico de los Hospitales, el Sr. Trousseau, encabeza la introduccion de su Tratado magistral de Terapéutica y Materia médica en su quinta edicion:

“El mérito ó la oportunidad son generalmente las causas del buen éxito de una obra.”

Ridículo sería que en las actuales circunstancias, época en que los estudios clínicos, en union con todos los ramos del saber humano, descubren un nuevo horizonte á sus dominios, y que sólo para dedicarse á una especialidad se necesita consultar numerosos volúmenes, nosotros quisiéramos engalanar nuestra obra con atavíos que no les pertenecen: no abrigamos en nuestro propósito pretension tan pueril. Al publicarla, sólo nos impulsa la idea de llenar un vacío; la oportunidad de ofrecer á los alumnos de Clínica médica, un manual que les sirva de base para penetrar el día de mañana en el vastísimo campo á que el progreso científico nos convida.

Bajo estos auspicios darémos á conocer el método que nos parece más racional para su desarrollo.

Lo primero será exponer los prolegómenos más generales, sin los que el alumno del primer curso de Clínica médica, poseyendo solamente los conocimientos teóricos de la Patología, no puede aprovecharse de los estudios clínicos, de suyo eminentemente prácticos. Hecho esto, en lo restante de la obra agruparémos en distintas secciones los afectos que caen bajo el dominio médico, las que constarán de dos partes, distribuidas del siguiente modo:

- 1.º Exploracion y medios peculiares para el diagnóstico de las afecciones que sean objeto del caso ó seccion.
- 2.º Descripcion de cada una de éstas, cuadros de diagnóstico y modo de combatirlas.

Pero séanos lícito, ántes de entrar de lleno en materia, trazar siquiera sea á grandes rasgos el historiado de las doctrinas médicas más importantes que se han sucedido hasta nuestros días. Para esto no tenemos que mencionar los períodos instintivo y místico, pues poco nos importa ver en el primero al hombre que no pudiendo penetrar en los arcanos de la ciencia, y anhelante, del deseo de conservación, acometía sin base alguna empresas insuperables para él, cuyo relato sólo lo vemos confundido con las fábulas. Ni ménos nos interesa en el período místico fijar la atención en el canto de los Helenos, que abren paso á este período de la Medicina; que revestida por su pequeñez con el carácter religioso, y vinculada en los Sacerdotes, no constituye ni con mucho un cuerpo de enseñanza. Pasemos tambien en silencio la época transitoria de Pitágoras, Thales de Mileto etc., pero al llegar á los Asclepiades, busquémos entre ellos un hombre que, apoderado de los trabajos anteriores, recolecta por completo las tablas votivas, y hace sufrir á las ciencias médicas una transformacion tan grande que da origen á un nuevo modo de ser de éstas. Hipócrates funda la primera escuela de bases sólidas, siendo éstas la observacion y la experiencia.

Pero no tardó mucho que estos temas fueran combatidos por Thesalo y Dracon, hijos de Hipócrates, juntamente con su yerno Polybio, los que, en armonía con la filosofía reinante, dieron lugar preferente al raciocinio, fundando la secta de los dogmáticos: exagerados en sus conclusiones, producen efecto contrario al pensamiento que se proponian, y el empirismo, llevando á su cabeza á Philino, Cerapione, Heráclito de Tarento y otros, basan toda su doctrina únicamente en la experiencia: crean el episilogismo, y siguiendo sus preocupaciones, descuidan por completo la verdadera ciencia.

Destruyese esta escuela, y sobre sus restos se alza el metodismo representado por Themison de Leodicea: el trabajo de éstos se fija sobre todo en investigar y clasificar la causa de las enfermedades, que no considerándolas más que en los sólidos, las agrupan en estas tres palabras: *Strictum, Laxum y Miatum*.

No pasó mucho tiempo sin que se dividiera dicha escuela en dos sectas: una, llamada episintética, cuyo jefe, siendo Leónides de Alejandría, amalgama los dogmas hasta entónces conocidos; y la otra, dirigida por Archigeno, de Apamea, toma el nombre de ecléctica, por elegir entre todas las demás lo que á su modo de ver era más útil y verdadero.

Casi al mismo tiempo se crea otra, la que fundada por Ateneo, da gran preponderancia al espíritu de secta, y haciendo consistir todo en la química, se apellidaron pneumáticos.

Necesario era que fueran las cosas sufriendo una nueva transformacion; preciso se hacía que un hombre de otras condiciones se presentara en esta confusion predominante; y á la sazón, Galeno,

enriquecido con lo dicho por Hipócrates y Aristóteles, establece el galenismo, que tuvo de existencia quince siglos. Da á los cuatro elementos cualidades distintas para considerarlos como causa de los cuatro humores, sangre, pituita, bÍlis y atrabilis; y dependientes de éstos, divide á su vez los temperamentos en cuatro clases, teniendo que admitir igual número de grupos en las sustancias medicamentosas.

Paracelso fué uno de los adversarios más enérgicos del humorismo galénico: sustituye por la sal, el azufre y el mercurio, los elementos ya dichos, trayendo con esto un cúmulo de hipótesis absurdas por completo. Siempre que hay una conmocion en la ciencia, se levantan hombres que hacen suyos los trabajos de estas épocas anormales: Vanhelmont, Wedel, Taquenio y otros son los llamados á llenar este objeto; y por lo tanto, sin datos suficientes, crean la escuela de los químicos, transformando la terapéutica.

Poco más ó ménos, en igual fecha, Borelli, Bellini y Boerhave dan márgen á la secta de los mecánicos; secta que va más allá, puesto que todo su raciocinio se funda en considerar al organismo como una máquina viviente.

En frente de los químicos y mecánicos se levanta Stall, que sólo ve en el alma la génesis patológica, y en el plan espectante la indicacion terapéutica. Esta escuela tomó el nombre de animista.

Como rama directa de esta última, créase la secta vitalista, que fija su doctrina en la admision de un principio inmaterial que, diferente del espíritu, se le hace presidir todas las funciones.

No faltó quien se alucinara con tan halagüeña doctrina, y traspasando sus límites quisiera personificar ese ente, dándole hasta forma propia. Esto tenia que ocasionar, que el opuesto bando, comprendiendo lo insostenible que era el lema de sus adversarios, se rehiciera, estableciendo la escuela mecánico-dinámica, cuyos partidarios se llamaron solidistas: Glisson, Hoffman, Baglivio y Cullen figuraron en sus filas.

Patentizado con los sucesivos adelantos, que no era el sólido el único que podia afectarse, sino que los flúidos tenian tambien esta propiedad, se deshizo la anterior, y uno de sus admiradores, Brown, estudia las afecciones, dividiéndolas en dos estados, asténico y esténico; estados que reclamaban para su curacion dos clases de medicamentos, unos estimulantes y otros sedantes.

Mas mientras Brown propagaba tales conocimientos en Italia, la nacion vecina, Francia, guardaba en su seno una gran talla científica, una gran figura histórica, tal era Broussais; éste se fija en los resultados obtenidos por Bichat, y produciendo una gran conmocion en la ciencia de curar, plantea su escuela orgánico-vital ó sea la doctrina fisiológica. Ve en todo un elemento flogístico, un exceso de estímulo productor de cuantas afecciones existen, dando

márgen á que el uso de los medicamentos antiflogísticos, tales como las sangrías, sanguijuelas, etc., fueran los únicos puestos en práctica.

Algunos de los sectarios de Broussais se declaran independientes, formando escuela aparte, por no estar conformes con la intervencion del principio vital. Buscan auxilio en las ciencias naturales y dan á los sentidos la preferencia, como medio único de investigacion: realzan sobre manera la anatomía patológica, considerándola como fuente exclusiva que le brinda al patólogo la naturaleza de las lesiones.

Por lo tanto, éstos no ven más allá de órganos y funciones sujetas á fuerzas dependientes de la misma materia, y así crean la escuela anatómica ú organicista, que es una de las que existiendo en nuestros días, ha dado mejores resultados.

Pero le faltaba á los iniciadores de esta idea añadir una página más á sus doctrinas. El adelanto de la época, el progreso, la ilustracion médica ha sabido conquistarla al dar vida á la histología, ciencia moderna que tiene que absorber el mayor número de las cuestiones de nuestra profesion; mas apénas Francia y Alemania se dedican al estudio de este ramo, se aprestan en filas contrarias al ir á investigar el elemento primitivo, el elemento generador de los tejidos orgánicos: Alemania considera la célula dependiente siempre de otra célula, tendiendo á la unidad celular: Francia, por el contrario, no conforme con este modo de ver de la Alemania, hace á la célula proceder de un blastemo, inclinándose á la multiplicidad celular.

Conocimientos médicos son éstos que, si no fuera de por suyo elemental este tratado, convendría explanarlos; pero bástenos decir que la escuela alemana es, con relacion á la teoría celular, la que, nos parece, lleva completa razon.

Respectivamente á la escuela médico-filosófica á que nos inclinemos, no será ni la materialista ni la vitalista: esto no es una paradoja como algunos quieren decir.

No pretendan los filósofos á la moderna que su doctrina es producto de sus tareas: vuelvan la vista á los pasados tiempos, y encontrarán que desde la más remota antigüedad se han venido sucediendo las escuelas materialistas, alternando con las vitalistas ó animistas. A nosotros, que vivimos despojados de preocupaciones, es á quien nos toca llevar cada punto al terreno que le pertenece. Si no; en el estado actual de cosas, en que la química sorprende los arcanos del organismo funcionando; que estudiamos los adelantos de la física, aplicándolos con tanta precision á la biología, tal como la electricidad actuando sobre el flúido nérvico, ó como el microscopio analizando la estructura de las partes, ¿necesitarémos recurrir á un terreno desconocido, á las hipótesis vitalistas para que nos in-

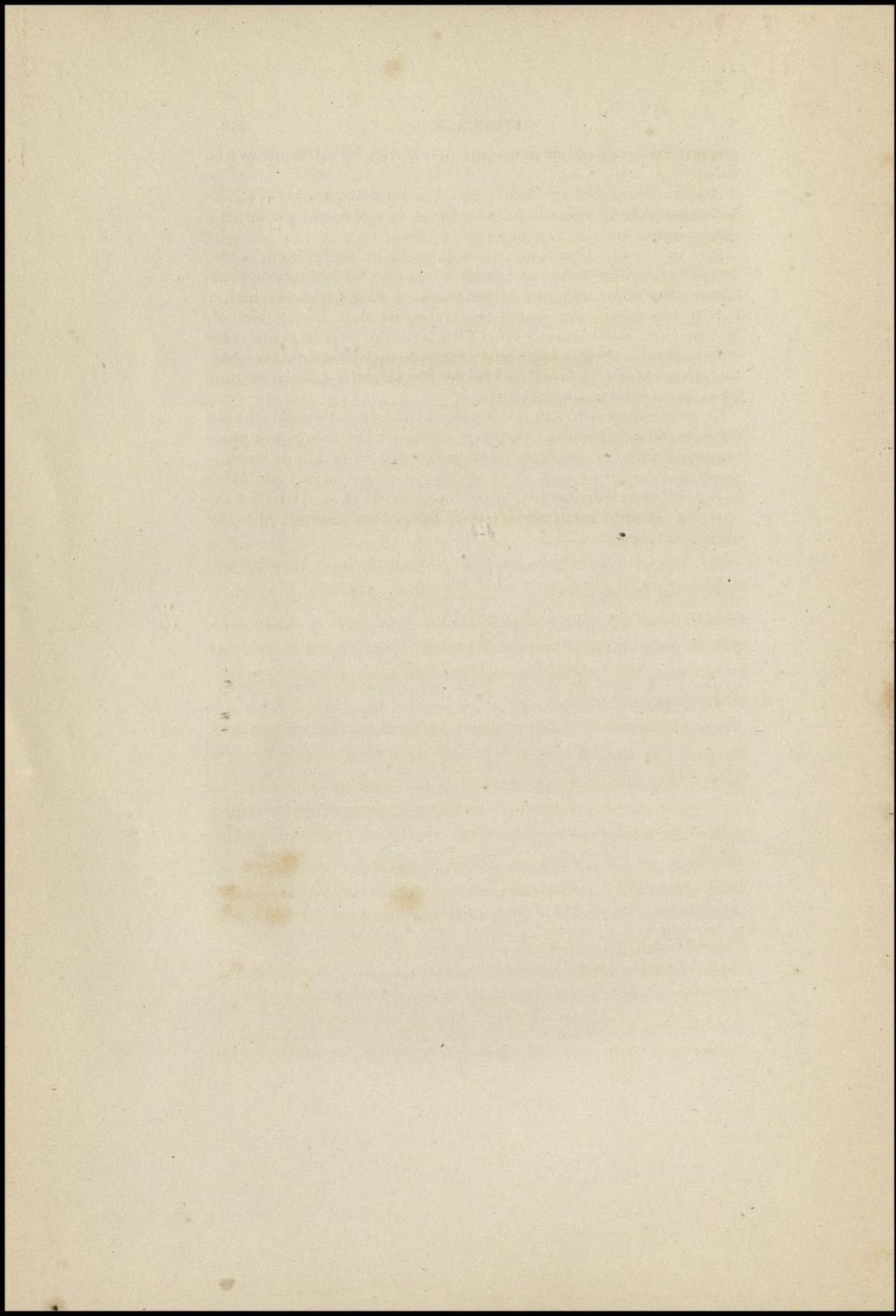
terprete las funciones de la máquina viviente y las alteraciones que sufre?

Bajo el punto de vista fisiológico y patológico, las leyes físico-químicas, el conocimiento de lo material, es sólo lo que puede aclarar las dudas que á cada paso se nos ofrecen.

Pero no por esto, nos vamos á alucinar con los adelantos del siglo, y al ver al hombre lo vamos á considerar como un laboratorio consciente. En buen hora que el anatómico y el fisiólogo dividan y subdividan los departamentos cerebrales, dándole á cada uno su destino en la inteligencia y en el libre albedrío; pero de esto á creer que el aparato encéfalo-raquídeo es más que un instrumento conductor, el cual poséa las facultades de sentir, pensar y querer, de ninguna manera podemos admitirlo.

Es mucho más alto que el terreno fisiológico el estudio de las preeminencias psíquicas. La esfera intelectual no es sólo una cuestión fisiológica, es necesario distinguir, qué es lo que le corresponde á la materia y cuál es la incumbencia del alma; problema es éste que desgraciadamente se confunde á cada paso. ¡Gloria á las escuelas que con recto juicio, saben llevar cada cuestión al lugar que le pertenece!

---



## PRIMERA SECCION.

---

### CAPÍTULO I.

---

#### Importancia de la Clínica médica.

Al llegar los alumnos del primer curso de Clínica médica á la cabecera de un enfermo, poseyendo meramente los conocimientos teóricos que han podido adquirir del estudio de la Patología, se encuentran de frente con una entidad morbosa determinada, que necesitan diagnosticar.

Tal empresa es difícil para el práctico, casi imposible para el que no ha visto más que descripciones clásicas bien ordenadas, en los autores que hubiese consultado; los que como su objeto, sólo es brindar al estudiante conocimientos teóricos que en su día se sazonen con la práctica, se esfuerzan en hacer resaltar los síntomas de cada afección, retratándola con tanta brillantez, que parece casi imposible, que enfermo alguno se quede sin diagnosticar por el práctico más inexperto.

Pues bien, cada individuo al enfermar, modifica el cortejo de síntomas, que en tésis general, se le asignan á las distintas afecciones; nos explicaremos: un individuo padece una fiebre catarral, y ésta toma un carácter

inflamatorio: otro al padecer lo mismo, acusa síntomas de constipacion de vientre: éste, por ser de temperamento linfático y predisposicion hereditaria á la tisis, se encuentra que al invadir el catarro las primeras porciones del aparato respiratorio, avanza de sus límites ordinarios y determina evoluciones tuberculosas latentes. En una palabra, una entidad patológica, de tan poca trascendencia, puede metamorfosearse en sus síntomas, variar sus terminaciones y exigir distinto plan curativo. Si esto es así, ¿qué dirémos al tratar de aquellas que, insidiosas de suyo, desarrollan síntomas incoherentes y distintos cada dia, burlando el diagnóstico del Profesor, que si bien conoce que la lesion avanza, si bien sabe que la vida toca á su límite, desconoce su naturaleza y por lo tanto los medios de que ha de valerse para combatirla?

Es, á no dudar, la meta de la profesion, es el arcano que á inteligencias predilectas sólo le es dado tocar sus envolturas! Qué importancia no tendrá, por lo tanto, una asignatura que establece algunas bases donde pueda el jóven práctico confiar al emprender la espinosa práctica de la Medicina!

Los hospitales son los medios con que cuenta el alumno para poder llevar la suma de conocimientos teóricos al terreno práctico.

El discípulo de Clínica médica, para poder acercarse al enfermo y que éste le sirva de utilidad, necesita como condicion indispensable un curso de Patología interna anterior al que va á emprender.

En vano se figure que la libertad de enseñanza, en esto, ha seguido la verdadera ley del progreso. Todo trabajo de observacion y de experiencia requiere tiempo á propósito para efectuarlo, y más todavía el conocer aquello que se va á investigar.

Por otra parte, diremos para concluir que el Profesor destinado á regularizar el estudio, para que éste fructifique en la juventud que le está encomendada, deberá ajustarse á un método, que bien sea alguno de los tres conocidos, ó bien uno nuevo creado por él y que le parezca que llena el objeto que se propone.

## CAPÍTULO II.

---

### Distintos métodos de enseñanza clínica.

Tres son los que se conocen: el de Edimburgo, el francés y el alemán.

Pasemos á la descripción de cada uno de éstos.

MÉTODO DE EDIMBURGO.—Tiene las siguientes bases: El profesor nombra de los internos más antiguos dos, dedicando uno al departamento de hombres y otro al de mujeres. Éstos están obligados á observar el curso diario de cada número de su Sala, diciéndolo en voz alta al pasar visita el Profesor. Éste interroga al enfermo despues de haber oido al estadístico, haciéndolo de tal manera que puedan oirlo todos sus discípulos. Las contestaciones del enfermo son repetidas de igual modo por el alumno, formándose así un historiado de cada número de la Sala, que se traslada á un libro dispuesto para el objeto.

Por lo que se ve, si bien es ventajoso este método, pues se graba en la mente de todos lo que se dice en la Sala, tiene el gran inconveniente de que el alumno no trabaja por sí, pues no necesita formular ningún diagnóstico ni escribir ninguna fórmula. Esto da por resultado que concluido el curso salen como dice muy

bien el Sr. Graves, *prácticos* que jamás han *practicado*.

MÉTODO FRANCÉS.—Consiste este método de enseñanza clínica, en que el Profesor explica á la cabecera de cada enfermo el valor de los síntomas, las causas que pueden haber ocasionado el mal, el diagnóstico que establece, el pronóstico que formula y el tratamiento que cree mas oportuno. Al mismo tiempo que hace esto, se vuelve á los alumnos invitándolos á que le dirijan algunas preguntas sobre las dudas que tengan.

Compréndese al primer golpe de vista que esta manera de obrar ilustra mucho más que la anterior, pero tiene dos inconvenientes bastante marcados: el primero, que no hace intervenir al joven alumno en la curacion de ningun caso, privándolo de las primeras tentativas prácticas que tanto agradan y tan buen éxito dan; segundo, que á más de hacerse muy prolija la visita, se ataca de frente á la moral médica, al hacer sabedor al paciente del estado en que se halla.

MÉTODO ALEMÁN.—Sin duda alguna, sabe cumplir mejor su mision; pues busca, no como los anteriores el renombre de los Catedráticos, sino el aprovechamiento del que estudia.

Alemania divide la enseñanza en tres salas de Clínica, encargadas respectivamente á tres Profesores. Una de ellas se destina para enfermedades agudas, otra para las crónicas y otra para afectos externos. Los alumnos se reparten á su vez en dos secciones, primero y segundo curso. Los del primero, observan y escuchan tan sólo los trabajos de sus superiores, y los del segundo, se encargan simultáneamente de los enfermos.

Al llegar la visita, el alumno observador relata los síntomas que ha recogido, siendo corroborados éstos por el Profesor.

Concluida la visita marchan á clase, ocupándose en

ésta de los casos más notables que hubiere, en los cuales se les concede á los observadores de segundo año, que indiquen el diagnóstico que han formulado, entregando al Profesor por escrito el tratamiento que juzguen más á propósito. Hecho esto, reasume aquel todo lo dicho, hace las advertencias que cree oportunas y corrige las recetas.

Excelente es como dijimos este método, se recomienda por sí sólo, haciendo prácticos á los que deseen aprender, y poniendo á disposicion del estudiante todo lo necesario para su aprovechamiento.

Tan unificados estamos con este proceder, que es seguido en nuestra escuela; si bien tócanos decir, que hijo de la libertad de enseñanza no podemos cumplirlo por completo, pues se priva al Catedrático de la mayoría de sus derechos. Si esto no sucediera así, no sólo se llevaria á debido efecto, sino que se plantearian entre los alumnos de segundo curso consultas sobre aquellos casos que reclamáran interés. Dichos ejercicios dan al alumno la costumbre de establecer controversias sobre los puntos de Medicina, no viéndose sorprendidos la primera vez que son llamados en la práctica á tratar de un caso clínico con Profesores experimentados.

Puesto que generalmente no se trata en las obras de Clínica del modo, partes y condiciones que ha de tener una memoria de esta índole, vamos á decir dos palabras al que por vez primera acomete dicho trabajo.

*Memoria clínica*, es la narracion hablada ó escrita del conmemorativo, síntomas, etiología y anatomía tológica de un enfermo asignado de antemano, deduciendo el diagnóstico, naturaleza del mal, curso, duracion y pronóstico, juntamente con el tratamiento oportuno.

Las memorias se dividen en habladas y escritas, teniendo en las clínicas particulares, es decir, que no sean de patología general, lugar preferente las primeras.

Al estudiante de Clínica que cuenta con conocimientos teóricos, lo que le conviene son ensayos prácticos que no sólo lo conduzcan á saber explorar y diagnosticar un enfermo, sino que le acostumbren al lenguaje facultativo, á metodizar las ideas que se ocurran, de tal modo, que simplifique una descripción y se apodere de los puntos principales que le han de servir de armas de defensa, para las impugnaciones de su contrario.

Con relación á las escritas, nos parece que están indicadas siempre que hayan de ser examinadas por un tribunal, sirviendo de base para concederles algun premio ó recompensa: además pueden emplearse en las clases de Patología general donde se inician las tareas clínicas, tolerándolas en ciertos casos para los alumnos de primer curso de clínicas especiales.

Pasemos á estudiar las partes de que consta una memoria. Éstas serán: conmemorativo, antecedido ó no de un preámbulo muy ligero; síntomas, anatomía patológica si el individuo ha sucumbido, causas predisponentes y próximas, diagnóstico razonado y diferencial, reflexiones sobre las ideas admitidas de la naturaleza del afecto de que se ocupa, señalando la que cree más verídica; curso, duración y pronóstico, seguido todo del método curativo.

CONMEMORATIVO.—Para recoger éste, se necesita un tacto especial, no contentándose con una sola visita é interrogando al enfermo de muchas maneras, sin confiar en todo lo que nos diga; bien por lesiones intelectuales, por una explicación inconveniente, ó por desear engañarse á sí mismo, creyendo que su estado se amolda á lo que él exponga, nos separa más de una vez á

gran distancia del camino que emprender debiéramos para investigar la verdad.

**SÍNTOMAS.**—Estos se observarán ordenadamente para no confundirlos, siguiendo el orden de aparatos. Asimismo, cuando tengamos que interrogar al enfermo, si siente tal ó cual cosa, lo harémos sin que la pregunta envuelva afirmacion ó negativa, pues es muy frecuente que responda á lo que le decimos y no á lo que verdaderamente siente.

**ETIOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.**—Respecto á la primera, sólo aconsejamos un escrupuloso exámen de lo acaecido, sin alucinarnos con alguna cosa que nos impresione vivamente; y tocante á lo segundo, se llena bien el objeto, analizando sin precipitacion las lesiones cadavéricas y exponiéndolas despues con cierto método.

**DIAGNÓSTICO.**—Esta parte es la más delicada, puesto que es trabajo puramente intelectual; se debe hacer de tal modo, que se desprenda con facilidad de los datos que se han sentado, no llevando un pensamiento preconcebido sobre lo que vamos á ver. Despues que hayamos dicho lo que creemos que tiene nuestro enfermo, se hará el diagnóstico diferencial claro y preciso de las demás con quienes pueda confundirse.

**NATURALEZA DEL MAL.**—Sin ser demasiado prolijos, afectar erudicion ó memoria privilegiada, se presentará en resúmen las principales opiniones que existan sobre este punto, siguiendo á esta numeracion la que esté más conforme con el criterio del exponente, fundándose en razones y dando los principales argumentos que segun él destruyan la opinion de los demás.

**CURSO, PRONÓSTICO Y DURACION.**—Los dos primeros puntos son deducciones directas de lo dicho ya, asimismo como el tercero; pero en éste se debe evitar, pues es de mal efecto formarlo despues de haber muerto

el enfermo. Este pronóstico ultratumba recomienda poco al que lo hace.

TRATAMIENTO.—Lo primero que se debe cuidar es sujetarse al caso de que se trata, no convirtiendo esta parte en una reseña de materia médica. Se comienza, por lo tanto, por indicar someramente lo que se ha propuesto en casos análogos, y lo que se ha administrado al enfermo en cuestion. Se desarrolla el juicio que formamos de esto, seguido inmediatamente de los medios que creemos se deben emplear, las indicaciones que éstos cubren, el resultado que probablemente se ha de obtener, y la dosis, manera de administrarlos é incompatibles que tengan.

Expuestas á grandes rasgos las condiciones principales de una memoria, réstanos decir que su lenguaje debe ser facultativo, claro y fácil, no acumulando flores ni galanuras, que se amoldan bien al foro y mal á una clase de Clínica.

### CAPÍTULO III.

---

#### Consideraciones sobre el diagnóstico.

No separándose de nosotros la idea de que el diagnóstico es indudablemente la base de la Medicina, y que, por lo tanto, en él se han de fundar las indicaciones terapéuticas, damos un gran interés á todos los elementos que sirvan para establecerlo sobre principios fijos é invariables.

La ciencia del diagnóstico, difícil de poseer por abrazar la resolucion de los problemas que las distintas enfermedades presentan á la vista del Médico, encargado

de estudiar cuál es el verdadero estado del paciente, teniendo que formar juicio para poner en uso los medios que le sugieran, como resultado de su observacion, tiene tal valor, que seria pueril encarecer su utilidad é importancia.

En el diagnóstico, pues, debemos considerar dos partes distintas: en primer lugar, es necesario buscar, conocer, reunir, por medio del estudio, los signos positivos que caracterizan la enfermedad; y en el segundo, fijar los caracteres que la separan de las demás especies patológicas semejantes. De aquí deducimos, que el diagnóstico debe aceptarse bajo el punto de vista de dos variedades: aquel que despues de reunir los signos, entabla en ellos comparacion y deduce la enfermedad, podemos considerarlo como un diagnóstico especial; y el que forma parangon entre los signos que pueden caracterizar una afeccion, con aquellos que presentar pueden enfermedades que con ellas tienen puntos de contacto, será el diagnóstico diferencial, objeto de nuestro estudio.

Si, como se asegura en la escuela moderna, las operaciones de nuestro entendimiento están supeditadas á tres actos primordiales que satisfacen todo trabajo intelectual, tratándose del conocimiento de una enfermedad, esto es, del diagnóstico, no vemos en accion más que la comparacion y el raciocinio; pues la atencion en este acto, se representa por la comprobacion de los fenómenos y sus relaciones, que es lo que en Medicina se llama observacion.

El estudio é investigacion de los signos, viene á formar una parte material del diagnóstico, que podemos llamar el *arte*, pero necesitamos interpretar los fenómenos; tenemos que raciocinar; esa es la *ciencia*, y como consecuencia, deducimos que la parte material,

unida á la intelectual, viene á constituir un conjunto del mayor interés, la parte más espinosa de todo nuestro estudio, que es lo que se designa con el nombre de ciencia del diagnóstico.

Para llegar á poseerla, es indispensable que el observador recoja é interprete á conciencia los hechos; los resultados no serán legítimos si no reúne sano y recto juicio, y es lógico en el exámen riguroso y metódico que con los enfermos practique.

Si es indudable la gran importancia de este estudio y la necesidad de precisar el de las diferentes afecciones que nos afligen, practiquemos éste con método y acudamos á las verdaderas fuentes que deben suministrar-nos los conocimientos indispensables, para fundar el diagnóstico con exactitud, y poder emplear con acierto la terapéutica, que es el fin que nos proponemos llenar.

Como quiera que el Médico no sólo se instruye en sus investigaciones por los sentidos exteriores, sino también por los internos, posee esa facultad sublime que es la inteligencia, á la que somete sus actos para formar su criterio. Es cierto que hay un gran número de problemas en el estudio diagnóstico, que se resuelven por los sentidos, aislados unas veces y otras por la acción combinada de varios, pero también es positivo que en ciertos casos necesitamos recurrir á la inteligencia, porque no da resultados satisfactorios el exámen simple de los sentidos.

Estas reflexiones nos explican por qué algunos autores han aceptado una división de método de diagnóstico bastante juiciosa, diciendo que hay métodos empíricos é intelectuales. Y en efecto, muchas veces la acción de algunos sentidos nos pone al cabo de cuanto interesa para basar el diagnóstico; pero otras, al no ver nosotros más que síntomas, la memoria suele representarnos

otros objetos, y llegamos á cerciorarnos de su existencia, no ya por medio de los sentidos, sino por la accion de las facultades del entendimiento; tenemos que valernos para ello, no sólo de la analogía, sino tambien de la induccion lógica.

No vamos á entrar en pormenores respecto á estos distintos métodos; punto es éste, cuya dilucidacion es del dominio de la Patología general; siendo además tratado en particular, cuando nos ocupemos de los medios de exploracion en cada aparato especial.

Pero al hacer consideraciones sobre este punto, tenemos que indicar las fuentes del diagnóstico, deteniéndonos en los elementos ó signos que nos conducen á tener una idea positiva de cuanto nos interesa, para que el resultado corresponda á nuestro deseo.

Si bien es cierto que cuantos fenómenos experimenta el enfermo, apreciables para el Médico, son elementos de gran valor para el diagnóstico, no es ménos verídico que hay que tener en cuenta otro órden de circunstancias, que si bien son independientes de la enfermedad, exigen toda nuestra atencion, pues vienen á modificarla no pocas veces, ó á sancionar en otras el juicio que hubiésemos formado.

Por esto debemos dar cabida en la semiótica, no sólo á los caractéres que revistan á la afeccion, sino tambien á todas las condiciones bajo las cuales pueda encontrarse ésta. De lo dicho se deduce que investigaremos todo cuanto nos sea asequible, los caractéres de la enfermedad, las causas que la modifiquen, las condiciones del presente, etc., y ésto ya hecho, reuniendo todo, se forma un cuerpo que brinde sosten al diagnóstico que necesitamos formular.

Para conseguirlo, ya hemos dejado expuesto la manera de tomar el conmemorativo, de recoger los

síntomas; sólo tenemos que añadir los dos distintos modos que se poseen para poder diagnosticar.

En algunos casos, apénas nos acercamos á la cabecera de un enfermo y le hacemos dos ó tres preguntas, se nos presenta la enfermedad de que se trata, sin poder-nos equivocar; tal acontecerá, por ejemplo, en un caso de pneumonía franca del lóbulo medio en un jóven robusto, sin padecimiento anterior. Pero no es raro que por el contrario, esté tan velado el diagnóstico que nos confundamos con muchas afecciones, sin saber por cuál decidimos: en este caso, se debe ir analizando una por una, descartando sucesivamente las que no llenen precisas condiciones, llegando al fin á la verdadera.

Al primer medio se llama diagnóstico directo, y al segundo diagnóstico por exclusion.

Uno y otro se amoldan, como es natural, á determinadas circunstancias, que sólo pueden señalarse debidamente en el terreno práctico.

---

## SEGUNDA SECCION.

---

### Fiebres.

Terminados ya, en lo anteriormente expuesto, los preceptos generales que deben adornar al estudiante de primer curso de Clínica médica, nos toca dar comienzo á esta seccion que, como dijimos, se habia de ocupar de las enfermedades en particular, bajo el punto de vista práctico.

Para conseguirlo, aunque este trabajo aleja de sí muchas divisiones dogmáticas, se hace preciso trazarse un orden, agrupando de algun modo los afectos internos.

Cada autor adopta una clasificacion, segun su modo de ver en las cuestiones médicas; pero á nosotros, por nuestra parte, nos parece más conveniente el ir tratando los afectos por aparatos y sistemas. Ahora bien, como que tenemos por un lado una seccion que interviene en la mayoría de los trastornos orgánicos, tales son las pirexias; y por otra parte, nos vemos de frente con ciertas enfermedades cuya localizacion se nos hace imposible; daremos principio á nuestras tareas por el tratado de fiebres; seguidamente analizaremos aparato

por aparato, sistema por sistema, terminando por aquellos estados morbosos que, de asiento desconocido y afectando toda la economía, dan márgen al grupo que los autores conocen bajo el nombre de *enfermedades generalizadas*.

## CAPÍTULO I.

---

### Generalidades de fiebres.

Cuestion ha sido, el punto de que vamos á tratar, de tanto interés, de tanta trascendencia, que las escuelas que han venido sucediéndose desde Hipócrates hasta nuestros días, han encarnado en él, buscándolo como campo á propósito para desarrollar sus principios. El modo de ser de las pirexias, sus distintas fases, sus terminaciones, en una palabra, la piretología en general abraza tanto á la Patología, que se aparece reclamando parte en la mayoría de los afectos internos. No es de este lugar que nosotros historiemos, siquiera sea á grandes rasgos, la explicacion, las diversas interpretaciones que se han dado de este grupo de afectos. Bástenos decir que la ciencia moderna reta valiente á las pasadas creencias, que destruye por completo las clasificaciones que, cimentadas en una ilusoria y halagüeña elucubracion, tenian que dar un resultado, si bien al principio de efecto, negativo cuanto se le sujetara á un exámen minucioso.

Hoy, los adelantos de las ciencias biológicas, ilustrando el estudio de la organizacion funcional, dan márgen á que se puedan plantear cuadros de pirexias que, si no completos, si no del todo exactos, se apoyan

al ménos en algun firme sosten: la ciencia moderna al tratar de las entidades febriles, mira á un sólo punto, responde á una sola idea, haciendo brotar satisfactorios resultados que ocultan el empirismo de ayer.

Es indudable que la fiebre, como la mayor parte de todas las cosas, no tiene una definicion verdadera que nos hable con claridad de su modo de ser; pero de ésto á que nos contentemos con describirla, únicamente echando mano de sus fenómenos comunes, hay una gran diferencia.

Nosotros consideramos á estos afectos, no como tales entidades, sino como un cuadro de síntomas, espejo de trastornos internos.

Ahora bien, las fiebres tienen su razon de ser; existen siempre que hay aumento de combustiones y calorificacion en general: por lo cual, de acuerdo con el Sr. Jaccoud, definiremos la fiebre, diciendo: que es el aumento de combustiones y calorificacion orgánica. Esto se amolda á los adelantos de la época, responde á las investigaciones clínicas y no se resiste al sentido comun.

Todo lo que se quiera ampliar más esta definicion es pura redundancia, pues el frio, el calor, el sudor, la frecuencia del pulso, la velocidad respiratoria y la alteracion de otras funciones, son evidentes resultados de los fenómenos principales que hemos colocado en la definicion.

Si difícil es tratar en general las fiebres, más obstáculos presenta el querer dividir las, agrupar las y clasificar las.

Pero ántes de entrar en esta cuestion, necesitamos ver su cuadro de síntomas generales, así como tambien los medios con que contamos para explorar los febricitantes.

*Calor*: este es un síntoma dependiente de las sobre-oxidaciones y combustiones anormalmente exageradas; es el dato más precioso de todos los que nos ofrecen las fiebres: dicho fenómeno afecta distintos caracteres, así lo vemos halituoso en la inflamatoria, seco en la cataral, elevado y acre en la biliosa, mordicante en la tifóidea y algunos tífus, urente en las exantemáticas, irregular en la nerviosa, etc. Este síntoma calor, al estudiarlo convenientemente, nos da conocimientos del frío que, según los autores antiguos, formaba un período independiente en la pirexia; el frío reconoce dos causas principales, cuando la calorificación asciende lenta y gradualmente á consecuencia de una perversion nerviosa, acusa el enfermo sensación de frialdad en la columna vertebral, que se extiende á los miembros. Mas si la temperatura sube bruscamente, entónces la trama nerviosa periférica se excita, y por acción refleja hace que las fibras foliculares se contraigan, y que la sangre marche de la periferia; entónces hay frialdad general, castañeteo de dientes, piel de gallina. De lo dicho se deduce, que el frío siempre va antecedido de elevación de temperatura, comprobándolo esto el aumento de urea, el malestar general, la pérdida del apetito y otros desórdenes que constituyen lo que se llama período prodrómico.

Siendo de interés sumo el estudio del calor, menester es haya medios para explorarlo, no contentándonos con la simple impresión táctil en la mano, pues no puede darnos ninguna idea exacta. Sanctorius fué el primero que, apoderándose de los adelantos de las ciencias naturales, aplicó el termómetro á la Clínica, dando un gran paso para el estudio de un grupo de afecciones, que exige muy mucho se les analice el estado de su calorificación.

La termometría clínica tiene tanta importancia, que llena tres indicaciones de las principales, á saber: la primera es diagnosticar por la escala térmica ciertas y determinadas afecciones; la segunda, sabiendo que la calorificación, si aumenta ó disminuye, altera en alto grado la máquina viviente, deducir por este medio datos pronósticos de certeza y de interés; y tercero, que teniendo que guardar reserva en medicamentos que excitan ó hipostenizan en demasía la temperatura, nos puede servir de norma para regularizar su modo de administrarlo.

El termómetro clínico reúne las condiciones siguientes: suma precision en la eleccion de tubo y en la manera de llenarlo; el que no esté empotrado, y que la division de su escala sea de tal modo, que el máximum mida  $45^{\circ}$ , y el mínimum  $24^{\circ}$ ; entre estas dos cifras, la division que hacemos del grado es por quintos. Se emplean dos clases de termómetros, que son el ordinario y el de máxima y mínima: este último es conveniente sobre todo cuando tenemos que explorar un gran número de enfermos; puesto que no hay más que dejar el termómetro el tiempo que creamos suficiente, para que la escala marque los grados de calor que tiene el enfermo, que una vez que la columna llegue al sitio necesario, deja al retroceder el índice fijo, para que podamos anotar en cualquier tiempo la cifra marcada. Su aplicacion consiste en situar la bola en el ano, vulva, ingle, boca ó axila, dejándola en dichas regiones por espacio de 20 á 25 minutos: se anota la elevacion ó depresion que ha sufrido, relacionándola al tipo normal, lo que practicado por mañana y tarde, nos lleva al resultado apetecido. Empléase una cuadrícula, como más adelante veremos, donde se traza la línea térmica. Las evoluciones de esta línea, ó por mejor decir, las distintas

fases de la calorificacion, son tres, denominándolas períodos de aumento, estado y terminacion.

El primer período, ó sea el de aumento, puede sobrevenir ó de un modo brusco, ó gradualmente por oscilaciones; éstas, si son uniformes, se llaman regulares, y si, por el contrario, no guardan relacion entre sí, toman el nombre de irregulares. Siempre que este aumento no sea repentino, lleva este período el nombre de oscilaciones ascendentes.

Tras el aumento viene la permanencia más ó menos estable de la cifra térmica, llamándole entónces período de estado ó fastigio. Este puede ser á su vez de oscilaciones estacionarias, de oscilaciones ascendentes y de oscilaciones descendentes. Además, si las oscilaciones no alcanzan más de dos ó tres veces la cifra máxima, se denomina esto fastigio con pináculos: por último, en el caso de presentarse de mañana á tarde una variacion irregular en la escala, que fluctúe de 1 á 3°, se le apellida fastigio remitente.

No terminaremos sin indicar que en este período aparece un descenso brusco de temperatura, que dura dos, tres ó más dias, pero que sin coincidir con síntomas de terminacion, concluye por tomar el calor sus antiguos grados: tal fenómeno, soliendo acaecer en el tránsito de un período á otro, es llamado por Wunderlich período anfíbolo.

El terminal, ó bien el que presencia la curacion ó la muerte, se divide precisamente en dos categorías: favorable y desfavorable; si es lo primero, puede suceder que la temperatura descienda bruscamente al tipo fisiológico, *crisis*; ó que se llegue á este resultado con lentitud, *lisis*.

Del mismo modo, la terminacion por la muerte ofrece distintas fases; la calorificacion puede ir ascendiendo

hasta un punto que sea incompatible con la vida; tipo agónico ascendente, ó vice versa, descienda á un extremo que determine el colapso y la muerte; tipo agónico descendente. En todos los casos anteriores pueden efectuarse las oscilaciones, variando en distintas cifras por tres ó más dias; á éste se le conoce como forma irregular.

Dicho ya someramente lo concerniente á termometría, ántes de hablar dos palabras sobre el sudor, nos parece, pues, oportuno presentar lo dicho en un cuadro sinóptico.

TERMOMETRÍA CLÍNICA.

PERÍODO DE AUMENTO . . . . .	{ Brusco.		
	{ Gradual.	Oscilaciones ascendentes . . . . .	{ Regulares Irregulares.
		Llega á la cifra máxima dos ó tres veces, lo más . . . . .	{ Fastigio con pináculos.
— DE ESTADO Ó FASTIGIO . . . . .			{ Oscilaciones estacionarias. ascendentes. descendentes.
		Permaneciendo en ella con dife- rencias pequeñas . . . . .	{ Regular . Irregular.   Oscilaciones remitentes.
		Curacion. { De un modo brusco. <i>Crisis</i> . — — — graduado. <i>Lisis</i> .	
— DE TERMINACION . . . . .			{ Tipo agónico ascendente. Regular . — — — descendente. Irregular.   Oscilaciones irregulares.

Siguiendo la marcha de los fenómenos febriles, tras el calor aparece el sudor; dicho síntoma envuelve por lo comun la terminacion feliz de la fiebre, no obstante en algunos casos presagia una terminacion funesta. No entraremos de lleno á discutir ni la causa del sudor ni la razon que se puede aducir para explicarnos el por qué descende la temperatura. Es altamente pueril la manera de ver de los antiguos en dicho fenómeno; le consideraban como una reaccion, como un esfuerzo saludable dependiente del principio vital, del agente medicatriz, que tendia á expulsar del organismo la causa morbífica; hoy, bien podemos decir, que sólo con ver á las glándulas sudoríparas, en medio de un aumento de combustiones y oxidaciones, y considerar á dicha secrecion como fuente negativa de calor, nos damos razon satisfactoria de lo que venimos tratando.

A más, hay que tener presente, que á medida que la diafóresis se establece, debe coexistir con un descenso de temperatura, producido, no sólo por la pérdida de calor en el trabajo secretorio, sino por aumentar sin duda la radiacion periférica.

Reseñados los tres síntomas, frio, calor y sudor, hemos visto que el período terminal, bajo el punto térmico, puede ser por la *curacion* ó la *muerte*, y por *lisis* ó *crisis*, la primera. Todo el cuadro de síntomas de las fiebres, se amolda perfectamente á esta manera de ser de la calorificacion; debiendo tenerse muy en cuenta, que cuando la fiebre, al terminar por la salud, sufre un brusco descenso térmico, los autores antiguos denominanlo á esto *crisis*, lo consideran como una reaccion de la fuerza medicatriz, acompañada de ciertos fenómenos llamados críticos, que se han de presentar en dias fijos, dias, acaso, señalados de una manera empírica.

La doctrina de las crisis hoy tiene que ser comple-

tamente negada, en cuanto se plantée, tal como lo hacían nuestros antepasados. ¿Quién va, en la actualidad, á creer que un estado febril ha de terminar en un dia predicho? ¿Es verosímil, por lo tanto, que no guste la entidad pirética de los dias pares y se decida por los impares para juzgarse?

Detenerse en esto, es perderse en elucubraciones que no conducen á un resultado práctico: lo que hay de verdad en las *crisis*, es que sucede á veces que las pirexias ceden rápidamente, por desarrollarse ciertos grupos de síntomas: tales son las epistaxis, el sudor, la diarrea, un aumento de orina, restablecimiento de un flujo natural ó morboso, erupcion de diviesos, etc. Creemos así, que si estos síntomas juzgan en poco tiempo la afeccion, no es más, sino porque ponen al individuo en condiciones desfavorables al desarrollo ó á la persistencia de la fiebre: esto se comprende; pues basta ver que se encaminan unos á disminuir la presion vascular, otros á aumentar la fuente negativa de calor, ó á disminuir la positiva, etc., para que tal cosa suceda.

Concluido, si bien ligeramente, lo que atañe á la generalidad de las pirexias, presentaremos un cuadro sinóptico que, basado en lo que posible sea, en el estado actual de la ciencia, nos sirva de guia para la descripcion de cada fiebre en particular.

Sabido es que Pinel clasifica las fiebres del siguiente modo: angioténica ó inflamatoria; meningo-gástrica ó biliosa; adeno-meníngea ó mucosa; meníngea ó nerviosa; adinámica ó pútrida, y ataxo-adinámica ó peste.

Esta clasificacion era la única seguida, hasta que empezó á ser sustituida por clasificaciones ya exageradas por un número considerable de individualidades febriles, ó ya demasiado reducidas, como la que nos plantea el gran práctico Mr. Louis, que en todas ocasiones ve fiebres tifoideas.

No entremos á describir cada clasificacion en particular, puesto que seria altamente criticable por los límites de este trabajo.

Nosotros, como hemos dicho, no tenemos la pretension de ofrecer á nuestros discípulos una clasificacion modelo; pero en la necesidad de desarrollar alguna, y no estando conformes con las de los demás, nos vemos obligados á abordar tan dificil tarea.

Las bases sobre que descansa ésta, no son más que la definicion que ya dimos, por un lado, y por otro su causa próxima; así es, que creyendo que las fiebres están constituidas por un aumento de combustiones y oxidaciones, dependiente de una causa más ó ménos conocida, hace que la dividamos, como se ve en el siguiente cuadro sinóptico, en dos grandes grupos: uno, de las NO INFECTIVAS, bajo cuya calificacion entran todas aquellas que no reconocen un elemento miasmático ni tóxico que las determine: y otro, por el contrario, de las INFECTIVAS, que siempre son productos de un principio tóxico.

---

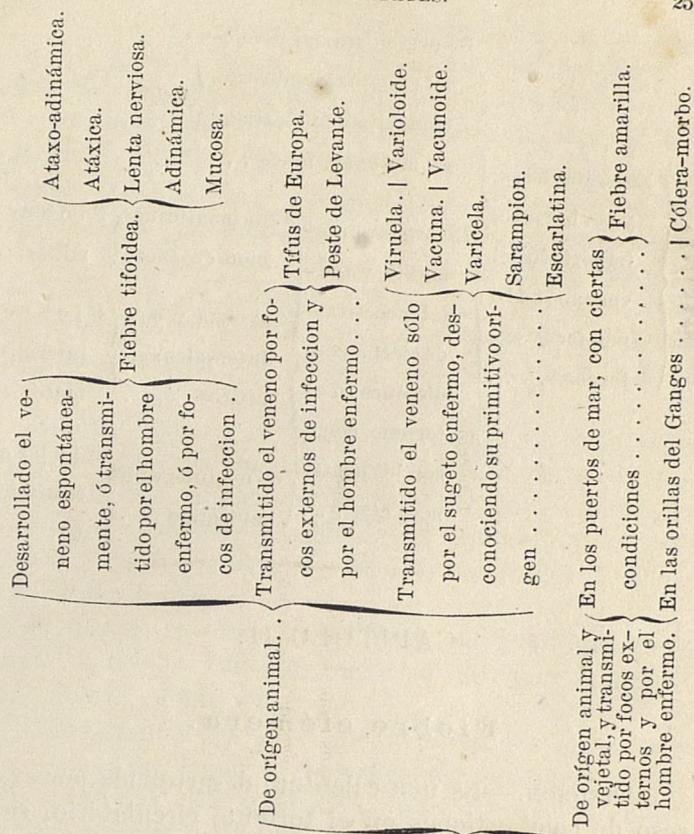
<p>Producidas por causas que, determinando simplemente un aumento de combustiones, oxidaciones y calorificación, no infeccionan el organismo . . . . .</p>	<p>Aumento de calor, de oxidaciones y de combustiones en todo el torrente circulatorio.</p>	<p>Sin aumento de materia-les asimilables. . . . .</p>	<p>Fiebre efémera.</p>
	<p>Con aumento de materia-les asimilables. . . . .</p>	<p>Angioténica.</p>	
	<p>Iguales fenómenos, comenzando en regiones limitadas y generalizándose despues á todo el organismo. . . . .</p>	<p>Por hiperemia repercusiva de las mucosas respiratorias, y rara vez de la gastro-intestinal. . . .</p>	<p>Fiebre catarral simple.</p>
	<p></p>	<p>Por hiperemia directa ó repercusiva en la mucosa-gástrica. . . . .</p>	<p>Fiebre gástrica simple.</p>
	<p></p>	<p>Por hiperemia directa ó repercusiva en el aparato hepato-duodenal. . .</p>	<p>Fiebre biliar.</p>

NO INFECTIVAS.

INFECTIVAS.

Producido el aumento de combustiones, oxidaciones, etc., por una verdadera intoxicación.

Contagiosas.



INFECTIVAS.	{	No contagiosas, y por lo tanto, importado el veneno sólo por focos ex- ternos. . . . .	De origen animal y veje- tal; no guardando esta- cion, clima ni localidad en sus apariciones . . . .	}	Gripe.	
		{	De origen pura- mente veje- tal; necesitan- do ciertas con- diciones del terreno, como son los panta- nos, etc. . . . .	Con manifesta- cion cutánea.	{	Fiebre miliar.
			Sin ésta y con intervalos api- réticos. . . . .	Sin intervalo apirético . . . .	{	Fiebre intermi- tente.
}	}	}	}	Fiebre remiten- te.		

## CAPÍTULO II.

### Fiebre efémera.

**DEFINICION.**—Es una calentura desarrollada por exceso de combustiones en el torrente circulatorio, sin aumento de sustancias asimilatrices.

**ETIOLOGÍA.**—*Causas predisponentes:* El temperamento sanguíneo, el sexo masculino más que el femenino, la supresion de un flujo habitual, los esfuerzos inmoderados despues de las comidas, la insolacion, etc.

*Causas próximas:* Cada una de las anteriores, sola ó reunida, ocasionando que los materiales que paulatinamente iban á ser transformados, se combustionen en una cantidad exagerada de principios, desarrollándose un aumento de oxidaciones y de calor, ó lo que es lo mismo, la fiebre.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—No sucumbiendo nadie, bajo la sola y única acción de esta enfermedad, no podemos describir ningún fenómeno anátomo-patológico.

SÍNTOMAS.—Estalla sin pródromos, de repente ascendiendo la escala térmica medio ó un grado, impresionando al sistema nervioso en su porción periférica; esto hace, como ya hemos indicado en las generalidades, que se verifique una contracción de las fibras foliculares, alejando por consiguiente en parte la sangre de la piel; tal perturbación acarrea los escalofríos, la palidez, la concentración del pulso y el ligero castañeteo de dientes.

Inmediatamente se siguen bocanadas de calor, haciéndose general, elevado y halituoso; la cara está encendida, las conjuntivas inyectadas, hay fotofobia y lagrimeo, pulsación visible de las carótidas y temporales, y cefalalgia frontal; el pulso radial bate frecuente, lleno y duro.

El aparato respiratorio, teatro de combustiones exageradas, acelera sus movimientos, haciéndose la respiración frecuente y anhelosa.

Los órganos digestivos nos ofrecen los siguientes síntomas: la lengua á consecuencia del aumento de calorificación está encendida, seca y cubierta en su centro por una crápula blanquiza, que no es más que el depósito de las sustancias sólidas al evaporizarse las líquidas; hay anorexia, sed ó deseo de bebidas frías; rara vez se presentan conatos de vómito, existiendo por lo común ligera astringencia; la orina es escasa, encendida, precipitando un ligero sedimento latericio; tales síntomas son hijos del exceso de presión renal y del aumento de la urea.

A más del cuadro que antecede, puede añadirse que en los niños, mujeres y sujetos débiles, sobrevienen desórdenes nerviosos.

DURACION.—Siendo tal efémera, de 24 á 48 horas.

CURSO.—Si no pasa de 24 horas, es continuo continente; si llega á 48, es continuo con exacerbacion nocturna y remision matinal.

TERMINACION.—Por la curacion, la que se efectúa por remision gradual de síntomas, *lisis*, ó por una evolucion brusca del organismo, *crisis*; dicha terminacion crítica es epistaxis, por sudor ó por orina. Cuando va á sobrevenir una epistaxis, se conoce por la dureza y concentracion del pulso, aumento de cefalalgia y peso hácia la raiz de la nariz; en caso de terminacion por orina, le anteceden dolores lumbares y pesadez sobre el púbis.

Si el sudor va á ser el fenómeno en cuestion, se convierte el pulso en ondulante, haciéndose cada vez más matorosa la piel.

PRONÓSTICO.—Favorable, si no hay complicaciones.

DIAGNÓSTICO.—Por su duracion y fisonomía especial distinguimos esta fiebre del primer período de algunas otras, con quienes pudiera confundirse.

TRATAMIENTO.—El enfermo guardará quietud en cama, teniendo un abrigo moderado; se le sujetará á dieta absoluta, dándole disoluciones acídulas como bebida usual; si hay mucha cefalalgia, pondremos revulsivos á las extremidades inferiores, aplicando, si esto no basta y contamos con fuerzas en el enfermo, un golpe de docena y media á dos docenas de sanguijuelas á la margen del ano.

Como es condicion necesaria que al ser efémera no dure más allá de 48 horas, los medios indicados, unidos á una pocion antiespasmódica en caso de exaltacion nerviosa, serán los únicos que emplearemos.

Si ha habido completa astriccion de vientre, ó existe saburra gastro-intestinal, debe administrarse un pur-

gante, sobre todo salino, dialítico, como el sulfato de sosa, de magnesia, citrato de magnesia, etc.

Por último; pasado el acceso febril, darémos alimentos sanos al enfermo, aumentándolos gradualmente.

### CAPÍTULO III.

---

#### Fiebre inflamatoria.

SINONIMIA.—Angioténica de Pinel: sínoca imputris de Galeno: septenaria de Plater, etc.

DEFINICION.—Es una calentura desarrollada por exceso de combustiones en el torrente circulatorio, coincidiendo con aumento de sustancias plásticas.

ETIOLOGÍA.—La misma que en la efémera, solamente que reviste caracteres más acentuados.

SÍNTOMAS.—Antecedan por lo comun pródromos, que consisten en malestar general, entumecimiento de miembros, pesadez de cabeza, pérdida del apetito y lentitud en la circulacion; en tal estado estallan los escalofrios, alternando con bocanadas de calor, éste se hace general y halituoso.

Regularizada la calorificacion, se desarrollan iguales síntomas que en la efémera, solamente que adquieren éstos mayor intensidad y duran por mucho más tiempo. La noche del primer dia tiene el cuadro sintomático una exacerbacion para remitir por la mañana, y seguir con esta alternativa durante la enfermedad.

CURSO.—Es continuo con exacerbaciones y remisiones.

DURACION.—Por lo regular un setenario, si bien algunas veces puede llegar hasta dos, prolongándose más si hay complicaciones.

TERMINACION.—Favorable; ménos cuando ya porque el individuo afecto no sea de temperamento sanguíneo, ó porque la elevacion térmica ha medido grados muy altos en la escala, se desarrollan estados atáxicos ó adinámicos que pueden comprometer la vida del paciente, sucediendo con más frecuencia estos fenómenos si abusamos de un régimen antiflogístico. La cesacion de sus síntomas es por *lisis* ó *crisis*, como en la efémera; sus movimientos críticos, además de los mencionados en aquella, pueden ser por un flujo anormal ó suprimido.

TRATAMIENTO.—A más del indicado en la fiebre efémera, que se continuará mientras dure la enfermedad, se ordenará la administracion de pociones contraestimulantes, tales como: de agua 90 gramos (3 onzas); de extracto de acónito y digital, de cada uno 10 centigramos (2 granos); de nitrato de potasa 6 decigramos ( $\frac{1}{2}$  escrúpulo), y de jarabe 30 gramos (1 onza). *D.º y M.º* para tomar cucharadas de hora en hora.

Si esto no basta, ni las sanguijuelas, como dijimos en la efémera, se dará, con tal que haya mucha violencia de síntomas y una constitucion apropiada, una sangría de 8 á 10 onzas, repetida con cautela en caso necesario.

La administracion de los purgantes salinos está indicada siempre que hay pertinaz astricción.

---

## CAPÍTULO IV.

## Fiebre catarral.

Como se ve, en el cuadro que hemos adoptado para la clasificacion de las pirexias, el aumento de combustiones y oxidaciones, único carácter general de éstas, no sólo acontece de un golpe en todo el torrente circulatorio, sino que algunas veces se fija con más predileccion en un grupo de órganos, de donde se irradia al círculo en general: es lógico que empecemos por la fiebre catarral.

DEFINICION. — Es una calentura continúa, con exacerbaciones y remisiones muy marcadas, caracterizada por un calor general y seco, é hipersecrecion de las mucosas.

ETIOLOGÍA. — *Causas predisponentes*: Son el temperamento linfático, el sexo femenino, la constitucion débil, la mutacion brusca de temperatura, la falta de abrigo, etc.

*Causas próximas*: Las dichas, y además los vientos frios y húmedos, el abuso de los alcohólicos, por la diaforesis repentina que ocasionan y lo fácil que es de suprimir, etc.

Dichas causas, obrando sobre el organismo, contribuyen á la cesacion más ó menos brusca de la transpiracion cutánea; pero como en la economía, las secreciones se encuentran completamente contrabalanceadas, tenemos que al marchar el sudor de la piel ha de haber una hipersecrecion en un tejido congénere á éste, tales son las mucosas, y sobre todo las del árbol respiratorio, por su situacion y usos conocidos. Una vez

que esto suceda, si el trastorno ha sido pequeño, no se presentan más que los síntomas que caracterizan los ligeros catarrros de las primeras porciones de la mucosa aérea; mas si el cambio ha sido brusco y de alguna consideracion, no hay más remedio sino que aumente el movimiento intersticial, que haya mayor aflujo de sangre á los tejidos mencionados, que se eleven las combustiones y las oxidaciones, y ó que salte la fiebre precedida de fenómenos locales de catarro, ó al mismo tiempo que éstos.

SÍNTOMAS.—Suelen anteceder pródromos, que son: dolores contusivos en las extremidades y tronco, pesadez de cabeza, estornudo y tos; existan ó no éstos, apenas la temperatura ha subido de medio á un grado sobrevienen escalofrios ligeros, que corren por las espaldas, molestando extremadamente al enfermo.

Alternando con los escalofrios que aparecen por la tarde, suben llamaradas de calor, que se hace elevado y seco, la cara se pone rubicunda, las conjuntivas se inyectan, hay lagrimeo abundante y fotofóbia.

Como la pituitaria está hiperemiada, al tapizar los senos frontales determina una cefalalgia supraorbitaria, casi siempre de alguna intensidad.

En el aparato respiratorio, hijo del aumento de sangre en la mucosa, vienen actos reflejos, apareciendo el estornudo y la tos, que es seca y penosa.

Una vez que se ha establecido la hiperemia, hay sobreexcitacion de los folículos mucosos y glándulas, lo que determina que la espectoracion se haga filamentososa y despues mucosa, desprendiéndose tras esto las células epitélicas; el esputo ofrece, mezclado con moco, un gran número de éstas, que á consecuencia de su precipitada formacion, se verifica en ellas una regresion purulenta, que hace que hallemos en el esputo glóbulos

de pus. Cuando esto sucede, se dice que el estado catarral está ya cocido.

El moco no solamente es segregado por la membrana laringo-traqueal, sino que la pituitaria verifica lo mismo, saliendo por las aberturas de las fosas nasales, primero un líquido viscoso que erosiona las ventanas de la nariz y labios, despues puramente de naturaleza mucosa, pasando tal vez á ser moco-purulenta.

La respiracion es anhelosa, pero no difícil; la voz gutural ó ronca; el decúbito indiferente, ó por mejor decir, variable; la percusion no nos acusa ningun síntoma, y el oido sólo puede apreciar á lo sumo estertores de burbujas gruesas en la tráquea y gruesos bronquios.

En el aparato circulatorio observamos únicamente la frecuencia del pulso, que por lo general es duro y á veces contraido al principio de la enfermedad, haciéndose, al finalizar ésta, ondulante y blando.

En el digestivo podemos apreciar que la lengua se encuentra seca, con crápula blanquecina y bordes y punta roja; hay anorexia, sed, y por lo comun astrictcion. En algunos casos, el estado catarral toma su asiento en la mucosa intestinal, desarrollándose dolores cólicos, meteorismo, flatuosidades y diarrea persistente. La orina es escasa y encendida en los primeros dias, haciéndose abundante y con sedimento mucoso en los últimos de la afeccion.

**DURACION Y CURSO.**—De tres á siete dias es el tiempo que en la mayoría de casos persiste el cuadro sintomático que antecede, siendo su marcha continúa, con exacerbaciones y remisiones muy marcadas.

**TERMINACION.**—En caso de no haber complicacion, siempre y constantemente es feliz, pudiendo ser la curacion, ó por una remision gradual de síntomas, ó por

un movimiento crítico, consistente en un sudor copioso, en flujo de orina, ó en diarrea abundante.

PRONÓSTICO.—Favorable; á no ser, como queda dicho, que sobrevengan complicaciones.

TRATAMIENTO.—Quietud en cama, abrigo y dieta moderada. Cuando hay mucha cefalalgia, podemos hacer uso de sinapismos ó botijos. Para calmar la tos, posiciones mucilaginosas, espectorantes y calmantes, como la siguiente: De looc blanco, 90 gramos (3 onzas); tridacio, 10 centigramos (2 granos); jarabe de Tolú, 30 gramos (1 onza). *D.º y M.º* para tomar á cucharadas pequeñas, durante el día y la noche.

Si bien estos medios mitigan los síntomas principales, no debemos descuidar la supresion del sudor, indicacion principal; su restitution se consigue con el uso de los cocimientos de borraja, pétalos de amapola, etc., dados en caliente, pudiéndoles adicionar el subacetato amónico, ó los polvos de Dower, medicamentos que los dosificamos, el primero, de 10 á 15 gotas en 180 gramos ( $\frac{1}{2}$  libra) de vehículo; y el segundo, dividiendo un gramo, 2 decigramos (un escrúpulo) en 4 papeles, para tomar uno cada seis horas, en las tisanas mencionadas.

Con lo expuesto cubrimos las indicaciones más precisas de esta afeccion, llenando alguna otra que se presente, tal como la astriccion, corregida por los evacuan-tes, ó la diarrea, combatida con los medios que para esto contamos.

---

## CAPÍTULO V.

## Fiebre gástrica.

Bajo este nombre comprendemos la gástrica simple y la biliosa.

Algunos autores quieren colocar tambien á la saburral, verminosa y mucosa: la primera, producida por el aumento de alimentos ó mala condicion de éstos, no puede considerarse como tal, y sí como un síntoma de la saburra gástrica: la segunda, engendrada por los vermes en los intestinos, debe estudiarse en el mismo lugar que estudiemos las distintas lesiones que estos producen; y, por último, la tercera es llevada por la piretología moderna á ocupar un lugar en las formas de la fiebre tifoidea.

## Fiebre gástrica simple.

DEFINICION.—Es una fiebre continúa, con exacerbaciones y remisiones, que estando caracterizada por cefalalgia gravativa de sien á sien, pulso frecuente, lleno y duro, calor seco y elevado, vómitos de jugos gástricos y algunas veces biliosos, debe su existencia á un aumento de combustiones y oxidaciones, que limitado al aparato gastro-duodenal, se ha extendido á todo el árbol circulatorio.

ETIOLOGÍA.—El sexo masculino, el mal régimen de las comidas, el abuso de las sustancias excitantes, como el café, el té, la pimienta, mostaza, etc., los esfuerzos

musculares en los actos de la digestión, las bebidas alcohólicas, los enfriamientos y la supresión de flujos naturales ó morbosos, son las causas que más frecuentemente ocasionan esta fiebre.

Como causa próxima ó determinante, sólo tenemos que contar una de las mencionadas, que por obrar con demasiada intensidad ó por condiciones especiales del aparato digestivo, ocasionará una sobrellegada de sangre á esta víscera, la que seguida de la exageración en el movimiento nutritivo é intersticial, produzca un aumento de combustiones capaces para ser irradiadas á todo el árbol circulatorio.

SÍNTOMAS.—Pueden existir pródromos ó no; si los hay, consisten en malestar general, pérdida del apetito, epigastralgia y mal gusto de boca; durando uno ó dos días dicho trastorno, asaltan los escalofríos seguidos de calor seco y elevado, la fâcies está encendida, sobre todo en las mejillas; hay sequedad é inyección de las conjuntivas, y cefalalgia fuerte de sien á sien.

El aparato digestivo presenta la lengua seca y aguada, roja en sus dos tercios anteriores, y cubierta en su base por una crápula blanca amarillenta, hay sed viva, anorexia, conatos á vómitos, y por lo regular vómitos repetidos, que siendo primero de materias alimenticias, se hacen despues de jugo gástrico y sustancias biliosas. A todo esto acompaña una epigastralgia ligera, alteración del vientre y astringencia en los primeros días; puede acontecer que este último síntoma se convierta en diarrea, antecedida de dolores cólicos en la region umbilical; por último, la orina se halla encendida y escasa.

En el aparato circulatorio sólo apreciamos dureza y frecuencia del pulso.

El respiratorio nos ofrece nada de notable, pues

si bien la respiracion es anhelosa, es sólo un síntoma general de todas las fiebres, debido, como hemos dicho, al aumento del gasto orgánico.

En los niños, mujeres y sugetos delicados, suelen sobrevenir fenómenos nerviosos, tales como subdelirio, movimientos convulsivos, etc.

CURSO.—Contínuo, con exacerbaciones y remisiones.

DURACION.—De uno á dos setenarios.

TERMINACION.—Lo más frecuente es que sobrevenga la curacion por disminucion gradual de síntomas, pues es muy raro la resolucion crítica, la que al presentarse será por diarrea, orina abundante, sudor ó reaparicion de algun flujo suprimido.

PRONÓSTICO.—Favorable; pues la muerte no amenaza, siempre que no pase la lesion gástrica á un tipo más agudo, ó que no acontezcan complicaciones generales.

TRATAMIENTO.—Quietud y abrigo moderado; para la cefalalgia, sinapismos, pediluvios ó friegas secas á las extremidades inferiores; como bebida usual, agua albuminosa ó disolucion gomosa.

Si hay exceso de combustiones, se dará á pocillos, de hora en hora, una mezcla de 30 gramos (una onza) de alcohol de 36°, por 360 gramos (una libra) de agua.

Es necesario tener en cuenta la causa de la afeccion, porque al depender de saburra gástrica se debe administrar un emético, pudiendo elegir el tártaro estibiado para las personas robustas, cuya dosis será 10 centigramos (2 granos) en 90 gramos (3 onzas) de agua, á tomar á cucharaditas de media en media hora, alternando en estos intervalos con una poca de agua tibia; en las personas delicadas, huyendo de la accion contraestimulante del preparado antimomial, preferimos la ipecacuana.

Si los vómitos tienden á repetirse, haciéndose incoer-

cibles, se administra la pocion antiemética de Riverio, ó bien papeles de bicarbonato de sosa, subnitrate de bismuto y opio, tomados de tres en tres horas, suspendiéndolo en un vehículo apropiado. No consiguiendo ningun resultado con lo antedicho, se recurre á los trociscos de hielo, dados de cinco en cinco minutos; la epigastralgia se combate con una aplicacion de docena y media de sanguijuelas, las fricciones calmantes con el extracto de belladona, opio, beleño, etc.; al persistir este síntoma con intensidad, nos valemos de la accion tópica del hielo, de un sinapismo, y en último resultado de un vexcante.

Como régimen, observaremos dieta absoluta, si las condiciones del sugeto lo permiten; pero si hay necesidad de alimentarlo se preferirán las enemas de caldo, ya sólo, con vino ó con extracto de carne de Liebig; la gelatina helada, administrada interiormente, suele tolerarse bien.

En la convalecencia hay que guardar cierto método para dar alimentos; es conveniente que éstos sean desengrasados, de fácil digestion y bastante nutritivos, y que se propinen en cortas cantidades, pero repetidas.

Si hay saburra intestinal, emplearemos los purgantes salinos.

### Fiebre gástrica biliosa.

SINONIMIA.—Meningo-gástrica, de Pinel; fiebre biliosa, de Sthal, etc.

DEFINICION.—Es una calentura continúa, con exacerbaciones y remisiones que, caracterizada por la cefalalgia de sien á sien, el calor seco y acre, vómitos biliosos y color subictérico de la piel, es producida por un aflujo

sanguíneo al aparato hepato-duodenal, sirviendo éste de teatro á oxidaciones y combustiones exageradas, capaces de hacerse sentir en todo el tubo circulatorio.

ETIOLOGÍA.—El sexo masculino, el temperamento sanguíneo bilioso, la idiosincrasia hepática, la constitucion robusta, las pasiones de ánimo deprimentes, las insolaciones en el estío, el abuso de los alcohólicos, la alimentacion de sustancias grasas, etc., son las causas predisponentes más admitidas.

Como causas determinantes se han citado todas las anteriores, obrando con mayor violencia el traumatismo en el hipocondrio derecho, y segun algunos, el miasma palúdico; pero tal opinion se rebate sólo al considerar que los que contraen esta fiebre es durante el día, hora en la cual el calórico radiante hace elevar los miasmas á una altura inaccesible al contagio.

SÍNTOMAS.—Antecedan pródromos frecuentemente, y éstos son: gusto pastoso y amargo, tendencia al sueño, conatos á vómitos y laxitud general.

Tras estos pródromos, que persisten por dos ó tres días, se desenmascara la fiebre, comenzando su cortejo sintomático, que dividirse puede en dos grandes períodos: primero, de excitacion; segundo, de intoxicacion biliar.

El primer período comienza por escalofrios repetidos, que pueden llegar hasta producir el castañeteo. El calor seco, elevado y acre sustituye al período del frio, poniéndose la cara roja, las conjuntivas muy inyectadas, con viva fotofobia y cefalalgia, de sien á sien, desgarradora.

El aparato digestivo nos muestra la lengua seca, con crápula blanca amarillenta en su mitad posterior, anorexia, sed viva y constriccion de las fáuces.

Se suceden vómitos que, alimenticios al principio,

se convierten en jugo gástrico, pasando despues á biliosos; hay dolor en el hipocondrio derecho irradiado al epigastrio y al hombro del mismo lado; se observa meteorismo, flatuosidades y dolores cólicos; por último, la orina es escasa y encendida.

En este mismo período, el aparato circulatorio nos ofrece un pulso frecuente, lleno y duro, la respiracion no muestra nada de notable, pues sólo está frecuente y anhelosa á causa de la fiebre.

Pasado este período de excitacion, la bÍlis por exceso de su formacion en el hÍgado, ó por la transformacion de la hemoglobulina en bilirrubina en la sangre, desenvuelve todo el cuadro que sigue, característico del segundo período.

La cara, perdiendo su coloracion roja, se cubre de un tinte subictérico, acentuándose más en las conjuntivas y esclerótica; la cefalalgia se hace comprensiva, y suele sobrevenir algun delirio.

En el aparato digestivo vemos que la lengua se cubre por completo de crápula amarilla, notándose más el amargor de la boca y la astriccion de las fáuces; los vómitos se frecuentan, siendo las materias expulsadas completamente verdosas; la cavidad abdominal concluye por timpanizarse, despertándose muy mucho los dolores cólicos, que son precursores de diarrea biliosa.

La orina escasa, conmutando todos sus compuestos más principales en materias colorantes de la bÍlis, y precipita sedimento amarillo, fácil de despegar.

En el aparato circulatorio y respiratorio, observamos que el pulso pierde su dureza, y la respiracion cada vez más anhelosa, puede pasar á disnéica.

Por último, los de temperamento nervioso suelen acusar fenómenos, tales como ligeras convulsiones, subdelirio, etc.

CURSO.—Contínuo, con exacerbaciones y remisiones muy marcadas.

DURACION.—El primer período dura un setenario por lo regular, y el segundo, de uno á tres.

TERMINACION.—Favorable casi siempre, ménos si hay complicaciones.

La cesacion gradual de síntomas, un sudor, una diarrea, ó un flujo hemorroidal ó uterino, son las distintas maneras con que termina esta afeccion.

PRONÓSTICO.—Benigno, si no hay accidentes.

TRATAMIENTO.—El primer período reclama en primer lugar quietud y abrigo moderado, tisanas demulcentes como bebida usual, y un emético en caso necesario; sobre el hipocondrio derecho se aplican sanguijuelas, ventosas secas, y hasta los vexicantes, pudiendo hacer uso tambien de las distintas pomadas narcóticas conocidas. No debe descuidarse en este período la administracion de ruibarbo en polvo, ó en infusion.

Para el segundo, tenemos que modificar los medios terapéuticos, por consistir en una verdadera intoxicacion biliar; la quina, en infusion ó en sustancia, está sumamente indicada, así como el sulfato febrífugo; las infusiones de ruibarbo, que hemos recomendado en el primer período, tienen aquí bastante indicacion, como tambien las píldoras de su extracto y las enemas purgantes. Si dependiente del estado especial del sugeto, ó de la alteracion gastro-intestinal, la diarrea tendiera á ser colicuativa, se prescribirá el cocimiento blanco ó de simarruba, sólo, diascordiado, con la tintura de catecú, ó el extracto de ratania; las píldoras del extracto acuoso de opio, papelillos de ipecacuana, ó píldoras de nitrato de plata.

Los antiespasmódicos y los revulsivos no dejan de cubrir indicaciones especiales.

El régimen alimenticio se seguirá el mismo que en la gástrica simple, no desatendiendo la influencia nociva de las grasas para las lesiones del hígado.

En la convalecencia, que es algo penosa, no se abandonará la medicación tónica, y se tendrá muy presente el uso de los purgantes, la persistencia del ruibarbo á dosis tónicas, y la alimentación de carne seca, etc.

## CAPÍTULO VI.

---

Finalizada la descripción de las fiebres dependientes de una causa que no determina trastornos tóxicos en el organismo, entremos en el estudio de este segundo grupo, que debe su existencia á un veneno orgánico de naturaleza diversa, desarrollado espontáneamente por inoculación é infección.

Várias son las opiniones que se han emitido sobre la naturaleza de este principio miasmático; basta enumerar las principales.

1.<sup>a</sup> La de Liebig, que funda su teoría creyendo que el principio morbígeno es un fermento que, penetrando en el organismo, ejerce su acción sobre varias materias fermentescibles.

2.<sup>a</sup> La de Pasteur, que cree que séres de organización inferior invaden la economía, produciendo tales desórdenes.

3.<sup>a</sup> La de algunos químicos, que ya se fijan, como Granara, en la cantidad de ozono existente en la atmósfera, ó como otros, no de ménos talla, que creen en la formación de sustancias tóxicas en el medio ambiente, por una mutación alotrópica de sus componentes.

Sea de esto lo que se quiera, la verdad es que la ciencia como se encuentra hoy, no puede admitir con seguridad y precision ninguna de las mencionadas.

A nosotros no nos toca discutir sobre estos puntos, aceptando esto y negando aquello; así que, pasémoslo por alto para entrar en la descripción de cada entidad en particular, clasificadas como quedan anteriormente.

### Fiebre tifoidea.

SINONIMIA.—Frenitis, de los griegos; sínoca pútrida, de Galeno; adinámico-atáxica, de Pinel; entero-mesentérica, de Petit y Serres; enteritis foliculosa, de Forget; entero-mesenteritis tifoidea, de Bouilland; dotinenteritis, de Bretonneau; gastro-enteritis foliculosa, de Broussais; tifoidea, de Louis y Chomel; ileo-cyclitis, de Bailly; enteritis tifoémica, de Piorry; ileo-typhus abdominal, de varios autores.

DEFINICION.—Es una calentura continúa con exacerbaciones y remisiones, que caracterizada por delirio y estupor, erupcion de roseola, sudáminas y petequias, catarro laringo-bronquial y desarrollo de una enteritis ulcerosa, depende de un agente tóxico animal.

NATURALEZA.—Se considera esta fiebre como una intoxicacion de principios sépticos, que puede efectuarse ó á expensas del organismo, ó por trasmision.

ETIOLOGÍA.—De 15 á 30 años es la edad en que más se observa; la de 30 á 40 es ménos á propósito, y de 50 en adelante los casos son excepcionales. Con relacion al sexo, son invadidos con más frecuencia los hombres que las mujeres, cebándose en los temperamentos sanguíneos y constituciones robustas.

La alimentacion escasa y hacinamiento de personas,

disponen tanto como lo dicho anteriormente. Con relacion á las estaciones y localidad, decimos que el otoño es el que más favorece al desarrollo de esta entidad morbosa, sucediéndose por orden de frecuencia el estío, la primavera y el invierno. Las localidades que se hallan en mayor actitud para ser visitadas por una epidemia de fiebre tifoidea, son las capitales populosas, en las cuales no se siguen los preceptos higiénicos.

*Causas ocasionales:* El principio morboso, el veneno tífico, es la única causa determinante de esta afeccion. Su naturaleza es desconocida; pero sabemos, sin embargo, que es producto de descomposiciones animales, habiéndose discutido mucho sobre si es un sér de organizacion inferior, ó un agente químico.

Este principio puede desarrollarse de las maneras siguientes:

Por origen espontáneo; entendiéndose así cuando, uniéndonos al modo de pensar de Stich, consideramos que el organismo, en sus elaboraciones sucesivas, forma para ser eliminados productos sépticos, los cuales, por cualquier alteracion orgánica, pueden volver á absorberse penetrando en el árbol circulatorio, intoxicando la economía y dando lugar á la fiebre.

El segundo origen es el extrínseco: se llama así porque el miasma se produce fuera del organismo por focos externos, focos que existen en las capitales donde permanecen sustancias putrefactas en las vias públicas, emanando dicho virus generador. No solo son éstos los centros miasmáticos, á más de las letrinas, cloacas, etc., sino los restos de materia orgánica animal bajo las primeras capas telúricas, las cuales, bañadas por las aguas subterráneas, al descender éstas, quedan libres, desprendiendo como es consiguiente entidades tóxicas, que atraviesan el terreno é infeccionan la atmósfera.

El tercer origen es el llamado por transmision; su mismo nombre indica que depende de agrupaciones de enfermos tifoideos, los que en las deyecciones, aire espirado, cubiertas de la cama, etc., depositan el principio patogénico, capaz de infeccionar á algunos de los que se coloquen bajo su accion.

Réstanos solo indicar su mayor ó menor receptibilidad.

Puede muy bien el organismo no estar en disposicion de que produzca efecto alguno el veneno; á esto se llama inmunidad ó estado refractario.

Puede tambien acaecer que obre con poca intensidad sobre el organismo que invade, apellidándole á esto forma abortiva.

Desgraciadamente en la mayoría de casos vemos que las condiciones orgánicas son las más á propósito para la invasion y marcha de esta enfermedad; en tal caso, la fiebre tifoidea se desenmascara, corriendo sus períodos.

Terminadas las causas vamos á ocuparnos de la anatomía patológica.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Este estudio debe hacerse en la cavidad abdominal, pecho, cabeza, sangre, músculos, etc.

El summum de lesiones reside en el vientre, siendo esta la razon por la que comenzamos por él, dividiendo sus alteraciones en dos períodos:

1.º De infeccion tífica, hasta que aparece la úlcera.

2.º De reparacion, sea cualquiera la marcha que siga.

El de *infeccion tífica* puede dividirse en hiperemia, infiltracion, reblandecimiento y ulceracion. La mucosa intestinal, y sobre todo las inmediaciones de la válvula ileo-cecal, lo primero que acusa es la hiperemia, seguida de eliminacion de las células epitélicas. Las placas de

Peyero invadidas por un aumento sanguíneo se ponen turgentes, elevándose sobre la mucosa y ofreciendo dos categorías al presentarse la infiltración. Esta reconoce por causa la eliminación de las células epitelicas, é invade el tejido submucoso. Se colecciona alrededor de las placas, y en unas, estando en gran cantidad, le forma una impenetrable barrera que impide la entrada y salida de los elementos nutricios, resultando de aquí que su textura toma una gran consistencia; las dimensiones se exageran y toman el nombre de placas duras. En otras, por el contrario, la infiltración es ligera, y pudiéndose alimentar la placa, así como también descartarse de los elementos innecesarios, ni se aumenta tanto ni toma la consistencia que la otra, dando lugar á la placa blanda.

Tomemos por punto de partida la dura, que es la destinada á seguir el proceso tífico. Examinado su contenido al campo del microscopio, vemos que es una papilla blanco-agrisada, rica en células multi-nucleares y aumentadas de volúmen. Necesario es que un tejido que no se nutre pierda los derechos á la vida, por lo cual se comprende que ésta se necrose, desprenda su epiteliium y aparezca la ulceración, fenómeno limitante del período infectivo. La úlcera tifoidea es de forma elíptica, su mayor diámetro sigue el eje intestinal, el fondo lo constituye primeramente el tejido submucoso, ó el musculoso, y sus bordes se ranversan y se cubren de una película especial.

*Período de reparación:* La marcha de la úlcera constituye este período. Puede sobrevenir la cicatrización, en cuyo caso, comenzando de la tercera á la cuarta semana, se efectúa adelgazándose y palideciendo los bordes, coloreándose en rojo el fondo grisáceo, como dijimos, y cubriéndose al mismo tiempo de una placa se-

rosa, que una vez colocada al nivel de los bordes se extiende hasta aprisionarlos. Aunque la cicatrizacion es la manera de terminar favorablemente esta enfermedad, suele acarrear las estrecheces intestinales.

En aquellos casos opuestos al que hemos narrado, el proceso ulcerativo sigue avanzando, destruye una por una las tunicas intestinales, y se presentan ó hemorragias peligrosas ó la perforacion.

Para dar completa nocion de este trabajo patológico, repetimos que el summum de intensidad se encuentra en las inmediaciones de la válvula ileo-cecal; pero esto suele tener algunas excepciones. El cólon, el duódono, el estómago, juegan á veces importantísimo papel, tomando entónces la afeccion los nombres de colo-típus, duódono-típus, gastro-típus.

En la cavidad abdominal nos quedan que estudiar los ganglios mesentéricos, que siguen tambien paso á paso el trabajo de los intestinos; así los vemos hiperemiarse y ponerse tumefactos, infiltrando su tejido, el cual toma en determinadas ocasiones un aspecto lardáceo, y se funde derramándose en el peritoneo.

El hígado y los riñones sufren, si bien con ménos intensidad, hiperemias, infiltraciones y hasta fusion purulenta.

Ultimamente: el bazo se reblandece, se pone tumefacto, toma un aspecto violado, se desprende un tanto de la cápsula y aumenta dos, tres, cuatro ó cinco veces en volúmen.

*Aparato respiratorio:* La mucosa aérea, sobre todo en la laringe, no deja de recorrer la marcha trazada ya, llegando á ulcerarse, así como tambien la bronquial, complicando por consiguiente la afeccion una laringo-bronquitis-tífico-ulcerosa. Las lesiones del parénquima pulmonar y de la pleura no son constantes; sin em-

bargo, hiperemia y ligera inflamacion en el primero, y simple hiperemia en la segunda, es raro que no se presenten; notándose á veces esplenizaciones, regresion gris, fusion caseosa, y en la pleura exudados de diversa naturaleza.

*Aparato circulatorio:* El corazon está flácido y sus cavidades alteradas; hay infiltracion en el endocardio con tinte de un color rojo súcio; la sangre se ve desprovista en parte de fibrina y glóbulos rojos, habiendo en algunas circunstancias aumento en los blancos, ó sea la leucocitosis tifoidea. Segun Haller, á más de estos caracteres micrográficos se observan dos microscopos, el *penicillium crustaceum* y el *rhizopus nigricans*.

*Centros nerviosos:* El cerebro presenta, seccionándolo, punteacion roja, ligero reblandecimiento y derrame ventricular, que se cree debido á un exceso de formacion de sustancias líquidas.

Como terminacion no dejarémos pasar: 1.º Las alteraciones de los músculos voluntarios, los que flácidos y con coágulos albuminosos suelen seguir la degeneracion grasosa, ó la cérea. 2.º La orina se encuentra desprovista de cloruros y fosfatos, con aumento de urea al principio y disminucion despues, exceso de glucosa y presencia de la uroglaucina, leucina y tirosina. 3.º y último. La piel presenta una erupcion roseólica, la de manchas grises y la petequial.

SÍNTOMAS.—La fiebre tifoidea puede ó no presentarse con pródromos, los que si existen afectan tres formas distintas:

1.ª Gran postracion de fuerzas, vértigos, cefalalgia, anorexia y á veces epistaxis.

2.ª Fenómenos similatrices de una saburra gástrica, de los que nos convencerémos si prévia la administracion de un emético no ceden éstos.

3.<sup>a</sup> Síntomas de una fiebre intermitente; ésta se distingue de los pródromos de la tifoidea, en que cede por lo comun con el sulfato de quinina, y que la calorificación de la intermitente pasa de 38 grados y 5 decígrados, no alcanzando á dicha cifra los pródromos tíficos.

Bien haya sucedido esto, ó la afeccion comience sin tales cuadros sintomáticos precursores, empieza el verdadero cortejo de los fenómenos de dicha fiebre, pudiendo, para su descripción, dividirlos ó en dos grupos, de infeccion y reparacion, siguiendo sólo la anatomía patológica; ó en tres períodos, lo que es más práctico, fijándonos en la manera de ser de sus síntomas: estos períodos, son: el primero, de invasion, de exaltacion ó inflamatorio: el segundo, atáxico, y el tercero, adinámico y de terminacion.

*Primer periodo.* Comienza, bien por escalofrios repetidos ó por un escalofrio único, á lo que sigue un calor elevado y mordicante; la fâcies se pone encendida, á no ser cuando el enfermo se sienta en la cama, que palidece tendiendo al síncope; hay cefalalgia violenta frontal; ruido de oidos y gran laxitud; algunas veces se desarrollan dolores musculares, conociéndose esta forma bajo el nombre de reumatoidea.

*Aparato circulatorio:* El pulso está frecuente, lleno y constantemente dilatado.

*Aparato digestivo:* La lengua ancha, húmeda y cubierta de una capa blanquecina, quedando marcadas las impresiones de los dientes; hay mal gusto de boca, anorexia y sed; en la cavidad abdominal se nota meteorismo, y por lo regular astriccion; por último, la orina es escasa y encendida con aumento de urea.

*Aparato respiratorio:* Hay sequedad en las fâuces, cosquilleo en la laringe y la voz es gangosa, haciéndose

la respuesta algo tarda y tendiendo á ser monosílaba.

Este cuadro de síntomas es en los dos ó tres primeros días, pues del cuarto en adelante comienza á metamorfosearse.

Segun las investigaciones del señor Wunderlich, el termómetro al cuarto día oscila constantemente entre 39 y 40°. En la misma época se presentan ligeras epistaxis, que, léjos de aliviar al enfermo, lo empeoran cada vez más.

Del cuarto al quinto día vemos que la lengua comienza á eliminar su primitiva capa, haciéndolo, segun Vogel, de un modo patognomónico. Esta eliminacion consiste en que se forma un triángulo isósceles, bien de fondo rojo, y de consiguiente de base anterior, limitado por dos franjas crapulosas, bien de fondo blanquizco, base posterior, y circunscrito por dos bandas rojizas.

Al mismo tiempo que esto acontece se aumenta el meteorismo, el vientre se eleva y tomando el bazo proporciones anormales, se desarrolla gorgoteo en la fosa iliaca derecha y dolor en esta misma region, exacerbándose cuando se comprime. Este gorgoteo no indica, como decian los autores antiguos, un síntoma patognomónico de esta fiebre. Lo único que nos da á conocer es la inminencia de la diarrea, la que no tarda en presentarse, siendo primeramente semiblanda, para convertirse despues en líquida, de color amarillo, de olor fuerte y reaccion alcalina.

No es solo el aparato digestivo el que aumenta sus síntomas á la mitad de este período; el tubo respiratorio á su vez nos ofrece tambien cosquilleo laríngeo, seguido de tos, que seca en un principio se vuelve húmeda, depositando el enfermo esputos mucosos ó moco sanguinolento; se observa ligera disnea, dolor en el pecho, estertores mucosos, ora crepitantes si hay lesion

pneumónica, ora sibilantes si están interesados los bronquios finos.

Con respecto á las secreciones, dirémos que la orina, sin caracteres especiales al principio, se hace escasa, privada de cloruros y fosfatos, y conteniendo uroglauцина, leucina y tirosina.

Quédanos sólo para concluir este período, mencionar los trastornos nerviosos y los de la calorificación. Entre los primeros, vimos que el enfermo no acusaba síntoma apreciable al empezar, pues apenas se notaba la lentitud en las contestaciones; ésta, en los últimos días del setenario que describimos se marca más, concurriendo con indiferencia en el semblante y frases monosílabas. Hay subdelirio versátil, casi nunca vigíl, algun subsulto de tendones y decúbito dorsal.

*Calorificación:* Este período es llamado de oscilaciones ascendentes, revistiendo un carácter constante por la noche la escala térmica; asciende grado y medio para disminuir medio grado por la madrugada; esto es, que de un día á otro suele ascender un grado hasta llegar á 40° 5, 41°, y rara vez 42. Llegando al sétimo día, la piel nos muestra una erupcion de carácter roseólico, que establece el paso del primero al segundo setenario, y que se presenta en la base del pecho, vientre, parte interna de los muslos, ó en toda la piel, cual si fuera un exantema generalizado. Algunos autores han querido presentar relaciones entre la intensidad de esta erupcion y el pronóstico de esta enfermedad, considerándola en razon inversa á la gravedad de dicha fiebre.

*Segundo período: Atáxico:* La piel, que al comenzar este período se halla cubierta de la erupcion mencionada, puede presentar otra de color grisáceo, cuya naturaleza desconocemos. Además, se suelen observar grandes sudores que determinan una tercera manifes-

tacion cutánea, consistente en vesículas miliares en el tronco, áxila, ingles y partes laterales del cuello.

*Aparato digestivo:* La lengua deja de ofrecer el triángulo de Vogel, siguiendo eliminándose su crápula, hasta el tercio posterior; el fondo rojo que quedaba se seca, se resquebraja, y poniéndose oscuro no tarda en presentar en los bordes dos franjas achocolatadas. Las encías y labios pierden su tinte normal, comenzando á cubrirse de puntos negruzcos, los que van extendiendo sus contornos progresivamente. El vientre se hace más timpánico, se aumenta el dolor y el gorgoteo de la fosa ilíaca, convirtiéndose la diarrea en colicuativa, con estrías sanguinolentas, trozos de epiteliium, presencia de los microscocus indicados en la anatomía patológica, y masas purulentas con detritus orgánico al finalizar este setenario. El bazo, que comenzó á aumentar desde la segunda mitad del primer período, sigue esta marcha hasta tomar tres, cuatro ó cinco veces su volumen, descendiendo despues al quinto ó sexto dia del que narramos. La orina continúa con los caracteres anteriores, haciéndose más escasa y más densa.

*Aparato respiratorio:* Se presentan, si no existian ya, síntomas pneumónicos, que pueden llegar hasta la sofocacion, el esputo contiene sangre y pus, y se adhiere al fondo de la vasija.

*Aparato circulatorio:* El pulso continúa frecuente, pierde algo su dilatacion, tomando en no pocos casos un tipo irregular. Como el corazon pierde la contractilidad de sus paredes, se desarrolla la paresia cardiaca, que hace que el pulso se vuelva dícroto.

*Sistema de inervacion:* La cara es indiferente por completo; las respuestas, en caso de darlas el enfermo, no se relacionan con lo que se le interroga, y no tiene conciencia de lo que le rodea, afectando decúbito dorsal y

algo abandonado. En la primera mitad de este setenario, el delirio pasa de versátil á furioso, no conciliando el sueño ni un momento siquiera: á la terminacion, de furioso se convierte en comatodes y tranquilo, como preparándose al colapso que va á sobrevenir.

Finalmente, el subsulto de tendones se hace más apreciable, apareciendo la carfológia.

*Calorificacion:* Toma el nombre de oscilaciones estacionarias, por no existir ascensiones y remisiones, sino de dos á tres décimas de grado á lo más. No obstante puede acontecer una súbita remision de dos grados próximamente, que durando de 10, 12 á 24 horas ó más, nos engañe, queriendo ver en ella una terminacion prematura. Las ilusiones del Profesor se deshacen, volviendo á adquirir la cifra térmica la elevacion primitiva, por no haber sido esto más, que lo que dijimos en las generalidades de esta seccion (el período anfíbolo).

*Tercer período ó adinámico:* Así como el segundo se anunciaba por la roseola, éste lo suele hacer por las petequias, extravasaciones sanguíneas limitadas que en número variable aparecen en la piel, y que indican la fluidificacion del líquido hemático. El enfermo cae en un profundo coma, la facies es estúpida, y la posicion abandonada en extremo, los ojos están entreabiertos, las orejas algo despegadas, y los labios y fosas nasales tapizados por las fuliginosidades que, iniciadas en el período anterior, han seguido avanzando más y más. Siguiendo estudiando el tubo digestivo vemos que esta masa negruzca recubre toda la boca, dándole á los dientes un colorido especial. Hay disfagia, mayor aumento de timpanismo, diarrea cada vez más flúida, más puriforme y más fétida, expulsada sin conciencia; la orina toma una consistencia siruposa, un olor repugnante y sale al exterior por rebosamiento, sin darse cuenta de ello el paciente.

Estos materiales segregados, juntamente con la posición del enfermo, y la poca vitalidad de los tejidos, determinan las úlceras que, llamadas por decúbito, dejan á veces al descubierto los tejidos más profundos.

*Aparato respiratorio:* La respiración es difícil, intermitente, coincidiendo la entrada y salida del aire con un estertor traqueal mucoso, que indica la parálisis de este tubo y que impide que se expulsen los materiales detenidos; la expectoración no se efectúa por esta misma causa, y los estertores del período anterior, tomando mayor acentuación, nos vienen á comprobar la gran parálisis del aparato respiratorio.

*Aparato circulatorio y nervioso:* El pulso es pequeño, irregular é intermitente, á veces filiforme y, por último, miuro; los latidos cardiacos disminuyen su intensidad, perdiendo no pocas veces el ritmo que normalmente guardan.

Los síntomas que el sistema nervioso acusa, pueden reducirse al completo aplanamiento y sedación de éste.

*Calorificación:* Este período se denomina de oscilaciones descendentes; pero si bien en sus primeros dias la cifra térmica pierde su máximo, no nos es dado llevar la cuestión más adelante, sin entrar en las terminaciones que éste tiene íntimamente, unida á la cuestión que nos ocupa.

*CURSO.*—El curso de esta enfermedad, es segun en los períodos que se estudie.

El primer período es continuo remitente; en el segundo continuo continente, y el tercero vuelve á ser continuo remitente, pasando á intermitente si se juzga por la salud.

*DURACION.*—No damos como los autores antiguos una sucesión cronológica á los síntomas y períodos de esta fiebre; pero, sin embargo, el primero y segundo

casi siempre recorren siete días cada uno; y el tercero, si bien puede durar igual tiempo, no es constante, por servir de teatro á las diversas terminaciones.

TERMINACION.—Avanzando el cuadro de síntomas, se comprende que el enfermo pierde muy pronto sus derechos á la vida. Esto acontece, siguiendo una marcha regular, por una disminucion del calor, ó sea por el tipo agónico descendente.

No es la muerte lo único que acontece como resultado de la fiebre que narramos; puede muy bien sobrevenir la curacion, y ésta ser por *lisis* ó *crisis*; cuando es lo primero, vemos al calor aproximarse lentamente al tipo fisiológico, coincidiendo con una disminucion de todos los síntomas, que hacen que el enfermo vaya conociendo lo que le rodea, que pierda la cara su carácter hipocrático, la posicion se haga angulosa, la respiracion cada vez sea ménos difícil, el pulso más desenvuelto y regular; en una palabra, alivio paulatino de todos los síntomas. Al marchar el enfermo de esta manera, no tarda en penetrar en la convalecencia; dicho estado es delicado en extremo, pues se presta á muchas complicaciones que hacen, ó que sucumban los enfermos por recaídas, ó por desenvolvimiento de un fenómeno que causa la muerte.

La curacion que puede efectuarse de un modo lento, como hemos expuesto, suele hacerse tambien por un movimiento crítico: el sudor abundante, el flujo de orina, la erupcion de diviesos y la aparicion de bolsas purulentas en las regiones pelvi-trocanterianas, etc., son los más frecuentes fenómenos de esencia crítica.

Siempre que de este modo se va á juzgar la fiebre tifoidea, entra el paciente en un sueño prolongado, reparador y tranquilo, del que despiertan bastante variados.

COMPLICACIONES.—En el curso de cada uno de estos distintos períodos, suelen presentarse accidentes de importancia suma, que, ó hacen sucumbir al enfermo, ó ponen en gran peligro su existencia.

*Cavidad abdominal:* En ésta se presentan el mayor número de complicaciones y de mayor interés.

*Perforacion intestinal:* Como la úlcera tífica suele invadir las tónicas intestinales, puede acaecer que rota la muscular y la serosa se comunique el intestino con la cavidad, vaciándose en ella parte de su contenido. Este accidente sucede cuando el enfermo está en completa adinamia, ó en la convalecencia: nos explicaremos; en el primer caso el práctico sólo aprecia mayor abultamiento de vientre, exceso de timpanismo, descomposicion aumentada de la fâcies, y síntomas, aunque enmascarados por la situacion del enfermo, de una peritonitis.

Cuando en la convalecencia se presenta tal complicacion, se conoce; porque el enfermo sufre de cuando en cuando accesos de fiebre, las deposiciones no se normalizan, y se dejan ver ligeras porciones de moco, pûs y sangre.

El vientre sigue meteorizado, acusando algunos dolores cólicos. La perforacion se nos da á conocer primero por un grito del enfermo, hijo de un dolor fijo y violento en un punto limitado del vientre, al que le sigue elevacion de sus paredes, meteorismo considerable, descomposicion de la fâcies, concentracion del pulso, etc.; en este estado se desarrolla una peritonitis, por vaciarse los materiales intestinales en dicha serosa; desarrollada ésta suelen sobrevenir dos cosas, ó que haga sucumbir al enfermo, ó que prévia una exudacion intersticial, se adhiera el peritoneo al intestino abierto, cediendo la peritonitis y terminando por la salud.

Como plan terapéutico aconsejamos la aplicación de nieve al vientre, el uso de bebidas frías, y el cuidar por medio de evacuantes que las sustancias intestinales pasen al vientre las ménos posibles.

Ya esté el enfermo en el período adinámico ó en la convalecencia, la manera de ser del líquido hemático contraindica el uso de las sustancias antiplásticas, tales como el mercurio y otras.

*Hemorragia intestinal:* Este accidente reconoce las mismas causas que las perforaciones, pues consiste en que los vasos que serpean por el fondo de la úlcera tífica se destruyen, saliendo la sangre muy flúida, por el estado general del paciente, que no se presta á formar coágulos.

Sus síntomas son: calor en el vientre, elevación de él, sudores fríos, descomposición del semblante, pequeñez del pulso, vértigos y lipotimias. A este cuadro de síntomas le sigue el flujo sanguinolento por el orificio rectal, terminando en tésis general por la muerte.

El tratamiento consiste en sinapismos volantes en las extremidades superiores é inferiores, hielo al vientre y trociscos de éste al interior, unido á esto el uso de pociones cordiales, caldo y vino, la ergotina en dosis de 1 dracma (4 gramos) disuelta en 3 onzas de agua (90 gramos), prescrita á cucharadas, de hora en hora. Asimismo se le pondrán al enfermo enemas astringentes, de catecú, ratania, tanino, percloruro de hierro, etc.

A más de lo expuesto, pueden sobrevenir peritonitis parciales, fusiones de los ganglios mesentéricos, degeneraciones del bazo, hígado, etc.

Pero estas alteraciones, que todas son dependientes de la marcha progresiva del proceso tífico, no son las únicas que se presentan, pues suele desarrollarse á consecuencia de la reparación de la úlcera, un tejido

cicatricial, que por estar en cantidad exagerada determina la estrechez ó la oclusion intestinal.

*Aparato respiratorio:* Como la evolucion tifoidea en la mucosa aérea, sobre todo en sus primeras porciones, guarda relacion con lo que pasa en los intestinos, puede acontecer que corra este proceso algo más de sus límites ordinarios, y la bronquitis capilar, la pneumonía, las hipostáxis é induraciones pulmonares, la pleuresía y la pericarditis, se presenten durante el curso de esta enfermedad.

No es solamente la cavidad abdominal y la torácica las que son asiento de funestos accidentes, pues suele suceder que una vez sentado que el cerebro sufre evoluciones en su textura, sobrevenga derrame seroso, reblandecimientos parciales, focos purulentos que arrebatan la vida del enfermo, en el segundo ó tercer período, ó en la convalecencia.

El Sr. Trousseau nos habla de regresiones granulosas y céreas de la sustancia muscular; pero baste sólo indicarlas sin detenerse en su exposicion.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico de la fiebre tifoidea está íntimamente ligado con la naturaleza que se le quiera dar. Si conceptuamos que no hay más fiebre tifoidea que aquella que reuna bien detalladamente el cuadro de síntomas que designan los autores, entónces tendríamos que detenernos en un diagnóstico prolijo de cada una de aquellas formas que se creen distintas de esta fiebre; así, pues, las confundiríamos con la nerviosa, la mucosa, la atáxica y adinámica de los autores antiguos, etc.

Pero si, por el contrario, llevamos exageradamente la cuestion al dictámen de la escuela antagonista, veremos á Mr. Louis admitiendo que todas las fiebres son tifoideas, y por consiguiente no hay necesidad de establecer diagnóstico con las confundibles.

Nosotros no somos sectarios ni de una ni de otra escuela, y por lo tanto tenemos que admitir alguna, cuya existencia esté comprobada en la práctica.

Como esto siempre es difícil, lo reservamos para los cuadros sinópticos, que se ocupan del diagnóstico diferencial de todas las fiebres.

PRONÓSTICO.—Lo hacemos reservado en todos los casos, modificándolo funestamente si la calorificación ha ascendido á más de  $40^{\circ} 0,5$ ; si ha presentado ó está próximo á tener algunas de las complicaciones indicadas, ó si el temperamento, constitucion, género de vida, etc., no son aptos para sufrir la evolucion tífica.

Lo harémos algo más favorable si la calorificación es moderada, si el delirio no es muy alto, si el estado del sugeto nos brinda esperanza, ó si resalta algunos de aquellos signos que indican el pronto y seguro restablecimiento.

TRATAMIENTO.—En los dos ó tres primeros dias sólo debe seguirse un plan sintomático y expectante, constituyéndolos las disoluciones emolientes para bebida usual, revulsivos á las extremidades inferiores, y algun purgante salino, si hay astricción; á esto se unen los caldos de cuando en cuando; pasada esta iniciacion de la fiebre, apénas se van robusteciendo sus principales síntomas, necesario se hace nos tracémos un plan que dirija sus miras en disminuir la calorificación, prevenir y atacar la adinámia, moderar los síntomas de pecho, cabeza y vientre, combatiendo el estado séptico en sus últimos dias.

Para llenar estas indicaciones se hará uso: en caso de aumentar la calorificación, del alcohol, como modificador principal de ésta, comenzando por 30 gramos (1 onza) á 90 gramos (3 onzas), disuelto en cantidad suficiente de agua; el empleo de esta sustancia de-

be tener muy alerta al práctico, pues traspasa algunas veces los límites de acción, y si no se consultan los grados térmicos que va acusando el enfermo, es probable que caiga en un estado hipostenizante, difícil de combatir. Con el mismo objeto se han aconsejado los baños frios, los que se encuentran muy poco usados en nuestro país; sin embargo, en caso de aplicarse lo que aconseja el Sr. Jacoud, consiste en irrigar agua fria y vinagre sobre la columna vertebral, por espacio de 5 minutos. Últimamente, no deben pasarse en claro las preparaciones de quinina, puesto que éstas son sustancias febrífugas que realizan, á no dudarlo, un gran papel en la terapéutica contemporánea.

Si los síntomas encefálicos toman mucha intensidad, se colocan sinapismos volantes en las extremidades inferiores, no valiéndonos, sino en último caso, de vejigatorios, porque éstos, desnudando el dérmis, ocasionan superficies dispuestas á escaras durante el período adinámico. Las compresas frias ó las vejigas llenas de hielo colocadas alrededor de la cabeza, sédan muy mucho la exaltacion cerebral. Interiormente se administrará con igual fin el almizcle en pocion, ó en píldoras, tomando al dia de 1 á 6 granos (5 centígramos á 3 decígramos), pudiendo agregársele otros anti-espasmódicos como el asafétida, la valeriana, el alcanfor, etc.

Los fenómenos de pecho que dejamos ya descritos, se moderan con revulsivos á esta region, tisanas pectorales, y si son muy violentos estos síntomas, pociones contraestimulantes, entrando en ellas el óxido blanco de antimonio, ó el quermes mineral, asociado á uno ó dos granos (5 á 10 centígramos) de extracto acuoso de ópio, beleño ó tridacio, y preparado todo, ó en píldoras, ó en un vehículo mucilaginoso.

Al aparecer los síntomas de postracion, comienzan los fenómenos adinámicos, y es necesario atacarlos con mano fuerte. El caldo, que no debe habersele suspendido al enfermo, mezclado ya de antemano con vino bueno, se sigue dando en intervalos más cortos, aunque en menor cantidad; se continúa con el sulfato de quinina, ya al interior, ya en enemas, ó en fricciones; además se prescribirá una libra (360 gramos) de cocimiento de quina, y una dracma (4 gramos) de ácido fénico, para tomar pocillos de tres en tres horas, alternando con cucharadas de la siguiente pocion: de agua de canela, 3 onzas (90 gramos); de confeccion gentil, una dracma (4 gramos); de tintura corroborante de Wight, un escrúpulo (un gramo, 2 decígramos), y jarabe de quina, una onza (30 gramos). Suele substituirse ésta por la experimentada opiata de Masdevall. Nos apresuraremos en cubrir las paredes del vientre con agua fenicada, y poner enemas de ácido fénico, diluido convenientemente en agua.

Para las úlceras por decúbito, podemos usar el ácido fénico, ácido muriático ó nítrico, colocándole despues compresas de agua fenicada, ó alcoholizada.

Con este plan de conducta conseguiremos en más de un caso prevenir los accidentes funestos de esta afeccion, no pudiendo dejar de observar el mayor régimen higiénico y de alimentacion, pues las recaidas son har-to frecuentes, y de resultados funestos en tésis general.

## CAPÍTULO VII.

**Formas de la tifoidea.**

Descrito ya el tipo que afecta normalmente la tifoidea, vamos á ocuparnos de las diversas formas con que se reviste.

Lo primero que debemos mencionar es la fiebre que de índole tifoidea termina en el primer setenario, disipándose los fenómenos atáxicos que caracterizan su finalizacion. Esta forma es conocida por los autores modernos con el nombre de tifoidea abortiva.

Para algunos pasa desapercibida, puesto que le llaman, segun los síntomas más predominantes, gástrica, catarral, etc.; no por esto vamos á seguir la exclusiva escuela del Sr. Louis, pues éste lleva su exageracion hasta tal punto, que á todas las fiebres las califica de tifoideas, como hemos dicho anteriormente.

Las verdaderas formas abortivas de esta fiebre, deben estudiarse no pasando por alto ciertos estados que se desarrollan en el curso de varias afecciones; en tales casos, lo único que se observa más bien que fiebre tifoidea son síntomas atáxicos ó adinámicos, que vienen modificando el cuadro general.

Los síntomas atáxicos reconocen casi siempre por causa el exagerado aumento de combustiones, el exceso de calorificacion; por ejemplo, nos encontramos á un enfermo de pneumonía, determinada por un traumatismo algo violento en la cavidad torácica; como que la causa ha sido intensa, los síntomas flogísticos estallan en poco tiempo, la cifra térmica se ve ascender á

su grado máximo, y de consiguiente el sistema nervioso, sujeto á esta elevacion de temperatura, se desencadena, produciendo el cuadro de fenómenos que con el nombre de atáxicos, dejamos descrito en el segundo período de la tifoidea.

Con relacion á los síntomas adinámicos, ven su origen en aquellas afecciones que, habiendo causado un gran desgaste orgánico, la sangre, falta de principios aptos para la asimilacion, riega viciosamente los tejidos, y elaborados de una manera imperfecta los elementos orgánicos, se descomponen, pasando de nuevo al torrente circulatorio, intoxicándolos.

Tócanos, para terminar, decir ligeramente dos palabras, sobre las formas que afecta en su curso la fiebre que estudiamos, creyéndonos relevados de describir las formas conocidas con el nombre de atáxica y adinámica, pues llevan esta denominacion por sus síntomas predominantes.

### Forma mucosa.

SINONIMIA.—Adeno-meníngea, de Pinel.

ETIOLOGÍA.—Como causas predisponentes, juegan en primera línea el temperamento linfático, el escrofulismo, la mala y escasa alimentacion, etc.; como ocasionales, los lugares bajos y húmedos, que descomponen sustancias orgánicas de carácter tóxico.

SÍNTOMAS.—Debe tenerse muy en cuenta que el máximum de las alteraciones radica en el estómago y en las primeras porciones de los intestinos. El enfermo tiene la cara pálida, se queja de cefalalgia obtusa en el vértice; la calorificacion traspasa poco el tipo fisiológico y el pulso es pequeño; la boca se encuentra

pastosa, con lengua ancha, húmeda y crápula blanco-amarillenta de bastante espesor; del tercero al cuarto día, la mucosa bucal presenta una erupción aftosa, que sangra, huele mal y dura de tres á cinco días; hay vómitos de materiales, primero ácidos, y después insípidos, es decir, mucosos; elevación de vientre, dolor, borborismos y flatuosidades, habiendo primero astringencia y después diarreas mucosas con trozos de epitelium; la orina no tarda en depositar un precipitado también mucoso.

Con tales síntomas estalla el delirio, alternando con el estupor.

CURSO Y DURACION.—Es continuo remitente, persistiendo por tres, cuatro, cinco setenarios, ó más.

TERMINACION.—A más de las mencionadas en la forma principal, debemos no olvidar que á la cesación de la fiebre suele estallar un reumatismo articular agudo.

PRONÓSTICO.—Reservado, si pasa del segundo setenario, y si las condiciones del enfermo nos traducen lo poco que podrá sobrellevar esta entidad pirética.

TRATAMIENTO.—Se ha recomendado comenzar por un emético, prefiriendo la ipecacuana; pero, si se nota astringencia de vientre, debe emplearse un emeto-catártico, haciendo tomar al enfermo para bebida usual las tisanas demulcentes, como cocimiento de cebada, disoluciones gomosas, y más que nada, las aguas alcalinas carbonatadas, como disolventes del moco.

Las indicaciones principales que tenemos que cubrir, son: el estado de postración del enfermo, administrando para esto el sulfato de quinina, las infusiones amargas, el caldo y el vino, etc.; hay también que evitar la persistencia de las aftas y el incremento de la diarrea; para la primera, se emplean los colutorios de clorato de potasa, el ácido hidro-clórico diluido ó puro, y has-

ta el azoato de plata; y para la segunda, el cocimiento blanco de Sydenham, sólo, discordiado, con extracto de ratania, catecú, etc.; el cocimiento de simarruba, las píldoras de ópio, la ipecacuana como sustancia antidi-sentérica, y otros medios análogos.

### Forma lenta nerviosa.

SINONIMIA.—Fiebre lenta, de Huxham.

ETIOLOGÍA.—Reconoce por causa el temperamento nervioso; la edad de 10 á 30 años; las sustancias irritantes, tales como los alcohólicos, el té y el café, etc.

SÍNTOMAS.—Los pródromos son largos é insidiosos, pasados los cuales comienza la afección sin desarrollarse francamente; el timpanismo, el gorgoteo, la diarrea, son síntomas muy comunes en esta enfermedad; el delirio no toma demasiada intensidad, pues casi siempre hay subdelirio, alternando con coma.

CURSO Y DURACION.—Por más que en el cuadro de síntomas pudiésemos avanzar más, nos contentamos con decir que el apellidarle fiebre lenta nerviosa, es por la irregularidad en su cuadro sintomatológico, y la duración de éste, pudiendo llegar hasta 30 y 60 días.

PRONÓSTICO Y DIAGNÓSTICO.—Reservado el primero; ocupándonos del segundo en los cuadros subsiguientes.

TRATAMIENTO.—Seguiremos el indicado ya de antemano.

---

## CAPÍTULO VIII.

## Fiebres eruptivas.

Descrita la fiebre tifoidea y las formas que reviste, siguiendo el orden que nos hemos trazado en la clasificacion, estudiaremos un grupo de pirexias que tienen por comun carácter depender de un principio tóxico de naturaleza desconocida, que se elabora fuera del organismo, y que se trasmite por difusion é inoculacion.

Esta seccion comprende para su estudio; la viruela, la varioloide, la vacuna, la vacunoide, la varicela, el sarampion y la escarlatina.

El sudor miliar es llevado por la mayoría de los autores á esta seccion; pero nosotros al estudiar la causa próxima de las fiebres, no podemos seguir la misma conducta, porque su principio generador está muy distante de poseer las antedichas condiciones.

## Viruela.

DEFINICION.—Es una fiebre que, producida por un veneno desconocido de inapreciable espontaneidad y capaz de transmitirse por difusion é inoculacion, se caracteriza por un cuadro de síntomas parecido al de la biliosa, seguido de una erupcion de pápulas vesículo-pústulas umbilicadas, las que dejan tras sí cicatrices pertinaces.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Como se deduce, la viruela es un envenenamiento que, si bien se desconoce en su

modo de ser íntimo, se aprecia perfectamente por sus efectos.

Como causa predisponente, se ve la niñez, la pubertad y edad adulta, siendo muy raro los casos que pueden contarse en la vejez. Aunque no tiene gran importancia el temperamento, la constitucion, el sexo y género de vida; no obstante, los sugetos robustos, sanguíneos, y con desarreglos en el régimen de la alimentacion, son los más abonados para padecer la afeccion que nos ocupa.

Las causas ocasionales son sólo y exclusivamente el virus; este principio puede muy bien ser trasportado por la atmósfera, llegando al organismo sano para infeccionarlo, ó bien impregnada la ropa ó la cama por el virus, depositarse sobre la piel de las personas que cuidan al enfermo, y por una erosion, ó por cualquier levantamiento de epidermis, ponerse bajo la accion de los vasillos absorbentes del dérmis, pasando al resto del organismo para sufrir sus evoluciones.

En tiempos anteriores se servian los prácticos de este procedimiento para inocular á sus clientes con pus varioloso, y preservarlos de una peligrosa erupcion ulterior. Este proceder fué desechado por dos razones: primera, porque se convencieron los sectarios de práctica tan expuesta de que, no habiendo más que un sólo virus, podia acontecer que impregnada la punta de la lanceta en una pústula, correspondiente á una erupcion benigna y discreta, al pasar á otro organismo se convirtiera en una viruela maligna y confluyente; segunda, que descubierta la vacuna y no ofreciendo ésta ningun riesgo, era lógico se abandonara la inoculacion variolosa.

Ciertos autores, desoyendo tal vez los datos que la observacion y la experiencia nos han suministrado,

quieren establecer dualidad en el virus varioloso, admitiendo uno para la viruela discreta y otro para la confluyente; nosotros no podemos estar conformes con esta opinion, y si la tratamos aparte es por tener síntomas distintos, pues no vemos más diferencia en ellas que las condiciones individuales.

La forma hemorrágica reconoce igual causa, y lo mismo se ve aparecer en la viruela discreta que en la confluyente.

### Viruela discreta.

Con relacion á la etiología y génesis nada tenemos que añadir á lo expuesto.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Debemos estudiar lesiones locales y generales.

Las lesiones locales características son de la piel, es decir, la erupcion. En ésta puede observarse, primero, una hiperemia circunscrita á la red de Malpigio, que se presenta en forma de puntos rojos elevados, y que estancándose comienza á separar hácia su periferia las células de esta capa. Esta separacion se efectúa por una trasudacion serosa, que comienza en el centro, convirtiendo la pápula en vesícula. Una vez hecho este trabajo, agrupadas las partes sólidas en el limbo, no tienen más remedio que mezclarse con la serosidad central, ya por la proliferacion celular, ya por mortificacion de éstas; lo que determina que, abundando este líquido en células jóvenes, sufran una regresion, se presente el pus y se desarrolle la pústula.

Tanto la vesícula como la pústula ofrecen una umbilicacion casi constante, que ha hecho fijar la atencion de los prácticos.

Distintas opiniones se han dado acerca de esto; pero la verdad del caso es que la umbilicacion sólo nos indica la existencia de un folículo piloso que la produce.

Una vez desarrollada la pústula, se deseca, y, ó ya se rompe su cubierta, como luego despues veremos, ó se arruga sobre el contenido.

Además de la erupcion, nos encontramos fenómenos catarrales en las mucosas, y algunas veces erupcion tambien en ellas.

Fuera de esto, todas las demás lesiones que quisiéramos anotar son, ó propias de todas las fiebres, ó inconstantes, por no reconocer más causa que la fisonomía especial que toma en cada individuo.

SÍNTOMAS.—Para describir la sintomatología de la viruela, es preciso establecer diversos períodos; de incubacion, invasion, erupcion, supuracion y desecacion.

*Período de incubacion:* Casi no debe mencionarse como tal, por no tener síntomas que lo den á conocer; sin embargo, su existencia es real; el vírus, al penetrar en la economía, necesita tiempo para manifestarse al exterior y desarrollar la primera fiebre, siendo éste de ocho á once dias.

*Período de invasion:* Con anterioridad á algunos pródromos comunes, estalla un escalofrío violento, ó escalofríos repetidos, seguidos de calor elevado y acre, el que, seco al principio, se hace húmedo al poco tiempo. Es patognomónico de esta forma el abundante sudor que cubre la piel de los enfermos, persistiendo durante toda la erupcion. La cara está encendida, las conjuntivas inyectadas, ojos brillantes, fotofobia y cefalalgia frontal, dolor en la region lumbar, que unos han creído que es muscular, y otros que es dependiente de una hiperemia renal, comprobándose, por último, que el dolor depende de la médula, pues cuando se aumenta

más de lo acostumbrado, sobrevienen parálisis en las extremidades inferiores y en la vejiga.

*Aparato circulatorio:* El pulso es frecuente, lleno y duro, vibrando á veces las carótidas y temporales.

*Aparato digestivo:* La lengua está seca, con crápu-la blanco-amarillenta central, hay sed, anorexia, y vómitos de materiales biliosos, casi siempre se presenta astricción, pero puede sobrevenir la diarrea, que no deja de tener distintos valores.

En algunas epidemias, segun Vogelius, se ha presentado diarrea, la que era síntoma favorable, cuando dependiente de una saburra intestinal y no de una perturbacion orgánica, no duraba más allá del período de erupcion; en los casos contrarios, siempre es de mal pronóstico.

La orina es escasa, encendida y con precipitacion rojiza.

*Aparato respiratorio:* La respiracion está anhelosa, frecuente, pero no difícil; hay por lo comun algunos síntomas catarrales de las primeras vias, sobre todo cuando reinan estados de esta clase.

*Aparato de inervacion:* En los niños es lo más frecuente que el escalofrio inicial sea sustituido por accesos convulsivos; y éstos, siempre que no se repitan en el transcurso de la afeccion, no envuelven gravedad alguna. En el adulto, los desórdenes nerviosos que aparecen están casi siempre en relacion con la intensidad de la fiebre, y consisten en algun delirio, sobre todo por las noches.

En casos aislados, notamos que juntamente al cuadro que hemos descrito, la piel se cubre de una erupcion pasajera, que llamada *rash* por los ingleses, afecta las formas siguientes, enumeradas por orden de benignidad: hiperémica ó rubeoliforme, escarlatiniforme y el

hemorrágico ó petequial, de pronóstico gravísimo.

Terminada la descripción de este período, queda sólo decir para empezar el segundo, que marca el termómetro 40° por lo comun; señalémos además la duracion.

Segun Sydenham primeramente, y casi todos los patólogos que le han sucedido, este período dura cuatro dias, diferenciándose, como veremos, de la confluyente, en que rara vez pasa de dos.

Los aforismos del Hipócrates inglés, dados sobre este punto, consisten en que mientras más tarda la erupción, más benignidad encierra, á no ser que sea la tardanza dependiente de un trastorno orgánico, ostensible casi siempre.

*Período de erupcion:* Al comenzar este período cede la fiebre, apareciendo la erupcion (defervescencia de los alemanes); ésta se presenta por pequeñas máculas, como picadas de pulga en la frente, alrededor de los ojos, resto de la cara, tronco y extremidades.

En el término de 24 horas, hallándose el enfermo casi apirético, la erupcion se ha generalizado en los casos normales, afectando bien el carácter de pápula.

Como las mucosas toman parte en ella, hay sequedad en las fáuces, tos, dolores de vientre é incomodidad al orinar; al principio del segundo dia, la pápula muestra trasparencia en su parte media, convirtiéndose al finalizar éste en verdadera vesícula, con umbilicacion central y rodeada de un limbo rojo.

El tercer dia de erupcion, sétimo de enfermedad, se hace opalino el contenido de la vesícula, el limbo rojizo aumenta en su coloracion, poniéndose turgente y doloroso: pasados estos tres dias, va á modificarse este cuadro, entrando el

*Período de supuracion:* Así como en el período de invasion, la fiebre afectaba la forma biliosa con caracteres

inflamatorios, en el que vamos á describir aparece de nuevo la entidad febril, pero vestida de síntomas de la verdadera fiebre de supuración, calorificación poco aumentada, piel matorosa, pulso blando, ligera cefalalgia, etc., son sus caracteres.

El día octavo de enfermedad, primero de este período, la vesícula se ha convertido en pústula, aumentando la turgencia del limbo y el dolor. Por esto y por la presencia de la fiebre, la respiración vuelve á ser anhelosa, aumenta la astringencia de las fáuces, la tos hace arrojar materiales mucosos purulentos, hay mayor incomodidad de vientre, y la orina puede precipitar moco, ó moco pus.

El segundo día de este período, sólo se caracteriza por aumento de síntomas, tanto generales, como locales.

Llega el tercer día, décimo de enfermedad, y encontramos unas pústulas que, haciéndose semisólido su contenido, se ha arrugado su cubierta sobre él; y otras, aumentando la tensión del pus sobre sus paredes, se rompen, quedando unas ulceritas.

*Período de desecación ó descamación:* En este período se suprime la fiebre, terminando la marcha progresiva de la erupción y comenzando la reparación.

La descamación se efectúa de dos maneras; ó el contenido de la pústula se deseca, arrugándose la cubierta y formando una costra que se desprende en breve, ó bien la cubierta de la pústula se rompe, dejando una ulcerita que pronto se cubre de una hoja, que tiende á desprenderse.

Sea de una manera ú otra, se observa después una elevación rojiza, que poco á poco va eliminándose por capas, hasta que queda una depresión cicatricial estrechada, que persiste por mucho tiempo.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—No puede marcarse un curso determinado, por tener cada período el suyo. Con respecto á la duracion desde el primer escalofrio hasta la desecacion, se puede decir que hay de intervalo diez dias; pero una vez desecando la pústula, no podemos limitar fecha terminal, puesto que cada enfermo presenta la suya. La terminacion de la forma que nos ocupa es, siempre que no haya complicaciones, en la salud, y ésta sobreviene por disminucion gradual de síntomas.

**DIAGNÓSTICO.**—Puede confundirse el período de invasion con la fiebre biliosa y el primer período de otras fiebres eruptivas; sus síntomas distintivos serán expuestos en los cuadros subsiguientes.

**PRONÓSTICO.**—Favorable, por lo comun.

**TRATAMIENTO.**—Nos reservamos éste, para tratarlo juntamente con el de las demás formas de la viruela.

## CAPÍTULO IX.

---

### Viruela confluyente.

Como expusimos al comenzar esta seccion, el virus varioloso es único; pero segun la naturaleza del organismo receptor, ya se presenta bajo la forma discreta ó la confluyente; formas que conviene mucho distinguir en todos sus períodos; pues no es como se cree, que la viruela confluyente se caracteriza tan sólo por el aumento en la erupcion; tiene síntomas distintivos que hacen al práctico la conozca desde su primer período.

**GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.**—Enteramente igual á la de la viruela discreta.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las mismas lesiones que la discreta, solamente que en vez de vesículas limitadas, en vez de pústulas separadas, vemos extensas ampollas que determinan mortificación de tejidos, infiltraciones de éstos, y lesiones muy marcadas en los órganos presidenciales de la vida.

SÍNTOMAS.—Iguales períodos cuenta que la discreta; en el de incubacion no hay diferencia alguna; así es que empezamos por establecerla en el período de invasion.

*Periodo de invasion:* A más de lo que caracteriza este período á la discreta, cuyos síntomas adquieren mayor intensidad, se presentan distinciones muy dignas de notarse.

El calor alto y urente siempre es seco, no sobreviniendo el sudor como en su congénere; la astricción comun en la primera es conmutada en diarrea, que no reconoce por causa saburra intestinal, sino un verdadero trastorno orgánico.

El delirio y los fenómenos nerviosos se dibujan con grandes proporciones.

Pero no son éstos los únicos medios que tenemos para distinguir una forma de otra; hay otro dato clínico máspreciado, y es la duracion de este período. En la discreta decíamos que persistia por cuatro días, y en la confluyente sólo de dos ó tres, presentándose al momento la erupcion.

*Periodo de erupcion.*—Este período varía en todo por completo; lo primero que sucede es, que la fiebre suprimida al comenzar la erupcion en la discreta, persiste ó toma mayores proporciones en esta forma. La erupcion que en la discreta afecta al principio la forma papulosa, en la confluyente el enfermo aparece con una máscara rojiza, con elevaciones irregulares que, infiltrándose de serosidad, elevan la piel en forma de ampollas.

Los síntomas de astricción en las fáuces, disnea y tos se exagerarán marcadamente; así como también la diarrea persiste con igual intensidad, precipitando trozos de epiteliium.

*Periodo de supuracion:* Los síntomas generales van cada vez tomando proporciones más temibles; la fiebre que en este período, en la viruela discreta, tomaba el carácter de supuracion, en la confluyente, se reviste de las formas que caracteriza la reabsorción purulenta, la fiebre séptica. Hay grandes combustiones orgánicas, escalofríos repetidos, sudores viscosos y de olor repugnante, aliento fétido, expectoración purulenta y gran disnea; el pulso es frecuente, pequeño y á veces irregular; el vientre está meteorizado, la diarrea es puriforme y con detritus orgánico, y la orina casi suprimida, deposita pus en la vasija donde se vierte.

El decúbito es dorsal; hay delirio bajo, alternando con el coma, subsulto tendinoso y carfología.

Además de este cortejo sintomático, hay que fijarse en los fenómenos locales, que se les da un valor semiótico característico.

La piel, cubierta de ampollas llenas de serosidad lactescente, al comenzar dicho período se convierte su contenido en materia purulenta, ora rompiéndose unas y desecándose el pus entre la superficie ulcerosa, ora trasudando las que quedan intactas, una materia cremosa que se solidifica, y que da al enfermo un carácter especial.

*Periodo de descamacion:* En la viruela discreta, vemos desaparecer los síntomas febriles, el cuadro general, puesto que la erupción, sin complicación alguna, comienza á marchitarse; pero en la confluyente, como que hay muchos focos purulentos y ha antecedido fiebre alta de carácter séptico, tenemos que, ó ésta per-

siste, arrebatando la intoxicacion purulenta á los enfermos, lo cual es lo más frecuente, ó bien con lentitud va dejando de ser, á medida que los focos de pus desecados pierden condiciones para reabsorberse.

La piel, en sus partes ulceradas, se cubre de una materia seca y de color negruzco, que determina la cicatrizacion subcrustácea, ó, por el contrario, se elimina, para que se formen nuevas capas.

Las ampollas, que no se han vertido al exterior, desécanse, toma consistencia su contenido, se desprende, y forma bajo ellas capas sucesivas de tejidos.

Por último, la descamacion en la viruela confluyente es á grandes trozos de piel, dejando tras dicha eliminacion cicatrices irregulares y viciosas.

Durante el trabajo de descamacion es muy frecuente suceda que se formen colecciones purulentas, casi sin cuadro flogístico precursor, en las articulaciones de las extremidades y en el rostro.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Con respecto á su curso y duracion, decimos lo mismo que de la viruela discreta, aunque es más corto el período de invasion en ésta que nos ocupa.

La terminacion puede ser por la curacion ó la muerte; pero lo más comun es un resultado funesto, ya durante el período supurativo, ó de descamacion, por el estado séptico; ya durante el período de erupcion, por retropulsion del exantema é inflamaciones viscerales; ó tambien en el curso de la convalecencia, por complicaciones de interés.

Pronóstico.—Grave, como queda dicho; pero no pasaremos en alto que algunos autores se fijan en que los antebrazos se pongan ó no edematosos, siendo buen signo el primero, y funesto el segundo.

TRATAMIENTO.—Para mayor claridad, creemos oportuno

tuno tratar esta parte descriptiva de la forma que estudiamos, al final de las demás.

## CAPÍTULO X.

---

### Viruela hemorrágica.

Esta, más que forma de viruela, puede tomarse muy bien por una verdadera complicacion, que ora se presenta en la forma discreta, ora en la confluyente, modificando al iniciarse todo el cuadro de síntomas.

La viruela hemorrágica puede ser tal desde el primer período, ó bien puede aparecer en los períodos sucesivos.

Al hablar del *periodo de invasion* en la viruela discreta, señalamos una erupcion que, de índole inconstante, se presentaba bajo el nombre de *rash*.

Dicho *rash*, tambien dijimos que podia afectar cuatro formas; pues bien, cuando es la petequial ó hemorrágica, es cuando comienza el estado que venimos describiendo.

Ya pasen las cosas de este modo, ya suceda que el primer síntoma hemorrágico aparezca con la erupcion, ó que ya una vez formada la vesícula ó pústula se llene de un líquido negruzco, es constante que apénas se inicie la trasudacion hemática bajo la piel, sobrevengan hemorragias pasivas rectales, uterinas, etc., seguidas de un cuadro de síntomas de carácter adinámico. La fécies se descompone, hay gran postracion de fuerzas, pequeñez y concentracion del pulso, dificultad en la respiracion, perturbacion en las secreciones, etc.

Con respecto á la terminacion, que es lo único de que

tenemos que hablar, puesto que el curso y la duración, poco más, poco menos, es igual á lo ya dicho en la viruela discreta y confluyente; la terminacion, decimos que siempre, hablando en tésis general, es por la muerte.

Toda vez que en cualquier enfermo veamos, aunque sea en la forma más benigna de viruela, aparecer síntomas hemorrágicos, el cuadro se hace alarmante, y si podemos contar cuatro ó cinco petequias aisladas, una epistaxis, etc., presagiarémos muy mal.

Acerca del pronóstico, debemos considerarlo reservado, hijo de las conclusiones semióticas que se deducen de lo dicho.

TRATAMIENTO.—Expuesto ya el cuadro de síntomas de la viruela discreta, confluyente y hemorrágica, se deduce que cada una de estas formas reclame un tratamiento sintomático distinto. Más siendo así, que el virus varioloso es idéntico en estas tres formas, y que necesitamos valernos de ciertos medios que eviten la intoxicacion del hombre sano, expongamos en tésis general los que poseemos para este fin.

*Tratamiento profiláctico:* Para evitar el desarrollo de esta enfermedad, se puede hacer de tres modos:

1.º Separando ó aislando al individuo del lugar donde exista el veneno.

2.º Combatiendo á éste en el medio que nos rodea.

3.º Introduciendo en el organismo sustancias que impidan que dicho virus pueda efectuar su evolucion.

Para lo primero, contamos con la salida del individuo del sitio en donde reside el mal, con el aislamiento de los enfermos, en una palabra, con las medidas sanitarias conocidas, como son lazaretos, cordones, cuarentenas, etc.

La segunda indicacion se llena de dos modos; ó bien

envolviendo al miasma en una materia inerte, pudiendo hacerlo con fumigaciones balsámicas y aromáticas, ó ya, y este es el mejor medio de atacarlo, destruyéndolo químicamente. Por desgracia, no conocemos su naturaleza; así, todo lo que hagamos va guiado por un simple espíritu de ensayo. Las fumigaciones con el cloro, que se obtienen á merced del preparado Guyton Morveau, son las más usadas; pero algunos químicos contemporáneos combaten la acción del cloro, diciendo, que su único papel es clorurar la molécula infectante; por lo tanto, buscan un cuerpo que disocie los elementos de ésta, valiéndose al efecto del ácido hiponítrico.

Si queremos realizar la tercera propuesta, se necesita inocular al individuo sano, ó con virus varioloso ó con virus vacuno.

La inoculación variolosa tenia su razón de ser, ántes del descubrimiento de la vacuna; pero estamos seguros ya de que la viruela, áun de forma benigna, al ser llevada al organismo, puede revestir formas muy graves, pasando de medio preservativo á ser un enemigo destructor. La inoculación de la vacuna la trataremos al ocuparnos de esta afección, en particular.

*Tratamiento sintomático: Viruela discreta:* En el período de invasión usaremos las tisanas diaforéticas, como de borraja, pétalos de amapola, etc.; revulsivos á las extremidades inferiores, sinapismos, botijos, baños de pies, etc. En caso de violencia en los síntomas presentados y en individuos de temperamento sanguíneo, deben emplearse las pociones contraestimulantes, la aplicación de sanguijuelas sobre algun órgano afecto, y en último extremo, y no sin circunspección, la sangría: como alimento, caldos.

En el período de erupción se persistirá en la medicación diaforética, alternando con tisanas demulcentes y

subácidas. Por regla general, el estado del enfermo no exige la continuacion de los revulsivos, pudiendo administrarle sopas, sémola y otras sustancias, que en pequeña cantidad sean de fácil digestion. Vigilarémos muy mucho la retropulsion del exantema.

En caso que esto suceda, se hace muy preciso que á todo trance empleémos una medicacion enérgica, que se dirija á volver á la piel la suprimida erupcion, llenando este propósito con el uso de diaforéticos activos y continuados, abrigo excesivo al enfermo, aumentando las cubiertas de la cama, revulsivos á la piel, como sinapismos volantes, friegas secas, urticacion, baños de vapor, etc.

Si dicha retropulsion desarrolla trastornos de interés en algun órgano de importancia, como cerebro, pulmon, pléura, corazon, etc., los combatirémos con medios apropiados al efecto.

En el de supuracion, seguimos administrándole bebidas atemperantes; conviene mucho tener en cuenta el carácter de la fiebre, no vaya á desarrollarse una pioemia inesperada.

Tanto en este período como en el anterior, se han empleado diversos medios para evitar la presencia de la erupcion en determinadas regiones, ó la deformidad resultante de las pústulas. Para lo primero se ha empleado el unguento mercurial, los vapores aliáceos, el colodion elástico ricinado, la glicerina y otros: para lo segundo, la puncion de las pústulas, la compresion de éstas, las cauterizaciones, lociones, etc.

En el de descamacion, ausencia de todo tratamiento, á no ser que haya alguna indicacion que llenar; aumento progresivo del alimento, y la administracion de un purgante salino ú oleoso, que ya se habrá prescrito en los primeros tiempos de la enfermedad, en caso de as-  
tricción prolongada.

*Tratamiento sintomático: Viruela confluyente:* No olvidemos el tratamiento que antecede, pues en todas las formas de viruela conviene; en el período de invasión de la confluyente, caracterizado por violencia de síntomas febriles y por aumento de calorificación, se prescribe el agua alcoholizada, pociones contraestimulantes, y si el individuo es de temperamento sanguíneo y constitución muy robusta, ligeras evacuaciones sanguíneas; á más de esto, cuando se exacerban los síntomas cerebrales, se aplican revulsivos á las extremidades inferiores, desde el simple sinapismo hasta el vejigatorio.

En el período de erupción, puesto que siguen el mismo carácter los síntomas, se persiste en igual tratamiento, modificándolo según los casos.

En el de supuración, en el que hay focos abundantes de pus, en condiciones de aptitud para ser absorbido por el organismo, es necesario atacar de frente la fiebre de reabsorción y el estado adinámico, compañero en estos casos del séptico. Para cubrir estas indicaciones, se administran el sulfato de quinina, ya en píldoras ó en fricciones; los cocimientos de quina fenicados y paños de agua fenicada á la piel; además convienen las pociones cordiales y la persistencia de los caldos con un poco de vino.

En el período de la convalecencia, no se necesita más que, ó continuar el plan propuesto durante la supuración, ó contentarse sólo con cubrir los accidentes.

Si se desarrollan abscesos en regiones donde el bisturí pueda penetrar, harémos al momento punciones ó incisiones, para que el remanso del pus no vaya á determinar por sí sólo la fiebre de reabsorción. Tendrémos muy en cuenta las lesiones secundarias al proceso varioloso, tales como laringitis, pneumonías, pleuresías, pericarditis, etc.; pues es necesario atacarlas de frente

siempre que veamos que continúan, una vez terminada la causa que las produjera.

*Tratamiento sintomático: Viruela hemorrágica:* Esta forma de viruela, que como expusimos ya, puede presentarse tanto en la discreta como en la confluyente, es necesario combatirla, aunque no sea con gran éxito, cuando aparezcan sus primeros síntomas.

Apénas percibimos la petequia, ó una hemorragia, se hace preciso el empleo enérgico de sustancias tónicas y astringentes.

Bajo el primer punto de vista, se prescriben el cocimiento de quina, las pociones cordiales, el caldo y el vino, el extracto de carne, etc.

Para responder al segundo, daremos como bebida usual la limonada sulfúrica, pociones astringentes, como por ejemplo: de agua, 90 gramos (3 onzas); de ergotina, 4 gramos (una dracma), y de jarabe de ratanía, 30 gramos (una onza). *D.º y M.º* para tomar cucharadas de hora en hora. Además, podemos hacer uso de píldoras, de enemas, ó de inyecciones, que llenen el mismo fin.

## CAPÍTULO XI.

### Varioloide.

Se designa con este nombre la viruela modificada.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—La modificación de la viruela consiste, en que el virus varioloso penetre en un organismo que ha padecido anteriormente viruela, ó que ha sido vacunado hace algun tiempo; pero que no teniendo estos antecedentes suficiente energía para de-

tener por completo la evolucion del virus, modifica nada más sus manifestaciones.

Con respecto á las causas, son las mismas que las de la viruela, solamente que siempre tiene que existir una erupcion anterior de viruela, ó la vacunacion.

*SÍNTOMAS.*—*Primer período:* En este período se presentan iguales fenómenos que en la viruela; únicamente tenemos que fijarnos en la frecuencia del *rash* en sus diversas formas descritas, las cuales le dimos gravedad en la viruela, sobre todo en su forma hemorrágica y escarlatiniforme.

En la varioloide, no envuelven gravedad sus manifestaciones, y tanto es así, que hasta en las formas hemorrágicas, observamos disiparse el cuadro alarmante, y curar el mayor número de enfermos.

La duracion del período de invasion varía como en la viruela, según que vaya á ser discreta ó confluyente la erupcion.

*Segundo período:* Los síntomas eruptivos y generales son los mismos que en la viruela, diferenciándose exclusivamente en la no presencia del limbo rojizo.

*Tercer período:* Por lo comun, apénas el contenido de la vesícula privada de limbo se convierte en pus, es decir, en el primer dia de este período, ó cuarto de erupcion, se seca el contenido, se arruga su cubierta, y trasudando una sustancia amarillenta semisólida, queda la jóven pústula convertida en un boton córneo.

Muy raras veces dura el período de supuracion dos ó tres dias, continuando líquido el contenido pustuloso.

La descamacion, curso, duracion, terminaciones, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, lo referimos á lo dicho anteriormente y ya expuesto en la viruela.

## CAPÍTULO XII.

## Vacuna.

En el tratamiento profiláctico de la viruela, dijimos ya la existencia de la vacuna, no dejando de indicar el saludable efecto que produjo, no solamente por su buen resultado, sino por desterrar la mala práctica de la inoculación virulenta, que en 1721 llevó á Inglaterra Lady Montagne, viniendo ésta de Constantinopla, que la habia tomado de la China y Persia, de la Georgia, de Circasia y de Grecia, naciones que empleaban la inoculación virulenta desde tiempo inmemorial.

La vacuna fué descubierta por Jenner, según unos, y por Benjamin Gesty, según otros.

Sea de esto lo que se quiera, lo que nos importa es conocer la vacuna; otros que se encarguen de dilucidar su verdadero descubridor.

La vacuna es una erupción pápulo-vesico-pustulosa, que se presenta en el sitio en donde se inocula el virus, sacado éste, ya de una pústula vacuna de un hombre previamente inoculado, ó ya de cow-pox de la vaca, su verdadero origen.

En la génesis y etiología, nos detendríamos si pudiéramos decir, á más de lo consignado, la manera de preservar de la viruela. Los conocimientos actuales, empíricamente nos muestran el hecho; pero en el terreno de la razón, sólo hay teorías que no son otra cosa que las generales á la acción de los virus y miasmas.

La ANATOMÍA PATOLÓGICA de la erupción vacuna, no merece que nos detengamos en ella, habiendo expuesto la de la viruela.

SÍNTOMAS. — En los tres días que siguen á la inoculación, sólo se percibe la señal de la picadura si acaso, pero al finalizar el tercero ó el principio del cuarto, se presenta un punto duro, abultado y rojizo, que se transforma en vesícula aplastada el quinto día, y se umbilica en el sexto.

El sétimo día se rodea cada vesícula de areola inflamatoria, aumentando más el octavo y continuando el noveno día, en el que el contenido de la vesícula pasa á ser pus, convirtiéndose ésta en pústula.

Sigue la supuración décimo y undécimo día, pero al duodécimo, las pústulas se ponen amarillentas, primer síntoma de la desecación, que comienza de centro á periferia.

La cubierta de la pústula se ha convertido en una costra, la cual no cae hasta el día vigésimo, y algunas veces hasta el vigésimoquinto, dejando una cicatriz blanco-mate, radiada y profunda relativamente.

Los síntomas generales no existen en tésis comun, presentándose alguna vez que otra, rara vez en los niños, y con alguna frecuencia en el adulto, fiebre del sétimo al noveno día, la cual pocas veces es violenta, pero cuando lo es, coexiste con gran tumefacción dolorosa de los ganglios axilares é induración flegmonosa de la region vacunada.

Las *anomalías* de la vacuna son alge numerosas; la primera es la falsa vacuna ó vacunoide, la que está caracterizada, por terminar su evolución en siete ú ocho días, no tener umbilicación, carecer de areola, vaciarse de una vez al ser pinchada, y no dejar cicatriz.

Se encuentran tambien entre las anomalías, la *roseola vacuna*, hiperemia cutánea difusa, que empieza entre el tercero y el quinto día, toma su asiento en la region inoculada y termina con la desecación de la pústula.

El *eczema vacuno*, es otra *anomalia* que suele presentarse en los niños escrofulosos.

Se ha visto algunas veces, que á más del proceso vacuno se ha presentado una erupcion general muy parecida á él, la que algunos han dicho es la generalizacion del exantema; pero los dermatólogos más acreditados, y á su cabeza Hebra, dicen que es una varicela concomitante á la vacuna.

Usándose este virus como preservativo de la viruela, digamos algo de sus indicaciones, contraindicaciones y modo de efectuar la vacunacion.

Está indicada la vacuna en todo sugeto que no esté vacunado.

Ha habido algunas preocupaciones con relacion á la edad y á alguna epidemia de viruela reinante: dichas reservas deben alejarse de todo Médico que conozca su verdadera accion.

Respecto á la edad, es muy conveniente que lo hagamos en los primeros años de la vida, pudiéndolo practicar en las primeras semanas en los recién nacidos.

Nunca nos debemos contentar con vacunar al individuo una sola vez; es necesario practicar varias revacunaciones, para ir de tiempo en tiempo renovando este antídoto del virus varioloso. El intervalo que debe mediar entre dichas revacunaciones, debe ser, segun la mayoría de los autores, de cinco á siete años.

No comprendiendo bien algunos Profesores que la vacuna nunca puede determinar la viruela, se retraen de practicarla durante las epidemias variolosas; este es un error crasísimo que no debe pasar nunca por nuestra inteligencia; pues mientras más inminencia haya de viruela, más indicacion hay de vacuna.

Tambien se ha acriminado tan benéfica práctica, diciendo, que ha dado lugar á afecciones crónicas de la

piel, á la escrofulosis, etc.; esto es completamente incierto, y lo único que ha sucedido es, que como la vacuna no preserva más que á la viruela, puede muy bien desarrollarse libre é independiente de ella, una afeccion dermatósica, escrofulosa, etc.

*Modo de efectuar la vacunacion:* El vírus vacuno puede ser extraido del verdadero cow-pox de la vaca, ó de brazo á brazo.

Como nosotros no contamos con medios de impregnar nuestra lanceta en la pústula del cow-pox, tenemos que fiarnos en la buena fé de sus exportadores.

La manera que tienen éstos de enviarnos la materia virulenta, es, entre dos cristales, en tubos casi capilares privados de aire, ó en lancetas mojadas en el líquido virulento.

Tanto unas como otras, pueden muy bien no dar resultado ninguno, ó lo que es peor, desarrollar una viruela, por ser vírus varioloso.

Exceptuando los tubos, los cristales y lancetas traen solidificada la materia purulenta, siendo necesario para usarla humedecerla con agua caliente.

Los tubos traen líquida la preparacion, y basta sólo romperlos con cuidado y tocar en su contenido la punta del vacunador.

Entre los cristales, los tubos y las lancetas, estas últimas son las que generalmente dan peor resultado.

Cuando queremos valernos del pus vacuno, contenido en la pústula de la vacuna en el hombre; más claro, cuando vacunamos de brazo á brazo, escogerémos la de un individuo que tengamos seguridad casi completa de que no está su economía infeccionada por ningun estado general, como la escrofulosis, tuberculosis, sífilis, herpes, etc.

Esto, si quisiéramos teorizar, lo dilucidariamos; pues

hay opiniones en pró y en contra, sosteniendo unos que con el vacuno no se trasporta ningun principio morboso, mientras que otros sostienen lo contrario.

A nosotros, bajo el punto de vista práctico, no nos incumbe más que precaver, por si acaso tienen razon los primeros.

Una vez llenado este requisito, nos servimos de la pústula al octavo ó noveno dia, practicando del siguiente modo la inoculacion. Descubierto el brazo del individuo que se va á vacunar, pues es la region que se prefiere, se introduce un vacunador nuevo, de plano y horizontalmente en una de las pústulas vacunas, asegurándonos que la punta se ha impregnado bien de líquido; hecho esto, se estira con los dedos de la mano izquierda la piel de la parte lateral superior y externa del brazo, al nivel de la insercion braquial del deltoides, y la mano derecha, armada de la lanceta, dirige la punta de ésta horizontalmente debajo del epidermis, sin deramar sangre alguna, por más que algunos creen que debe darse salida á una gota.

Al extraer la lanceta, se le da un movimiento de semirotacion, para que deje todo el líquido sobre el dérmis.

Finalmente, es de práctica limpiar la punta de la lanceta sobre el orificio de las punciones.

El número de éstas, debe ser de tres á cinco en cada brazo, con la idea de que si alguna no se desarrolla, lo cual es muy frecuente, queden siempre otras que sufran sus evoluciones.

Se ha pretendido inocular, con el pus de la vacuna del hombre, el pezon de la ternera, con el objeto de obtener un cow-pox artificial. Esto ha dado resultados poco satisfactorios.

Del mismo modo disminuye la accion del pus vacuno, hasta quedar completamente nula, cuando se usa de la

vacunacion de brazo, pasando el virus por muchos individuos.

### Vacunoide.

Por no tener esta afeccion tanta importancia, bajo el punto de vista clínico, como la varioloide, no entramos á describirla, diciendo sólo que la inoculacion vacuna en algunos casos, á pesar de estar el virus en condiciones normales, puede el organismo receptor modificarlo de tal modo que se desarrolle una falsa vacuna, esto es, una vacuna modificada, la vacunoide.

## CAPÍTULO XIII.

---

### Varicela.

SINONIMIA.—Viruelas locas, lechinas, etc.

DEFINICION.—Es una fiebre exantemática, caracterizada por una accesion febril, seguida ántes de las 24 horas de una erupcion papulosa, que pronto se convierte en vesículas redondas, con círculos rojos, desecándose éstas sin pasar á pústulas.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Se ha creido que la varicela era igual á la varioloide; más claro, que era una viruela modificada, pero se comprende la inexactitud de tal paralelo:

1.º Porque se presenta por sí sola, sin epidemia coexistente de viruela. Condicion *sine qua non* de la varioloide.

2.º Porque la incubacion de la viruela es de nueve á once dias, y la de la varicela, de 15 á 17.

3.º Por el cuadro de síntomas.

Con relacion á sus causas, sólo podemos decir que la niñez es la edad más predispuesta, y que ni la vacuna ni la viruela influyen en su presentacion; este es un dato más para distinguirla de la varioloide.

SÍNTOMAS.—Pasado el período de incubacion, presenta el enfermo malestar y dolor de cabeza, acompañado de un movimiento febril más ó ménos violento.

Antes de las 24 horas del comienzo de estos trastornos, empiezan á presentarse en distintas regiones manchas rosadas y puntiagudas, en número de 15 á 30; la fiebre sigue sin embargo.

Al día siguiente aparece un número considerable de manchas, estando las primeras llenas de serosidad, y tomando una forma redondeada, sin círculo rojo alguno.

La fiebre es casi nula por la mañana del día siguiente, exacerbándose por la noche, para presentarse otro número de pápulas.

Estas accesiones nocturnas se repiten por cuatro ó cinco noches.

En el curso de la erupcion, la serosidad se hace opalina, se rodea la vesícula de un círculo inflamatorio, y apénas empieza á pasar del tercero al cuarto día la pústula, se rompe su cubierta, dando salida al contenido y evitando el período de supuracion.

Una vez rota la vesícula, es señal de desecacion, presentando un aspecto la erupcion, ora de costras negruzcas, ora de manchas rojas.

Este período tiene poca duracion, y deja muy rara vez alguna que otra cicatriz.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso es intermitente por accesiones nocturnas, tanto en la fiebre como en el desarrollo de la erupcion.

La duracion, desde el primer movimiento febril has-

ta la desecacion es de siete dias, poco más ó ménos, segun las circunstancias.

La terminacion es favorable.

PRONÓSTICO.—Benigno, siempre que no sobrevenga alguna complicacion, la cual es rara.

DIAGNÓSTICO.—Véanse los cuadros subsiguientes.

TRATAMIENTO.—Excepto el plan profiláctico indicado en la viruela, pues en esta erupcion que nos ocupa no tiene importancia ni la inoculacion virulenta, ni la vacuna, en todo lo que incumbe al plan expectante de la forma discreta de la viruela, se acomoda á la conducta que seguimos en esta fiebre.

## CAPÍTULO XIV.

### Sarampion.

SINONIMIA.—Febris morbillosa, etc.

DEFINICION.—Es una fiebre que, acompañada en sus primeros dias de un catarro óculo-nasal, se caracteriza por una erupcion de manchas pequeñas redondeadas y rojas, que se pierden por la presion, y que descaman por laminillas furfuráceas.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—La naturaleza del sarampion es infectiva, dependiendo de un veneno orgánico que se transmite del hombre enfermo al sano, y que hasta el dia, no se conoce ni la difusion ni la inoculacion, como medios para trasportar el principio genésico.

Las causas predisponentes son: los veranos algo frios y húmedos, el invierno, y el otoño.

Todas las edades, con preferencia para su desarrollo, la de uno á siete años.

La fecha de una última epidemia, juega bastante papel, siendo ménos grave la enfermedad, mientras más corto intervalo hace que se presentó.

La causa ocasional determinante, es el veneno morbígeno.

ANATOMIA PATOLÓGICA.—En las manifestaciones de la piel, la erupcion no se puede apreciar en el cadáver, puesto que siendo una hiperemia sin extravasacion sanguínea, desaparece á la muerte.

Las mucosas aéreas se encuentran hiperemiadas, con engrosamiento de su tejido, moco pus en su parte libre, y á veces exudaciones pseudo membranosas.

Con relacion á las lesiones anatómicas generales, no podemos fijarnos en puntos determinados, porque segun las complicaciones, así se presentarán éstas.

SÍNTOMAS.—El sarampion consta de cuatro periodos; pero bien podemos reducirlos á tres; pues el de incubacion, que dura de nueve á once dias, no presenta fenómeno ostensible alguno.

*Periodo de invasion:* Comienza por laxitud y mal-estar general, acompañado de escalofrios irregulares, seguidos de calor, cuya cifra térmica no suele pasar de 39°.

En union de estos fenómenos generales, se presenta un catarro óculo-nasal, más ó ménos intenso, y que solo puede comprenderse su especificidad, por existir una epidemia de sarampion.

Con exacerbaciones y remisiones, siguen tales síntomas los dos primeros dias, y en el tercero sufren una remision muy marcada, que puede servirnos muy bien de fenómeno diagnóstico.

Al finalizar el tercero ó principiar el cuarto, toma la fiebre su intensidad anterior.

Los fenómenos catarrales del aparato respiratorio

van aumentando; la cefalalgia es bastante molesta; las conjuntivas están brillantes é inyectadas, llenándose los ojos de lágrimas; suelen sobrevenir epistaxis; la tos aumenta; la voz se enronquece; hay ligera ansiedad respiratoria, siendo muy frecuente que el catarro haya pasado á la tráquea y bronquios.

Los fenómenos digestivos consisten, en astricción los primeros dias y á veces diarrea, coincidiendo ésta con la exacerbacion del cuarto, y teniendo cierto valor semiótico.

Además, se presentan otros fenómenos que no son dignos de mencionarse, por ser comunes á todos los estados febriles.

*Periodo de erupcion:* Comienza éste al quinto, sexto ó sétimo dia, apareciendo manchas rojizas, redondeadas y de dos á seis milímetros de diámetro, que ofrecen distintas formas en su colocacion. Estas manchas, que apénas si sobresalen de la piel, por la disposicion en que estén ó por elevarse normalmente, dan distintos nombres al sarampion.

Cuando se fusionan entre sí, formando extensas superficies, toma el sarampion el nombre de *escarlatiniforme*: si se presentan en anillos con la piel del centro libre de erupcion, se le llama *circinatus*: cuando se elevan marcadamente sobre la piel, aumentan en diámetro y persisten á la presion, se denomina *papuloso*: en fin, si al desarrollarse la erupcion se dibuja un punteado rojo en la bóveda palatina, lengua, velo del paladar, etc., se le conoce con el nombre de *erupcion mucosa*.

No hablamos del sarampion petequial, porque nos ocupará al tratar de las formas de esta entidad morbosa.

La marcha del exantema, es ir aumentando por espacio de dos ó tres dias, no remitiendo, como en la viruela, el cuadro sintomático.

La fiebre no cesa, no mejorándose con la erupcion el estado general; el catarro va tendiendo á la coccion; el flujo nasal es mas mucoso; la expectoracion más consistente; la voz va perdiendo su ronquera, y si hay complicaciones, se observan fenómenos importantes de auscultacion, como en su lugar verémos.

*Período de descamacion:* Tiene lugar del octavo al duodécimo dia, en el que cesa la fiebre, estando el catarro bastante cocido: disminuye la turgencia del semblante, la erupcion palidece, y tomando un tinte amarillento, se convierte despues en violada.

En tal estado, comienza el verdadero trabajo de descamacion, que dura tres dias próximamente, y que consiste en que las manchas se convierten en laminillas furfuráceas difíciles de apreciar, á no ser en las arrugas de la piel, porque las demás se pegan á las cubiertas de la cama.

La reseña que hemos hecho, es la que corresponde al sarampion normal, que termina por la curacion; mas como hay casos en los que se pervierte la buena marcha de sus síntomas, nos ha parecido, para ser más claros, ocuparnos aparte de las complicaciones y formas que puede presentar.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—El curso es contínuo, con exacerbaciones y remisiones generales, y una remision muy característica al tercer dia, seguida de exacerbacion: la duracion queda expuesta en el estudio de cada período; y respecto á la terminacion, si no hay complicaciones, es casi siempre la salud; pero si existieran éstas, puede muy bien acaecer la muerte.

**PRONÓSTICO.**—Favorable, si no hay complicaciones.

**DIAGNÓSTICO.**—Véanse los cuadros subsiguientes.

**TRATAMIENTO.**—En el primer período de esta entidad febril, sólo darémos á los enfermos las infusiones ca-

lientes, sudoríficos, dieta, revulsivos á las extremidades inferiores, abrigo moderado, etc., combatiendo á la vez cualquier síntoma que se desarrolle, como se dirá en las complicaciones.

En el de erupcion, no hay más que insistir en los mismos medios que hemos consignado en el primer período, y proteger la salida franca del exantema, evitando su retropulsion.

Si los fenómenos torácicos molestan mucho, los mitigaremos ordenadamente con pociones y pastas pectorales: el alimento proscrito en el período anterior, no debe serlo en éste de un modo tan absoluto, ordenando caldos repetidos y sustanciosos, y hasta caldo de gallina ó ternera.

Las indicaciones del tercer período, ó sea el de des-camacion, quedan cubiertas con sólo atender á las prescripciones higiénicas, siendo de práctica administrar al principio de la convalecencia un purgante salino ú oleoso.

### Complicaciones.

El sarampion benigno, discreto, se reviste de los fenómenos ya citados; pero en cualquiera de sus períodos suelen presentarse accidentes que, ó metamorfosean simplemente la buena marcha de esta fiebre, ú ocasionan trastornos de consideracion, que pueden acarrear por sí sólos la muerte del paciente.

En el primer período que nos ocupa, deben contarse los accidentes que siguen: en los niños sobre todo, el frio inicial de la fiebre de incubacion, se conmuta por determinadas causas, en accesos de eclampsia, accesos, que si no son más que en número de dos ó tres y cuen-

tan con poca intensidad, hay que ver únicamente en ellos un accidente penoso; pero si se repiten en pocos intervalos, y si los fenómenos que desenvuelven son intensos, en este caso puede y debe formularse un pronóstico reservado; pues según el Sr. Trousseau, existen muchos casos en los que, los accesos de eclampsia al repetirse y tomar incremento progresivo, conducen á los enfermos á una muerte próxima durante el estado tónico, observada momentáneamente por una relajacion muscular, súbita y general.

Deciamos que en el primer período, un catarro óculo-nasal abria paso al segundo estadio, ó sea el de erupcion; pues bien, con alguna frecuencia se observa, que á medida que la mucosa faríngea se hiperemia, se presentan puntos blanquizcos, que pueden desarrollar una verdadera angina diftérica. Esta complicacion, harto repetida en la práctica, debe tenerse muy presente para combatirla, apenas aparezcan sus primeras manifestaciones.

En este período de invasion, son á veces apreciados un número de fenómenos que nos indican, que la fiebre va á tomar un carácter atáxico, ó ataxo-adinámico. Dichos síntomas consisten en aumento excesivo en la calorificacion, trastornos nerviosos, como delirio, sub-sulto tendinoso, etc., y una frecuencia de pulso considerable.

Réstanos, por último, decir, que como la lesion principal reside en el aparato respiratorio, puede ésta descender, y ocupando las últimas ramificaciones bronquiales, sobrevenir el catarro sofocante, la bronquitis capilar, lo que se aprecia bien por la gran disnea y el estertor sibilante.

El período de erupcion, puede ser teatro tambien de accidentes considerables, entre los cuales, el más fre-

cuenta es la retropulsion del exantema, trastorno que se caracteriza por palidez en la erupcion cutánea, aumento de la fiebre, y desarrollo de algunos cuadros de síntomas, que traduzcan el sitio donde ha hecho decúbito el exantema.

En tal caso, se ve á los enfermos acusar una bronquitis capilar, una pleuresía, una pneumonía, una pericarditis, una meningo-encefalitis, etc.

Figura como otra complicacion de esta fiebre, el estado de fluidez de la sangre, que le permite extravasarse debajo del epidermis, coloreando en negro ó en violado oscuro la erupcion concomitante, produciendo hemorragias por las cavidades naturales, y desarrollándose por consiguiente el sarampion petequial ó hemorrágico, cuyos síntomas los referimos á los ya expuestos en la viruela de igual forma.

Para terminar, diremos que la fiebre morbillosa puede revestirse de un cuadro de síntomas ataxo-adinámicos, presentándose la forma que los autores llaman *sarampion tifoideo*.

Estos accidentes que quedan descritos, deben combatirse del siguiente modo: en el período de invasion, si vemos sobrevenir accesos de eclampsia, prescribiremos pociones con el bromuro de potasio, teniendo en cuenta la edad del enfermo, dándole un escrúpulo (un gramo 20 centigramos) en tres onzas de agua, á los niños; una dracma (4 gramos), á los adultos. Al mismo tiempo, nos valdremos de enemas antiespasmódicas y algo revulsivas, tales como, en una libra (360 gramos) de cocimiento de sen, una dracma (4 gramos) de asafétida, y una yema de huevo. *D.º y M.º* para poner cuartos de lavativa de dos en dos horas. Del mismo modo vigilarémos si estos trastornos nerviosos, no son únicamente neurosis, sino principio de un estado atáxico.

Para comprenderlo, y saber á que atenerse, no olvidaremos el exámen de la calorificacion, usando los alcohólicos y el sulfato de quinina, en caso oportuno.

Decíamos que otras de las complicaciones que podian desarrollarse, era la trasmision del catarro á los bronquios; tal accidente, lo mismo que una pneumonía ó pleuresía que le acompañára, debe tratarse, como indicaremos al ocuparnos de estas entidades morbosas, en los capítulos que le correspondan.

De igual modo referimos al capítulo angina diftérica, la complicacion de ésta en el sarampion.

Durante el período de erupcion, hemos indicado en primer lugar la retropulsion del exantema, fenómeno que al sobrevenir, debe combatirse con mano vigorosa, poniendo los enfermos al uso de diaforéticos enérgicos, aumentando las cubiertas de la cama, dándole friegas secas, cubriéndolos de revulsivos, y empleando si se hace necesario, la urticacion como medio muy poderoso, y los baños calientes estimulantes.

Si al observarse la retirada cutánea del exantema, éste hace decúbito al aparato torácico, llenaremos sus paredes con extensos vejigatorios.

La forma hemorrágica y tifoidea del sarampion, se combaten del mismo modo que las de la viruela.

Finalizando con esto las complicaciones que hay en el curso de la fiebre sarampionosa, nos parece no pasar por alto, que la convalecencia del sarampion exige cuidados grandes, no solo por ser teatro de lesiones dependientes de la erupcion misma, sino tambien por quedar el organismo, sobre todo en los niños, en un estado de debilidad tal, que se brinde al desarrollo de un sin número de afectos.

En algunos niños, vemos que una vez declinada la erupcion, y ya establecida bien la descamacion, á

pesar de esto la fiebre persiste, hay postracion de fuerzas, cefalalgia, sudores por la mañana, modificacion en el timbre de la voz, cófosis, y abultamiento más ó ménos marcado en la región auditiva externa y porcion mastóidea. Tal cuadro de síntomas, responde á una propagacion del catarro por la trompa de Eustaquio, que flogoseando al oido medio, ha producido un foco de pus, que tal vez invadiendo las células mastóideas, dé por resultados la fiebre puohémica, la meningitis, ó la rotura espontánea de sus paredes en la cavidad encefálica. Los tónicos, antisépticos, revulsivos al recto, y perforacion del absceso, para hacer salir el pus al exterior, son los medios de que podemos y debemos hacer uso.

Últimamente, si el que convalece es de temperamento escrofuloso y constitucion débil, y los fenómenos torácicos persisten, se le prescribirá en este caso buen alimento, paseos higiénicos, el aceite de bacalao ferruginoso, el jarabe de Lerás, así como tambien la helicina en un vehículo apropiado, de partes iguales de leche de burra, y el cocimiento primero del líquen islándico, pastas pectorales, etc.

## CAPÍTULO XV.

### Escarlatina.

SINONIMIA.—Febris miliaris rubra; morbilli confluentis, de Morton; rossalia purpúrea; calentura roja; calentura púrpura; púrpura epidémica maligna de los niños, etc.

DEFINICION.—Es una fiebre exantemática, que de-

pendiente de un veneno trasmitido por difusion, de origen animal, se caracteriza por su marcha aguda, desarrollo en la piel de manchas más ó ménos grandes de color de frambuesa, y fenómenos faríngeos y renales.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—La naturaleza de esta fiebre, como vemos, es infectiva, y la causa que provoca la infeccion es de origen animal; veneno, el cual se trasmite sólo por difusion y trasmision mediata, pues hasta ahora no podemos afirmar nada sobre si puede ó no inocularse.

Las causas que predisponen á esta enfermedad, son: con relacion á la edad, la de 10 años para abajo, en los niños del sexo masculino: de 10 á 20 en ambos sexos, y de 20 en adelante en las mujeres. Téngase muy en cuenta, que los estados morbosos que tiendan por sí al empobrecimiento del organismo, contribuyen en mayor grado á la receptibilidad escarlatinosa, jugando, por lo tanto, un gran papel el estado puerperal.

Si atendemos á la importancia de las estaciones, en todas podemos narrar epidemias de esta entidad febril, por más que algunos autores creen que el verano y la primavera son las más aptas para dichas epidemias, no faltando quien coloque la proximidad de los equinocios, como época preferida por esta afeccion.

Para completar este cuadro etiológico, réstanos decir, que ciertos patólogos por el afan de explicarse la patogenia de esta entidad morbosa tan oscura, quieren asignar como causa próxima de la afeccion que nos ocupa, la supresion de la traspiracion, de algun flujo natural ó morboso, los trastornos digestivos, etc.

En esto no hay que fijarse, pues que sólo al conocer el lugar que ocupa esta afeccion en el cuadro nosológico de las pirexias, basta para no dar importancia á juicios de todo punto inexactos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las lesiones á que da lugar la fiebre escarlatinosa pueden referirse á tres grupos: fenómenos cutáneos; lesiones faríngeas, y lesiones renales.

Respecto á las manifestaciones cutáneas, reservamos su descripción para los síntomas, pues son más apreciadas en el vivo que en el cadáver.

Los afectos faríngeos se caracterizan por un catarro faringo-lingual, que ya se limita solamente á determinar hiperemia é inflamación en la mucosa palatina y glándulas amígdalas, ó bien produce diversos exudados, ora mucosos y no adherentes, *exudado pultáceo*; ora fibrinosos, libre ó intersticial, *exudado crupal ó diftérico*.

El aparato renal está sujeto también á hiperemia, sobre todo en la mucosa que tapiza los túbulis; hiperemia, que al ser algo exagerada, tiene que ocasionar la caída del *epitelium*, y por lo tanto, la exudación albuminosa ó sea la afección de Bright.

Bien por la afección bríghtica, bien por el estado de la sangre, pueden apreciarse en el cadáver derrames pleuríticos, pericardiácos, peritoneales, ó la completa anasarca.

Finalmente, las articulaciones, el cerebro y sus membranas, las tónicas del intestino, ganglios, etc., pueden ser asiento de un sin número de alteraciones.

SÍNTOMAS.—El estudio semiótico de la escarlatina se agrupa en tres períodos: de invasión, de erupción y de descamación, antecedidos éstos de la incubación correspondiente.

La incubación de la escarlatina, á punto fijo no puede decirse cuántos días exige, sólo sabemos que no excede de siete.

*Período de invasión:* En las dos fiebres eruptivas que ocupan los capítulos que anteceden, damos á este pe-

ríodo una anterioridad constante á la erupcion; pero en la escarlatina, si bien en la mayoría de casos, ántes que el exantema estalle hay cuadro de síntomas antecesor, en algunos suele comenzar tal fiebre por la aparicion del exantema, sin necesidad del cuadro general que caracteriza al período que vamos á describir.

Para evitar confusiones, una vez expuesto lo dicho en el párrafo anterior, describamos la escarlatina de un modo general, aceptando de consiguiente, un cuadro sintomático precursor de la erupcion.

Aparecen fuertes calofrios que alternan con calor, haciéndose éste seco, urente y elevado, hasta el punto de medir el primer dia de  $40^{\circ}$  á  $40^{\circ},5$ ; al elevarse de este modo la calorificacion de la manera como lo hace, encontramos en el enfermo los fenómenos siguientes: la cara encendida y vultuosa, cefalalgia violenta, epistaxis, brillo de los ojos y fotofobia, algun subdelirio ó delirio, pulso frecuente, duro y lleno, y vibracion de las arterias; la lengua está seca y encendida, ofrece algunas veces ligeras capas blanquecinas el velo palatino; las amígdalas y pilares están rubicundos, habiendo dolor en el istmo de las fáuces exacerbado en la deglucion, turgencia en su tejido, voz gangosa, y alguna disnea en los niños; hay anorexia, sed intensa, algunas veces vómitos de materiales alimenticios y biliosos, astriccion y rara vez diarrea.

La orina es encendida y escasa, acusándose á veces dolores renales más ó menos fuertes.

El práctico de los hospitales nos hace llamar la atencion, como signo patognomónico de este afecto, sobre la frecuencia del pulso, tan considerable, que colocando los dedos sobre el trayecto de la radial, casi no puede apreciarse la sucesion de sus pulsaciones.

Este cuadro de síntomas dura de 12 á 36 horas, siendo excepcional que pase de 48.

*Periodo de erupcion:* Empezando por el cuello, tronco y articulaciones, observamos que aparece una coloracion de rojo de frambuesa, que ocupa despues la cara y manos; esta coloracion ó sea el exantema, se presenta bajo la forma de placas irregulares, separadas por intervalos de piel que, de tinte normal al principio, toman despues un color rosado: tal forma en la erupcion, que es la más comun, lleva el nombre de *scarlatina levigata*.

Si, por el contrario, la erupcion en vez de ser en placas se hace á puntos, se denomina *scarlatina variegata*.

En algunos casos, la erupcion se presenta por pequeños focos elevados de un tinte rojo, lo que constituye la *scarlatina papulosa*.

En ciertas circunstancias, sobre la misma erupcion escarlatiniforme, se levantan vesiculillas llenas de serosidad, siendo entónces la *scarlatina miliar*.

Por último, en aquellos casos en que la sangre por sus malas condiciones se derrama en las mallas del dermis formando petequias, se conoce bajo el nombre de *scarlatina petequial* ó *hemorrágica*.

Dichos así los fenómenos propios de la piel, pasémos á estudiar el cuadro general de síntomas, que consiste en que la fiebre remite algo al aparecer la erupcion, elevándose á su grado primitivo al generalizarse ésta: la angina faríngea aumenta progresivamente, habiendo por lo tanto mayor enrojecimiento y tumefaccion de la cámara posterior de la boca, infartos ganglionares y glandulares, como tambien ligera infiltracion del tejido conjuntivo, y en la superficie de las amígdalas exudado pultáceo.

En la escarlatina sin complicaciones, no hay en este período más fenómenos, durando de cuatro á cinco dias la erupcion.

*Período de descamacion:* El día sétimo ú octavo, comienza este período por palidecer la erupcion, disminuir la turgencia de la piel, desprenderse la epidermis correspondiente á las manchas, en chapas considerables, saliendo á veces las de las manos casi enteras. Al mismo tiempo cede la fiebre, disminuye ó se termina la cefalalgia, la cara se hace normal, el pulso casi late fisiológicamente, y por último, disminuidos los fenómenos de la angina, entra el enfermo en convalecencia.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—Su curso es contínuo, con las exacerbaciones y remisiones marcadas; su duracion, hasta que comienza la desecacion, es de siete á ocho dias, no pudiéndose fijar de un modo preciso el tiempo de este último período: la terminacion en tésis general, sino hay complicaciones, es por la salud.

**PRONÓSTICO.**—Reservado constantemente, vigilando mucho las complicaciones de interés que pueden sobrevenir, pues lo hacen grave, ó casi siempre mortal.

**TRATAMIENTO.**—En la escarlatina benigna, que es la que nos ocupa, el plan curativo ha de ser espectador.

Durante el primer período, la permanencia en cama, la dieta severa, tisanas demulcentes y diaforéticas, el uso de revulsivos á las extremidades inferiores, y gargarismos apropiados, cubren las indicaciones que hay que llenar, usándose, segun las condiciones del sugeto, pociones contraestimulantes, aplicaciones de sanguijuelas, y en último extremo una sangría.

En el período de erupcion, se persiste en igual método curativo, fijando nuestra atencion en el exantema retropulso, ó en la aparicion de complicaciones, que serán descritas en los párrafos subsiguientes. Además, en este período, por estar aumentados los síntomas faringo-linguales, se hará uso de pomadas calmantes al cuello y gargarismos algo astringentes. Si

hay persistencia en la astringencia de vientre, pueden prescribirse algunas enemas, ya emolientes, ya evacuantes.

Con relacion al régimen alimenticio diremos, que al principio de este período debe continuarse con la dieta; pero al observar que el exantema comienza á marchitarse, podemos ir dándole al enfermo alimentos fraccionados y de fácil digestion, hasta llegar á la alimentacion acostumbrada en el estado de salud.

En el de descañacion y convalecencia, en el caso de no haber complicaciones, únicamente hay que respetar las prescripciones higiénicas, procurando tener en constante actividad la secrecion cutánea é intestinal.

### Complicaciones.

Si los límites de este trabajo no fueran tan reducidos, daríamos gran extension á las complicaciones que en el curso de la fiebre escarlatinosa se desarrollan; pero en el caso en que estamos, sólo nos es permitido anotar las de más bulto.

Así como el sarampion nos ofrece en su primera etapa eclampsias de consecuencias mortales, con los mismos caractéres que en éste, se presentan en la escarlatina, en mayor número de enfermos.

Tambien sobrevienen afecciones torácicas de la misma índole, y con igual asiento que en la fiebre sarampionosa.

Cuenta el summum de complicaciones esta entidad patológica, durante el aumento del estadio eruptivo, ocupando el primer lugar, la transformacion de la angina catarral en diftérica, ó en laringitis de naturaleza crupal. Si esto va á acontecer, hay gran infarto de las

glándulas submaxilares, sublinguales y gánglios cervicales; tialismo; fetidez de aliento; disfagia, y en ocasiones disnea; tumefacción infiltrada en el velo palatino y pilares; turgencia de las amígdalas; concreciones blanquizcas en su superficie, y ulceraciones grisáceas á la caída de éstas. Con dicho cuadro sintomático, puede bien el proceso, ó conducir á la septizemia, ó al envenenamiento por el ácido carbónico, causando ambas cosas la muerte: puede también terminar de una manera favorable en algunas ocasiones.

De igual modo que el sarampion reviste en ciertos casos formas alarmantes la escarlatina, éstas son: la hemorrágica, tifoidea y gastro-intestinal; formas las cuales no entramos á describirlas, por no repetir lo expuesto ya en la viruela y en el sarampion.

Decíamos en la anatomía patológica, que las lesiones de la escarlatina podían referirse á tres puntos cardinales, siendo de mucho interés las que padecen los riñones; por esto, al terminar el período de erupción, es muy frecuente ver que una nefritis albuminúrica preexistente cause derrames, sobre todo en la cavidad abdominal, pléura ó pericardio, los que traen en pos de sí trastornos de pronóstico funesto.

Los clínicos más eminentes, y la práctica con sus datos, nos llaman la atención sobre una anasarca, que brusca y repentina, aparece tras la descamación del exantema, contando pocos días de existencia, y resolviéndose de un modo favorable. Tal derrame, al asegurarnos que no depende de una lesión urinaria, y ménos de una alteración profunda de alguna víscera de importancia, no debe hacernos formular un pronóstico desfavorable, pues no tiene gravedad alguna, y reconoce exclusivamente por causa una simple mutación secretoria, que bien pudiera llamarse *à frigore*.

Los individuos convalecientes de la fiebre que tratamos, están sujetos á complicaciones parecidas á las descritas en el sarampion.

El tratamiento de estos accidentes lo referimos, parte á lo expuesto en la entidad pirética anterior, parte á los capítulos que se ocupan de estas afecciones intercurrentes.

Si al tratar á un enfermo de escarlatina, pasado el período de desecacion, aparece en él la anasarca errática que hemos indicado, se combatirá con revulsivos á la piel; con los hidrófugos, como diaforéticos, diuréticos dialíticos y otros; buena alimentacion; los tónicos en general, etc.

## CAPÍTULO XVI.

### Tífus.

En la clasificacion hemos intercalado las fiebres eruptivas entre los dos grupos: tífus de Europa y peste de Levante; fiebre amarilla y cólera morbo.

Tal cosa la hemos hecho, por querer nosotros que resalte bien la índole patogénica de las pirexias: pero cuando vamos á describirlas como clínicos, deseamos respetar el grupo tan admitido por todos, que bajo la categoría de tífus, incluyen los cuatro antedichos.

Quede sentado, pues, que en la clasificacion preferimos á la génesis; en la descripcion á los síntomas, á la práctica clínica.

### Típus de Europa.

SINONIMIA.—Típus nosocomial; idem de los pobres; idem de los navíos; idem carcelario; tabardillo pintado; fiebre petequial; típus fever, etc.

DEFINICION.—Es una fiebre que, dependiente de un principio tóxico de origen animal, trasmitido por focos de infeccion ó por el hombre enfermo, se caracteriza por la presencia de varias erupciones, fenómenos ataxo-adinámicos, predominando la tifomanía, y existiendo lesiones de interés en la cavidad torácica.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Como queda indicado, tanto en el cuadro general de las pirexias como en la definicion que antecede, este típus es dependiente de la intoxicacion, producida por emanaciones de productos putrefactos de origen animal y de naturaleza desconocida, que hacen desarrolle la enfermedad que nos ocupa, y no otra de las pirexias incluidas en su mismo grupo.

—Hay autores que han querido unificar el virus de la fiebre tifoidea con el del típus, diciendo: que considerando como una la infeccion tífica, su grado inferior era el típus de Europa, y su grado máximo la fiebre tifoidea; esta opinion ha sido defendida con empeño por algunos, y se le ha querido robustecer con sutiles teorías y hasta con hechos de experimentacion; pero la verdad es que, en el estado en que se encuentran los estudios sobre la infeccion, está suficientemente debatido dicho punto, existiendo argumentos tan evidentes, que no cabe la menor duda, pues aunque haya cierto grado de afinidad, nunca se les puede conceder identidad en su esencia.

El Sr. Niemeyer, al tratar esta cuestión, discute con bastante sensatez, presentando entre las razones en que se apoya, dos que bastan á nuestro criterio para saber á qué atenernos.

1.<sup>a</sup> Si el tífus de Europa representara un grado menor de infeccion que el de la fiebre tifoidea, la mortalidad en ésta sería mayor, cosa que no sucede; pues por el contrario, las estadísticas arrojan muchas más víctimas en las epidemias de tífus de Europa, que en las de fiebres tifoideas.

2.<sup>a</sup> Si existiera identidad entre estos vírus, los enfermos de fiebre tifoidea transmitirían al individuo sano el tífus de Europa.

Una vez sentado este principio, no tenemos que penetrar en otras cuestiones, que se plantean al tratar de la fiebre que nos ocupa, tales como su origen miasmático y su propiedad contagiosa. Esto se halla suficientemente dilucidado, para que en los estrechos límites que circunscriben á este trabajo, nos detuviésemos en consideraciones.

Las causas del tífus de Europa, pueden dividirse en dos órdenes: predisponentes y ocasionales.

*Causas predisponentes:* Se hallan sujetos á esta afeccion casi todas las edades y sexos, por más que la niñez y la vejez están ménos dispuestas que la edad adulta y la juventud, así como tambien los hombres más que las mujeres. El género de vida que reuna trabajos excesivos, pasiones de ánimo deprimentes, mala alimentacion, abuso de Baco y Vénus, etc., dispone al desarrollo del mal; las plazas sitiadas, los ejércitos por mucho tiempo en campaña, los buques desprovistos de víveres, las cárceles y otros estados análogos, en que puedan encontrarse una coleccion de individuos, son causas muy abonadas para que estalle

una epidemia de tífus; tanto es así, que ha recibido esta enfermedad diversos nombres, que como se ve en la sinonimia, concuerdan con lo que acabamos de decir.

*Causas ocasionales:* Demostrado está hasta la evidencia el carácter infectivo y contagioso de esta afección; por lo tanto, la causa ocasional no debe ni puede ser más que el producto séptico. El origen de este producto y su naturaleza, si bien no podemos conocerlo *à priori*, si bien no podemos apreciarlo íntimamente, está casi resuelto, por la observación y la experiencia, que depende de descomposiciones de sustancias orgánicas animales: de donde se viene á deducir, que el hacinamiento de personas, la falta de higiene en las capitales, dejando restos de animales en la vía pública, y el descenso del nivel en las aguas subterráneas, que favorecen á los productos orgánicos que se encontraban macerados en ella, desprendan al quedar libres, emanaciones sépticas; y sean causas capaces de infeccionar. Este grupo etiológico, unido al contagio de hombre á hombre, es lo que determina, en la mayoría de las circunstancias la epidemia de tan devastadora afección.

La receptibilidad del producto engendrador de dicha fiebre, ocasiona que no se presente un sólo grado de intensidad en los distintos individuos que ataca; así vemos en algunos puramente fenómenos catarrales ó gástricos, en la forma benigna; estos casos se han calificado de abortivos, puesto que no son en realidad más que un grado de intoxicación muy débil.

ANATOMIA PATOLÓGICA.—Podemos sentar en tésis general, que así como la fiebre tifoidea tiene sus principales lesiones en el aparato digestivo, ó por mejor decir, en los intestinos, en la fiebre que nos ocupa, el summum de intensidad de sus alteraciones anatómo-patológicas reside en el aparato respiratorio.

Reconocemos en dicho aparato, inyectada la mucosa laringo-bronquial, encontrándose recubierta de un moco viscoso; los gánglios de los bronquios participan del mismo aflujo sanguíneo, pero aunque aumentados de volúmen, no sufren ninguna clase de reblandecimiento.

*Aparato respiratorio:* El pulmon presenta diferentes alteraciones, algunas partes de él se encuentran completamente hepáticas, si bien no con la consistencia característica de esta alteración patológica. En otros puntos, reconocemos infiltración más ó ménos intensa, y por último, en algunos hallamos ateleactasia muy manifiesta.

*Aparato digestivo:* No comprobamos modificación notable en él, más que en el bazo, órgano que sin duda aumentado de volúmen, tiene una consistencia mucho más blanda que de ordinario.

En general, podrémos decir que los signos que el cadáver nos presenta tienen mucha semejanza, á excepción de lo antedicho, con los de la fiebre tifoidea.

SÍNTOMAS.—Para estudiar la sintomatología del tífus fever, se han admitido distintos períodos, que algunos autores al considerarlos en un número exagerado, léjos de facilitar su estudio, lo han involucrado en demasía.

Nosotros dividirémos en tres períodos la sintomatología que nos ocupa, antecédidos de uno, que si bien se encuentra privado de fenómenos apreciables, su existencia es real, tal es el período de *incubacion*.

Dicho período oscila, según las experiencias practicadas, entre ocho á diez días, pudiendo algunas veces revelarse por ciertos trastornos morbosos; hay ligeros escalofríos, postración de fuerzas y malestar, regularmente fenómenos catarrales, anorexia, astricción de vientre é insomnio. Pasado este cuadro de síntomas

prodrómicos de la afección, entra el enfermo en el primer período característico de la fiebre.

*Primer período ó de invasion:* Estalla un frío único y violento, ó escalofríos repetidos de corta intensidad, seguido esto de calor fuerte y prolongado; los enfermos al mismo tiempo acusan una exagerada postración de fuerzas; tienen cefalalgia, vértigos, ruido de oídos y sordera; la fàcies está algo encendida, hay fotofòbia, gran secreción lagrimal, y las ventanas de la nariz se encuentran cubiertas de unas costrillas, dependientes de la desecación de un moco flúido que corre por las fosas nasales.

*Aparato digestivo:* La lengua se encuentra cubierta de una costra blanquecina, hay gusto pastoso, anorexia, náuseas y por lo común vómitos; el vientre está ligeramente meteorizado, en el hipocondrio izquierdo se aprecia tumefacción, dependiente de la hipertrofia esplénica, el enfermo acusa flatuosidades, astricción, y por último diarrea.

*Aparato respiratorio:* Hay sequedad en la cámara posterior de la boca, cosquilleo laríngeo, tos fuerte penosa y expectoración, que de naturaleza mucosa, contiene no pocas veces sangre mezclada con ella; percutiendo se encuentra submatitez en algunos puntos del pecho, y por la auscultación diversos estertores, predominando el crepitante: con todo esto coincide, como es natural, respiración difícil y frecuente.

*Aparato circulatorio y calorificación:* El pulso lleno, ancho y blando, llega muy pronto á dar cien pulsaciones por minuto. El calor es elevado y acre, aumentando también en breve de 40° á 41°.

*Aparato nervioso:* Sumido en el estupor casi desde el primer día, durante el sueño pronuncia el enfermo palabras que por lo común se fijan en una idea dada, lo que se conoce con el nombre de tifomanía.

En casos muy excepcionales, los trastornos nerviosos consisten en agitacion é inquietud constante y delirio alto y furioso.

Llegado el cuarto ó quinto dia, y en pocos casos en épocas más avanzadas, comienza la erupcion de roseola, que reducida al principio, aumenta en algunas ocasiones tanto, que bien puede decirse que viste casi toda la piel.

Al aparecer esta erupcion no se nota alivio en los síntomas antedichos, puesto que si bien los enfermos se quejan ménos, es porque se van sumiendo en mayor estupor, ganando más y más las perturbaciones cerebrales.

En este estado, la lengua se vuelve más seca, comenzando á marcar en sus bordes y punta los lentores y fuliginosidades, la diarrea á esta época, si no se habia presentado, se establece por completo.

El aparato respiratorio presenta aumento en las lesiones antedichas, dando mayor campo á los fenómenos estetoscópicos.

El circulatorio nos ofrece pulso que ha perdido su amplitud, volviéndose pequeño y á veces dícroto. Por último, se encuentra ya marcada matitez en la region esplénica, por haber tomado el órgano que encierra proporciones mucho más exageradas que las suyas ordinarias.

*Segundo periodo ó de estado:* En este período, la erupcion toma un carácter lívido; preséntanse los síntomas adinámicos, afectando el enfermo decúbito dorsal con los muslos separados y las manos entre éstos, los ojos están casi completamente cerrados, y se encuentra sumido en mayor estupor, siendo imposible sacarlo de él.

Pocas veces da muestras de delirio alto, y solo mur-

murando palabras inconexas é incompletas, gesticula, intenta levantarse, ó ejecuta actos análogos.

*Aparato digestivo:* La lengua seca y cubierta por completo de fuliginosidades, verifica de un modo difícil sus movimientos normales, estando ya vacilante, ya inmóvil.

No hay sed, la deglucion se efectúa con extremada dificultad, y los líquidos, al caer en el estómago, producen un ruido parecido al que hace el agua al salir de una botella.

El vientre está meteorizado, las cámaras diarréicas son involuntarias, y la orina, de la que al principio no hemos dicho nada por sólo tener los caracteres sabidos y comunes que se producen en un febricitante, tiene ahora albúmina en disolucion.

El *aparato respiratorio* presenta aumento en los fenómenos ya mencionados.

La *circulacion, calorificacion é inervacion*, muestran, la primera pequeñez y dicrotismo en el pulso; el termómetro marca 42° en ciertas circunstancias, grado térmico que envuelve un pronóstico bastante reservado; por último, la inervacion en lugar de desarrollar los síntomas de excitacion de que hemos hablado, cae en la más completa sedacion, y de consiguiente el enfermo se encuentra con gran estupor.

*Tercer periodo ó de terminacion:* En el estado en que hemos dejado al enfermo, penetra en el período que nos ocupa llamado de terminacion, puesto que se ven muy claramente las distintas maneras que tiene esta afeccion de juzgarse.

La curacion ó la muerte, siendo bastante frecuente la primera, son las dos finalizaciones de esta entidad; por más, que puede el enfermo curarse del tífus, quedando sujeto á una afeccion de tipo agudo ó crónico, depen-

diente de las lesiones desarrolladas por la enfermedad primitiva.

Cuando se va á juzgar por la salud, el paciente sumido en la adinamia descrita ántes, cae en un sueño tranquilo y de alguna duracion, en el que es muy frecuente que la escala térmica marque descenso de temperatura. Al despertar el sugeto, las cosas se presentan variadas, la fâcies pierde algo el estupor y el sello especial de muerte que tenia grabado en ella; reconoce algo de lo que le rodea, y comienza á quejarse de sus achaques; la posicion tiende á ser angulosa, la lengua se limpia perdiendo el carácter fuliginoso que la revestia, volviéndose al mismo tiempo húmeda; hay expulsion de materiales gaseosos, detencion de la diarrea si la habia, y disminucion considerable del meteorismo. La orina, que aunque no se indicó, debia estar escasa, cremosa y fétida como en todo estado adinámico, se hace algo frecuente, comenzando á adquirir sus antiguos caractéres. La respiracion se regulariza, disminuyendo en su frecuencia y facilitándose su mecanismo; cada vez la tos más húmeda, desembaraza al pulmon del exudado libre que le imposibilitaba sus funciones.

El pulso va disminuyendo en frecuencia, va tomando regularidad en sus latidos y alguna desenvoltura en lo que cabe. El termómetro, fiel intérprete del estado de calorificacion, demuestra que súbitamente ó por lo ménos en poco tiempo, se pasa en la afeccion que nos ocupa al estado de convalecencia.

Descrito el cuadro de síntomas que corresponde á la terminacion favorable de dicha afeccion, nos toca decir dos palabras acerca de su terminacion funesta.

El más completo cuadro adinámico es lo que aparece; posicion abandonada, cara estúpida, ojos entreabiertos, polvillo sobre las cejas y pestañas, pulso filiforme

y miuro, calorificacion descendente, respiracion anhelosa y entrecortada, diarrea colicuativa, orina escasa y fétida con incontinencia, y por último, descenso rápido de temperatura; tal es el cuadro en medio del cual sucumbe el individuo.

Hemos dicho, que áun terminando por la curacion, pueden quedar algunos trastornos de interés, como pneumonía, pleuresía, pericarditis, laringo-bronquitis ulcerosa, etc.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Por lo que antecede, podemos deducir perfectamente esta seccion, haciendo la advertencia de que cada período no es un setenario como en la tifoidea, sino por lo comun cinco dias.

DIANÓSTICO.—Véase el cuadro al final.

PRONÓSTICO.—Grave, aumentando ó disminuyendo ésta, segun las condiciones del sugeto afecto y las complicaciones que se desarrollen.

TRATAMIENTO.—Véase el de la fiebre tifoidea, fijándonos más en combatir, con contraestimulantes prudentemente administrados y revulsivos, las lesiones torácicas que en tal estado febril, por su intensidad, exigen mayor cuidado.

## CAPÍTULO XVII.

### Tifus de Levante.

SINONIMIA.—Fiebre bubonaria; peste propiamente dicha; bubon de Milan, etc.

Como afortunadamente esta afeccion, que en los pasados tiempos diezaba á un sin número de individuos,

en la actualidad se ve alejada de nosotros, pudiéndola considerar como un dato histórico de lo que fué; creemos que no siendo esta obra un tratado exclusivo de Patología, pues sus tendencias clínicas son manifiestas, no debe colocarse entre las fiebres que venimos describiendo.

Sobre el diagnóstico, mencionaremos algo en el cuadro indicado ya repetidas veces.

## CAPÍTULO XVIII.

### Típus americano.

SINONIMIA.—Fiebre amarilla; tífus icterodes; calentura biliar de América; tífus náutico, de Audouard; vómito negro; vómito prieto; tífus miasmático amarillo, de Bally; fiebre de Siam, etc.

DEFINICION.—Es una fiebre infectiva que, dependiente de un principio tóxico, de naturaleza animal y vegetal, se caracteriza por coloracion rojiza de la piel, seguida de color amarillento, vómitos acafetados, hemorragias, golpe de barra y supresion de orina.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—La naturaleza de esta afeccion es infectiva, puesto que la causa que le engendra, como vemos en la definicion, es un producto de carácter tóxico, nacido de la descomposicion de sustancias orgánicas.

Del mismo modo que las malas condiciones higiénicas, producen en una capital populosa, por el hacinamiento de personas y por el descenso de las aguas subterráneas, la fiebre tifoidea y tífus de Europa; del mismo modo, decimos, los puertos de mar sujetos á las cir-

cunstances que á continuacion se expresan, pueden ocasionar por la descomposicion de las sustancias orgánicas que en sí encierran, el tífus icterodes, la fiebre amarilla.

Límites geográficos de latitud y longitud determinada, se han querido asignar por ciertos autores como condiciones indispensables para la evolucion del veneno que nos ocupa. Se ha dicho que 48° de latitud boreal y 8° de latitud austral, son los confines que respeta la formacion de tal vírus. Tambien se afirma por los mismos, que no puede vivir este miasma á una temperatura menor de 12° del termómetro de Reaumur, ni á una altura que pase de 204 varas sobre el nivel del mar.

Sobre estos datos, deducidos sin duda de una larga experimentacion, se pueden aducir argumentos en contra, nacidos tambien de hechos clínicos lastante importantes. Negar que para la evolucion del veneno se necesitan circunstancias favorables, es un absurdo; pero afirmar de un modo absoluto que sin las condiciones antedichas no puede ni nacer ni trasformarse, no deja de ser otro no ménos grande.

Lo que hay de verdad sobre el particular, es que se han visto estallar epidemias de fiebre amarilla en buques que en alta mar ocupaban latitudes distintas á las señaladas arriba; cosa que, en union á otros datos, nos hacen creer que no son tan estrechos, por desgracia, los horizontes de tal entidad.

La fiebre que nos ocupa, sabemos que al visitar nuestras costas, lo hace de un modo epidémico, viviendo con carácter endémico en las de nuestras Antillas.

El veneno, por más que algunos autores quieran negarlo, es eminentemente contagioso, propiedad que se halla muy comprobada por hechos del todo concluyentes.

Las causas que pueden influir sobre el individuo, para que se halle apto de ser atacado por afección tan desoladora, son:

El ser europeo y llegar á los países donde tiene su cuna; estar aclimatado á una temperatura baja; la edad de 15 á 50 años; el sexo masculino; el temperamento sanguíneo; la constitución fuerte; la idiosincrasia hepática; los excesos en las comidas, como el uso de sustancias indigestas; los alcohólicos sin régimen; los trabajos excesivos; las pasiones de ánimo deprimidas, etc.

Tal grupo de causas forman el cuadro de predisposiciones; pues la ocasional, la determinante, es la entrada de un principio tóxico en el organismo.

Admitiendo, como lo hacemos, el poder contagioso del veneno icterodes, colocamos como causa muy abonada la falta de medidas sanitarias, cordones, lazaretos, fumigaciones, etc., en aquellas épocas en las que, reinando dicho tífus en las Antillas, puede traerse por los buques que, procedentes de sus puertos, hagan escala en nuestras costas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—El hábito exterior del cadáver que ha sucumbido por fiebre amarilla, ofrece coloración icterica de la piel, donde se advierten petequias y equimosis.

*Aparato digestivo:* El estómago, al abrirlo, se le aprecia con distensión de sus paredes, y un contenido negrozco achocolatado, que es la materia que por los vómitos y cámaras da carácter á esta fiebre. La mucosa gástrica está hiperemiada y engrosada, corriendo tales trastornos á lo largo del tubo digestivo, para aumentar en los intestinos gruesos. El contenido intestinal es también como posos de café.

Los gánglios mesentéricos se encuentran infartados á su vez, y algunos reblandecidos.

El hígado, con éxtasis sanguíneo de mal carácter, aumenta su volúmen, se reblandece su tejido y toma un color amarillento, pues hay infiltracion de materiales biliosos.

El bazo tambien se aumenta y reblandece.

*Aparato urinario:* Los riñones se hiperemian, coloreándose en amarillo, y pierden las condiciones necesarias para el libre ejercicio de sus funciones.

Los uréteres disminuyen en diámetro, y la vejiga de la orina se retrae sobre sí misma, contrayéndose sus paredes y sin encerrar ninguna cantidad de líquido urinario.

*Aparato circulatorio:* Abriendo los vasos, vemos en ellos una sangre desfibrinada, flúida y además con un tinte muy marcado de color amarillo negruzco. Este tinte, así como las propiedades del líquido hemático, es hijo de la accion del elemento tóxico sobre él, pues segun es admitido, la hemaglobulina, al encontrarse sujeta á la accion permanente del veneno, cambia su composicion, transformándose en bilirrubina y milanina; mutacion regresiva que nos lleva al conocimiento de la mayoría de los síntomas.

El corazon está flácido, con coloracion amarilla en sus paredes y envolturas; presenta segun unos, disminucion del volúmen, y contiene sangre del aspecto ya señalado.

*Aparato respiratorio:* En dicho aparato, lo que hasta ahora parece como constante, es una congestion pasiva en sus porciones posteriores, fenómeno que se ha tenido y tiene por simple huella cadavérica.

*Sistema nervioso:* El cerebro y sus membranas no dejan de ofrecer algunas alteraciones anátomo-patológicas, más no con un carácter fijo, pues en el primero, solo se ve ligera hiperemia; y en las segundas, desórde-

nes diversos, notándose entre ellos, trómbosis y atascos pigmentosos en la sustancia cerebral, etc.

Al examinar la columna medular, notamos inyeccion de ésta, sobre todo en su porcion inferior, refiriéndose dicho fenómeno hiperémico y otras lesiones que en su estructura se advierten, al dolor que durante la vida vemos acusa el enfermo en la region lumbar.

SÍNTOMAS.—Varias divisiones se han hecho sobre los períodos que debian constituir la fiebre amarilla; á nosotros nos parece que, bajo el punto de vista clínico, se deban solamente admitir dos períodos, separados por un subperíodo, si llamarse puede así; por tanto, entremos en la descripcion del primero, ó sea de excitacion, período que puede ir ó no, antecedido de pródromos.

*Primer período ó de excitacion: Pródromos:* Estos son: cansancio, piel caliente, dolores contusivos en las articulaciones y en la region lumbar sobre todo, fâcies descompuesta y encendida por los pómulos y pabellon de la oreja especialmente, cefalalgia gravativa, anorexia y algun trastorno nervioso.

Dichos fenómenos permanecen en ese estado por espacio de horas ó de un dia, estallando después francamente la fiebre, y entrando los enfermos en el verdadero período de excitacion.

*Primer período:* Existiendo por lo comun los pródromos que anteceden, se presenta por el dia, las más veces, un frio fuerte con temblor, al que sigue calor acre.

El dolor lumbar se aumenta considerablemente; la cefalalgia, que ocupa casi siempre la mitad anterior del cráneo, parece que desgarrá la bóveda huesosa. La cara está muy encendida, teniendo coloracion más viva en pómulos, nariz y orejas, lo que da una fisonomía especial y característica: las conjuntivas están muy in-

yectadas, hay gran fotofóbia, lagrimeo y brillo del globo ocular.

*Aparato digestivo:* La boca está seca; la lengua encendida, brillante y con crápula central amarillenta; hay gran sed; anorexia; vómitos biliosos repetidos é invencibles; fuerte dolor en el epigástrico, transmitido al hipocondrio derecho, escápula y hombro del mismo lado; la presión exacerba este dolor, apreciándose por la palpación, aumento en el hipocondrio derecho, que da sonido mate exagerado, si se percute. La astringencia de vientre es fenómeno casi constante en este período. La orina tiene un tinte rojizo muy subido, y en las veinticuatro horas se nota gran disminución de ella.

*Aparato circulatorio:* El pulso es frecuente, duro y lleno; acentuándose en los hombres robustos su dureza, hasta tal punto de ser en varios casos un pulso verdaderamente rebotante.

*Aparato respiratorio:* La respiración es frecuente y anhelosa, guardando perfecta relación con el estado térmico, que puede llegar á 42° ó aun más.

*Subperíodo de transición:* Sujeto á los síntomas dichos, sigue el enfermo así por espacio de 20 días, presentándose una remisión, que importa conocer muy mucho, bajo el punto de vista clínico.

Se ha discutido bastante sobre la naturaleza de esta falsa defervescencia, y á la verdad, que hoy no nos podemos dar cuenta exacta del por qué suceda tal cosa.

De un modo comparativo, nos es fácil parangonearlo con hechos muy parecidos, así: Trousseau nos describe la fiebre cerebral, con un período medio de apirexia; los resultados de la termometría clínica nos llevan al conocimiento de una evolución térmica, que interrumpe la marcha de la temperatura febril, descendiendo

ésta, cediendo los síntomas y volviendo á reaparecer todo al día ó día y medio de acontecer tal fenómeno. La misma fiebre intermitente nos llama la atención sobre el período apirético, indicándonos que un veneno puede ocultar sus trastornos, para aparecer de nuevo; pues bien, podemos asegurar que el fenómeno que nos ocupa, no es patrimonio exclusivo de la fiebre amarilla, sino que es general para un sin número de afectos infectivos.

Este subperíodo se caracteriza por casi extinción de la cefalalgia, temperatura y pulso subfebriles, animación fisiológica de la facies, agilidad muscular y tranquilidad de espíritu.

Cuadro tan halagüeño, dura por desgracia 18 ó 24 horas no más, deshaciéndose las esperanzas infundadas del enfermo, y el juicio falso que haya formulado un joven poco práctico.

El período grave, campo de los verdaderos estragos del miasma, se abre paso, y la siguiente evolución aparece, entrando el individuo en el

*Segundo período:* El aplanamiento de fuerzas físicas y morales es muy grande, la cara está triste y desfigurada, el color rojizo de la piel se conmuta en amarillo, comenzando dicho tinte por los primeros puntos donde apareció la coloración rojiza: puede sobrevenir delirio bajo, pero muy pronto es reemplazado por el coma.

*Aparato digestivo:* La lengua se cubre de crápula amarilla, pasando á negruzca y espesándose considerablemente; los vómitos biliosos reaparecen, pero como en este período, la materia colorante de la sangre, siendo esta muy flúida, pasa á melanina y bilirrubina, los vómitos se convierten en negros, como posos de café, con olor nauseabundo. Hay fuerte epigastralgia, ele-

vacion de vientre, borborignos, flatuosidades y diarrea, la que, constando de materiales iguales á los vómitos, tiene un color negro acafetado. La orina está casi suprimida, quedándolo por completo á la finalizacion.

Una vez desarrollado este cuadro sintomático, puede muy bien la sangre estar en tal grado de fluidez, que trasude á través de las paredes vasculares, presentándose hemorragias pasivas por nariz, ano y vulva.

*Aparatos respiratorio y circulatorio:* Anhelosa la respiracion, se vuelve entrecortada, batiendo el pulso de un modo pequeño y casi lento.

*Aparato nervioso: Calorificacion:* Queda dicho lo referente al primero, en el bosquejo general hecho al comenzar este período; pero con respecto al calor, nos seria difícil dibujar un trazo térmico exacto, pues que, aunque de tipo estacionario, sigue una marcha anómala, segun las circunstancias.

*Tercer período:* En este estado morbos, que dura dos dias próximamente, comienza el período terminal, en el cual se va á juzgar la afeccion de un modo favorable ó funesto.

Si la vida del paciente va á terminar con la afeccion, pasan los síntomas del segundo período á constituir un cuadro mortal, del modo siguiente:

*Aparato digestivo:* Las encías sufren hemorragias de carácter negruzco y fétido; la lengua se enfria y toma un color achocolatado; los vómitos acafetados se suceden con pocos intervalos, y las diarreas son colicuativas.

*Aparatos circulatorio y respiratorio:* El pulso es frecuente, filiforme é intermitente; la respiracion superficial y entrecortada, y el enfermo está afónico.

*Aparato nervioso y calorificacion:* Las fuerzas abatidas considerablemente, hacen al paciente afecte decúbito dorsal; á veces continúa el delirio, pudiendo ser sus-

tituido por el coma; hay convulsiones repetidas, sub-sulto tendinoso y carfología.

La calorificacion sigue el tipo agónico descendente, llegando á medir grados bastante bajos.

Desconcertado, sin elementos de vida el aparato orgánico, cede á la muerte; apreciándose, á más de lo expuesto, porciones mortificadas de piel, úlceras por decúbitos, etc.

Por el contrario, si la fiebre va á juzgarse por la salud, suceden las cosas de otro modo.

Se opone á la razon natural, que intoxicaciones miasmáticas virulentas, en el estado en que se encuentran los enfermos, á la altura en que nos hallamos, puedan resolverse por un movimiento crítico; pues bien, si en general decimos esto, la fiebre amarilla nos da un ejemplo de tal modo de pensar, por carecer casi siempre de tales evoluciones.

De un modo lento es lo comun que termine por la salud, la entidad morbosa en cuestion. El primer fenómeno favorable que con frecuencia aparece, es la disminucion de los vómitos y el cambio de los materiales arrojados, perdiendo su coloracion acafetada.

El tinte ictérico poco á poco se va disipando; las hemorragias desaparecen; la orina vuelve á su primitivo estado; las diarreas se contienen; la inteligencia recobra su vigor; en una palabra, el febricitante entra en convalecencia.

*Convalecencia:* Si peligrosa era la de la fiebre tifoidea, tanto ó más es la que nos ocupa, debido á las recaídas, si se cometen excesos.

Se ven tambien á los enfermos convalecientes de fiebre amarilla que, sin tener recaídas, se quedan sujetos á una afeccion gastro-hepática, que descuidada, tiene elementos para ser grave.

*Formas:* La fiebre amarilla presenta por lo comun dos formas: una de duracion algo larga, que es la verdadera fiebre endémica de las Antillas; y otra, cuya duracion es tan corta, que los invadidos pueden muy bien sucumbir en cuestion de horas.

Esta es la que se desarrolla en la fiebre de forma epidémica, y sobre todo al principio de ella.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Rápido y continuo es el curso de la fiebre amarilla, sobre todo si está la epidemia en su completa fuga. Hay casos, en los cuales la fiebre americana corre sus períodos en 24 horas; esto es, que el curso se hace rapidísimo.

Por más que llamamos continuo al curso, es relativamente á sus períodos por separado; pues sabido es que entre el primero y el segundo hay un intervalo lúcido, que da carácter á la fiebre.

En tésis general, la duracion de esta entidad es de seis á ocho dias; no obstante, la declinacion de la epidemia, así como su aumento, modifican dicho número, pudiendo durar doce ó catorce dias los casos leves, y veinticuatro, ocho y aún ménos horas, los casos fulminantes.

Cuando lo último se verifica, los períodos no tienen lindes tan manifiestos como hemos dejado dicho anteriormente, sino que, confundidos entre sí, carecen de la fase intermedia.

Más frecuente que la salud, termina la muerte con los enfermos; guardando esta manera de ser, relacion perfecta con la intensidad de la epidemia.

En aquellos casos en los cuales el tífus icterodes vive de un modo endémico, aunque siempre es grave, no lo es tanto, curándose quizás la mayoría de los enfermos; pero al revestirse de carácter epidémico, al acometer á un gran número de individuos al dia, entónces

la mortalidad casi oscila con las dos terceras partes de las invasiones.

PRONÓSTICO Y DIAGNÓSTICO.—Grave debe siempre formularse el pronóstico de esta afeccion; mas por lo anteriormente sentado, es preciso, si queremos aproximarnos á un resultado verdadero, se tenga muy en cuenta, si la fiebre reina de un modo epidémico ó endémico; y en el primer caso, si la epidemia comienza, está en su apogeo ó declina. Tambien importa conocer la naturaleza del invadido, pues juicios antitéticos formaremos del indígena americano y del procedente del Norte de Europa.

Todas estas consideraciones nos llevan á un pronóstico muy probable, pero siempre reservado.

El diagnóstico se estudiará en los cuadros.

TRATAMIENTO.—Como en toda afeccion de origen miasmático, hay que considerar dos planes que constituyen su tratamiento: uno, encargado de evitar se presente la afeccion; otro, una vez presentada, combatirla.

El primero, plan profiláctico, higiénico ó preservativo, está sin cimientos sólidos, por no conocerse la naturaleza íntima del veneno en cuestion.

Por lo tanto, todo lo dicho en fiebres anteriores, son las medidas sanitarias que se ponen en juego al aparecer cualquiera epidemia.

Como disposicion sanitaria, que atañe á esta fiebre infectiva, más que á otras, hay que vigilar muy mucho el estado de limpieza de los puertos de mar, puesto que influye bastante para disponer á una localidad á ser visitada por tal fiebre.

Aquellos puertos que reunen las condiciones físicas mencionadas en la génesis y etiología, deben tenerse muy limpios, medida que al mismo tiempo favorece la vida comercial.

Repito, que un puerto sucio es un reclamo para el virus icterodes, y que al invadir éste, toma proporciones crecidas relativamente á la falta de limpieza de aquel.

Para practicar la limpieza de los puertos, se necesita tomar medidas sanitarias convenientes, y sobre todo, no practicar dicha maniobra durante el verano: la evaporizacion seria grandísima, multitud de elementos miasmáticos subirian al medio ambiente, y la poblacion se encontraría sujeta á este foco tan considerable.

¿Quién asegurar podría, que al remover las sustancias orgánicas almacenadas en dicho lugar, no naciera de un modo espontáneo, cual acontece en el continente americano, el virus morbígeno de la fiebre de Siam? ¿Quién se atreve á desmentir, que condiciones telúricas tan perjudiciales, no fueran capaces de engendrar cierto principio, que determinara una intoxicacion hasta entónces desconocida, legando á la humanidad un medio más que la destruya?

Las juntas encargadas para este fin, deben ser muy previsoras, pues pesa sobre ellas una gran responsabilidad, si hacen las cosas sin premeditarlas.

*Tratamiento curativo:* Los diversos tratamientos que se han dado para la fiebre amarilla, casi representan todas las medicaciones terapéuticas; pues desde la antitiflogística á la tónica y excitante, todas han tenido una época de ensayo, todas han gozado de mayor ó menor prestigio.

Se conocen, por tanto, distintos métodos curativos; métodos de los cuales, su mayor parte se deben á profesores españoles, los que han tenido un gran esmero al tratar esta afeccion en las Antillas, formando cada uno su criterio especial, y prescribiendo cada cual su plan terapéutico.

Hace poco que en las columnas de *El Progreso Médico*, que dirigia el ilustrado compañero Doctor Cambas, publicó nuestro apreciable amigo el Doctor D. José María Sñigo, el tratamiento para él más indicado, contra la fiebre americana.

El aventajado Doctor Rivas publicó un cuadernomemoria de los resultados obtenidos por él, administrando distintas sustancias, poniendo en uso diversos tratamientos. Pero la verdad es que aunque dichos señores, como otros muchos, han razonado suficientemente su plan terapéutico; no obstante, el Sr. Aréjula, gloria que fué de nuestra Medicina práctica y orgullo de la escuela de Cádiz, desenvuelve datos clínicos muy dignos de tomarse en cuenta, en su tratado que apellida de la fiebre amarilla.

Sin seguir de un modo exclusivo á ninguno, pero inclinándonos á lo expuesto por el Doctor Aréjula, tracémos, sin hacer más historia, lo que á nuestro criterio daría mejores resultados.

Al comenzar la fiebre, se debe prescribir un emetocatórtico, con idea de cubrir dos indicaciones; la primera es desembarazar el tubo digestivo de materiales, que si están acumulados en él, van á ser causa de desórdenes en el período de intoxicacion biliar; lo segundo, rebajar las fuerzas del enfermo, contraestimulando un poco, disminuyendo la calorificacion y evitando la sangría; práctica que tan en boga estuvo, y se encuentra hoy con sobrada razon desacreditada por inmolar víctimas á cada paso.

Administrado que sea el emeto-catórtico, se pondrán los enfermos al uso de una limonada cítrica, ligeramente edulcorada, dando ligeros caldos á intervalos distantes y colocando revulsivos á las extremidades inferiores.

El Sr. Giralt, si la calorificacion de este período subia á un tipo hiperpirético, ha propuesto se use del alcohol, en la forma y dosis ya mencionadas.

Como al enfermo le moleste mucho el lumbago violento y la cefalalgia excesiva, se aconsejan para la primera, las fricciones con pomadas anodinas, los espíritus estimulantes, rubefácientes, el cloroformo gelatinizado, las ventosas, aplicacion de sanguijuelas, etc.: para lo segundo, persistencia de los revulsivos, paños de agua y vinagre á la cabeza, el hielo aplicado á igual region y otros medios análogos.

Aparece el corto período de calma, en el que los síntomas remiten todos. En este intervalo, vemos á la mayoría de los Profesores que se han ocupado de dicha pirexia, enmudecer, y á nosotros nos parece que es cuando el Profesor está en condicion más á propósito para atacar; es el flanco por donde puede ser posible combatir al enemigo; y al efecto, se relaciona, como hemos dicho, este subperíodo con el apirético de las fiebres intermitentes: en éste damos quinina y á altas dosis, si ella es perniciosa; pues la misma conducta se podrá observar en la fiebre amarilla, debiendo darles quinina á los enfermos, á la dosis de media dracma (15 gramos) á una dracma (30 gramos), ya en píldoras, ya en disolucion.

Puede tambien administrárseles fricciones en el áxila y columna vertebral, con pomadas de igual sustancia.

Aparece el segundo período, de estado y terminacion.

Al entrar el enfermo en él, debe el plan terapéutico encaminarse á dos fines principales: combatir el estado de postracion, de adinamia, y alejar el veneno morbigeno.

Para conseguir en lo posible esto, darémos al paciente caldo y vino repetido, pociones con quina, recetan-

do: de agua de ajenjos, tres onzas (90 gramos), de extracto blando de quina, una dracma (4 gramos); de jarabe de quina, una onza (30 gramos); *D.º y M.º*, á tomar de hora en hora dos cucharadas grandes.

Se usa tambien la infusion de corteza peruviana sola, con ácido clorhídrico, sulfúrico ó fénico.

Si se presentan desórdenes nerviosos, se administran los distintos antiespasmódicos que se conocen, tales como las infusiones de valeriana, enemas de asafétida, pociones con bromuro potásico y píldoras de almizcle.

Para los vómitos, si bien éstos ceden cuando la afeccion va á juzgarse, sin embargo, debe usarse de algunos medios, como la pocion de Riverio; terrones de nieve; sinapismos al epigastrio, etc.

Lo mismo decimos con relacion á la diarrea; las infusiones de ratania, simarruba, etc., el extracto de ratania, el catecú, el tanino, nitrato de plata, electuario diascordio y otros ya dichos en capítulos anteriores, se pondrán en práctica, sólo como meros coadyuvantes.

Nos parece, que en union de los medios indicados como tónicos, se podria aumentar la infusion ligera de ruibarbo, pues teniendo tal sustancia accion directa sobre los desórdenes biliares, debe encontrarse muy indicado.

## CAPÍTULO XIX.

### Tífus asiático.

SINONIMIA.—Cólera-morbo; enfermedad negra; cólera azul; cólera asfético; cholerragia de Swediaur; cólera indiano, etc.

DEFINICION.—Es una enfermedad que, producida por

un principio tóxico, procedente de las orillas del Ganges, se caracteriza por vómitos y diarreas copiosísimas y de consistencia de arroz cocido, frialdad exagerada y general, calambres, cianosis, hundimiento de los ojos y supresion de orina.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Ocupa lugar preferente en las infecciones conocidas, y en el grupo de los tífus de los autores antiguos.

Si no fuera por el temor de ser llamados innovadores, hubiésemos llevado el cólera-morbo-asiático á otro lugar que no á éste. ¿En qué se fundan los autores, llamándonos tambien culpables, para colocar tal intoxicacion entre las fiebres? ¿Qué período vamos á ver en el cólera, en el que el aumento de combustiones y oxidaciones presida los demás trastornos funcionales? ¿La reaccion febril que aparece al cesar los síntomas coléricos, vamos á considerarla como la fiebre, y á los verdaderos fenómenos del cólera como un período preparatorio? ¿Nos uniremos á los que consideran el cólera como una perniciosa de forma algida? De ningun modo, vemos en este un envenenamiento orgánico no febril, no le encontramos alguna analogía con la fiebre tifoidea, con el tífus de Europa, con la fiebre amarilla, y si al curarse los enfermos apreciamos aumento de calor y frecuencia de pulso, no consideramos á este estado sino como una reaccion favorable, que si bien se liga con el cuadro sintomatológico del cólera, ocupa un punto completamente opuesto, de lo que corresponde al principio venenoso.

Dicho esto, y volviendo á confesar nuestra debilidad, digamos algo sobre la naturaleza del veneno en cuestion.

Sentado en la fiebre tifoidea, ó por mejor decir, al principio del grupo de infectivas, que hay tres teorías que se disputan la patogenia de las afecciones de este

nombre, ha de haber por tanto más de una explicacion, para darnos á conocer la naturaleza del principio generador del cólera-morbo-asiático.

Casi todos los autores fijan su vista en las condiciones de las orillas del Ganges, y ven en ellas que existen grandes plantíos de arroz, que, inundados por los desbordamientos de este río, dan lugar á un fermento engendrador del cólera; ahora bien, digamos algo sobre si este fermento depende de tal ó cual parásito vegetal ó no.

El estado actual de la ciencia cuenta con algunos datos, para discutir de cierto modo esta cuestion.

La *mucedínea* del cólera, es la que parece ser la engendradora de tal entidad morbosa, segun la escuela parasitaria. Swayne, Brittan y otros, fueron los anunciadores de la existencia de tal parásito. Pacini, Klob, Thomé, Bouhl, Legros, etc., han ofrecido mayor suma de datos, ilustrando esta cuestion.

Los períodos asignados á la evolucion de este parásito vegetal, son dos principalmente: el primero, los quistes y los esporos; el segundo, los esporulos punti-formes.

La primera evolucion aparece bajo la forma de corpúsculos discoideos ó moleculares, que han sido comprobados desde el año 1840 en las deyecciones de los cólericos, y en la mucosa intestinal en los cadáveres de los sugetos que han muerto á consecuencia de dicha afeccion.

Segun Williams, este mucus es un fermento que consta: primero, de gran cantidad de células de forma oval ó poligonal; segundo, de fragmentos de células semilunares ó planas; y tercero, de corpúsculos discoideos.

La segunda evolucion, ó sean los esporulos punti-

formes, pueden apreciarse sin auxilio de instrumento alguno, y aparecen sembrando la mucosa intestinal y dándole un aspecto punteado de color blanco. Examinados dichos puntos, Klub, nos dice, que bajo el nombre de zoogloea, que es como apellida á este mucus, consta de masas glerosas, globulosas ó racimosas, que se distingue en ellos una sustancia hialina que forma la base y que constan á más de gránulos separados los unos de los otros.

Pero nos preguntamos, ¿cuál es la accion de este mucus sobre el epiteliium de la mucosa intestinal, que es donde se actúa el mayor grado de lesiones?

Observadores diferentes, célebres histólogos, nos hablan del siguiente modo: las células epitélicas, sobre todo del íleon, comienzan á separarse al tomar desarrollo el parásito, su contenido se enturbia, se vuelve granuloso, aumenta de volúmen y desaparece la zona marginal; en una palabra, su textura, más que de epiteliium, es la de la mucedínea, pudiendo decirse que una capa de zoogloea cubre al intestino.

Quédanos sólo, para terminar esta parte, hacer constar que el mucus ya mencionado, atraviesa el intestino y gana los vasos capilares y linfáticos, para entrar de lleno en la circulacion; asimismo, que no sólo sabe penetrar por estos puntos, sino que tambien lo hace á través de los parénquimas, habiéndoseles encontrado en el hígado, bazo, riñones, etc. Además, las condiciones de que uno se encuentra rodeado le impiden ofrecer datos tomados por uno mismo sobre dicho parásito; pero hablando por boca de los acreditados histólogos de que hemos hecho mencion, se puede asegurar que el veneno colerígeno es capaz de trasmitirse muy bien en el aire y agua: Pacini, Vogel, Thompon, Raincy y otros lo tienen perfectamente demostrado.

Las condiciones que favorecen al desarrollo de tal entidad, pueden decirse que son:

Las estaciones en la que más frecuentemente estalla esta epidemia, es á fines de verano y principios de otoño. Con relacion á la edad, á conciencia no podemos decir nada, pues todas cuentan con un grado muy análogo de receptibilidad. Igual cosa tenemos que decir con relacion al sexo, constitucion y temperamento.

Se ha afirmado por algunos, que ciertos estados crónicos tienen inmunidad para el desarrollo del cólera-morbo, debiendo colocarse en primera línea la escrofulosis y tuberculosis.

El régimen de vida es muy atendido, más que todo por el vulgo. Casi en todas las epidemias de cólera los primeros invadidos son acriminados de glotonas, de faltos de razon, por usar de sustancias indigestas; de beodos, diciendo que la embriaguez ha sido la causa del mal, etc. Podemos afirmar, que lo que se debe en tal caso es no perturbar el régimen de vida acostumbrado; pero no por eso vamos á decir que los excesos de cualquier género que sean, son buenos coadyuvantes al mal en cuestion.

Como en la fiebre tifoidea y tífus de Europa, las reuniones caseras tenian un papel muy importante, esto es, que el acúmulo de personas en un local estrecho era una concausa muy abonada, de igual manera en el cólera-morbo debe tenerse esto en cuenta; pues se ve que en aquellos barrios en donde no se respetan tales preceptos, son sitios donde hay mayor número de invadidos y muertos.

La marcha que sigue dicha entidad, es digna de que no se pase por alto. Ella acompaña á los ejércitos, siguiendo su itinerario; ella va con las carabanas á la Meca, de tal modo, que no es raro suceda que á los

pocos dias de haber salido una caravana de un pueblo, estalle la epidemia colérica.

Tambien hay que saber, que al acometer á una poblacion, lo hace de una manera especial, pues es digno de notarse, que el cólera invade un lado de la calle, quedando sano el otro.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Los desórdenes que se aprecian en los cadáveres de enfermos, que han sucumbido por el cólera, son de gran interés, por existir en esta entidad infectiva un número de lesiones cadavéricas dignas de estudiarse.

Procedamos á su exámen.

El cadáver del que muere del cólera se presenta con gran rigidez, que dura por bastante tiempo: el tejido celular y adiposo están reducidos casi á ojuelos friables, y los músculos disminuidos de volúmen, ofrecen una sequedad extremada y están llenos de coágulos negros y blandos.

*Aparato digestivo:* Abierta la cavidad abdominal, se encuentran los intestinos delgados con un color rosado ó rojo oscuro muy manifiesto; el contenido de dicha cavidad es como arroz cocido, y abiertos los intestinos y estómago, hallamos en los primeros infiltracion y reblandecimiento muy marcado, arborizaciones en su túnica interna, descamacion de trozos considerables de epitelium y contenido albuminoso en su interior.

En el estómago se nota, corriendo á lo largo de los intestinos, la misma inyeccion que hemos dicho de éstos, así como tambien punteacion blanco-grisada, que es lo que llaman erupcion puntiforme, como segunda evolucion del parásito.

Los ganglios linfáticos participan en mucho de iguales lesiones, estando infiltrados, reblandecidos y llenos de la materia albuminosa que queda dicha.

El hígado y bazo, por más que pueden ofrecer lesiones, tienen éstas un carácter inconstante.

Los riñones están hiperemiados, y la vejiga muy disminuido su volúmen.

*Aparato circulatorio:* La sangre está sumamente espesa, de color negruzco y en forma de coágulos, rellorando el corazón derecho y venas.

*Aparato respiratorio:* En el aparato respiratorio, única y exclusivamente se aprecian éxtasis diversos, hijos del estado de la sangre.

SÍNTOMAS. — Es conveniente, como advierte muy bien el Sr. Jaccoud, no perder de vista los datos que suministra la Anatomía patológica, datos que, dándole un valor apropiado, nos explican cuanto fenómeno aparece en dicha entidad.

Sea procedente de un fermento, sea el origen un parásito, la verdad es que la mucosa intestinal descama su epitelium, quita de consiguiente la barrera á la ósmosis, y determina que se establezca una verdadera corriente de dentro afuera, que produce cuanto se ve acontecer.

Queda consignado que esta hemorragia serosa, y permítasenos la frase, tiene que poner al líquido sanguíneo en condiciones tan densas, que atasca la circulación en los vasos pequeños, y produce el cuadro sintomático de dicha entidad morbosa.

Esto expuesto, como para que nos sirva de base, entrémos de lleno en la sintomatología.

Tres períodos deben considerarse en la sintomatología de tal afección; períodos que se relacionan con el grado que tenga el trastorno intestinal, así que veremos primero al período mucoso, después al seroso y por último al asfíctico. A más de estas tres etapas, que forman la verdadera sintomatología del cólera, hay que

ver una terminal ó de reaccion, que bien puede presentarse como un movimiento francamente vital, bien como un estado ataxo-adinámico de consecuencias funestas.

*Forma mucosa:* Esta forma, muy desatendida por la mayoría de los clínicos, és en la que más debe fijarse la atención, pues tiene una gran importancia bajo cualquier punto de vista que se le considere.

Como se presenta bajo caracteres muy benignos, á los invadidos se les abandona casi siempre, y pasa que éstos depositan en las cloacas donde van, deyecciones que llevan en sí el principio morbígeno, y son causas de que una epidemia estalle en puntos diversos. Tambien bajo la mira individual, si se dejan á estos enfermos abandonados, lo que en apariencia no era nada, toma proporciones grandísimas, recorriendo todos los períodos y haciendo sucumbir al paciente, sólo quizás por un descuido.

Los caracteres de esta forma, avanzada las más de las veces de las epidemias formidables, consisten en evacuaciones diarréicas de consistencia, seguidas de olor fétido y conteniendo bÍlis, moco y materiales friables: tal diarrea está constituida por ocho ó diez deposiciones al dia, y al presentarse ésta, lo hace sin dolores cólicos, y solo con meteorismo y flatuosidades.

Al mismo tiempo que el enfermo padece esto, se queja de gran languidez y algun frió: la cara está pálida, la lengua saburral, hay sed, anorexia y conatos al vómito.

La epidemia de cólera preexistente, y el análisis microscópico, descubriendo el parásito generador, es lo único que á conciencia puede distinguir esta forma de la diarrea catarral.

*Forma serosa: Colerina:* Esta aparece tambien sin

pasar más adelante, en las epidemias de cólera, ó antes de que se establezca convenientemente.

En ciertos casos sucede á la forma mucosa, y lo que con frecuencia acontece es, que va seguida de la forma asfíctica.

Los caracteres de la colerina, consisten en:

Laxitud general y pérdidas de fuerzas, sensacion de frio, dolor tensivo en el vientre en la region infraumbilical, eructos y evacuaciones biliosas. Este cuadro en poco intervalo, toma proporciones mayores, y aumenta el dolor de vientre, irradiándose al epigástrico; hay conatos á vómitos y vómitos como de arroz cocido; la diarrea toma igual carácter y se hace colicuativa; el frio se generaliza, presentándose la piel de gallina; los ojos se hundén; la sed es intensa; la fâcies se retrae; un color violado tiñe los surcos naso-labiales y orbitarios; la orina se disminuye, suprimiéndose casi por completo; se presentan calambres; el pulso es pequeño; la respiracion frecuente, difícil y superficial, y los latidos cardiacos disminuyen notablemente en intensidad.

A este período, que dura de dos á tres horas, le sigue casi siempre el tercero ó

*Período asfíctico*, llamado tambien *âlgido ó cianótico*.

El frio en este período es intensísimo, no pasa de 29° el calor en las piernas, oscilando de 34° á 37° en las âxilas.

El cuerpo en general, parece que disminuye de volumen y peso; la fâcies se retrae más y más; los globos oculares están completamente hundidos en las órbitas, dibujándose muy mucho la cianosis.

La sed es vivísima; la lengua está aguzada y seca, hay gran epigastralgia, los vómitos son repetidísimos y muy abundantes, conservándose su carácter; hay

timpanismo; diarrea colicuativa como de arroz cocido, y supresion de orina.

Los calambres se suceden consecutivamente; el pulso es filiforme, perdiéndose tal vez.

Los latidos cardiacos no se aprecian sino muy lejanos; las arterias carótidas y temporales, en las que á la finalizacion de este período solo se nota el pulso, laten de un modo muy oscuro; la disnea es considerable, por ser la respiracion en extremo superficial; la orina está del todo suprimida; la piel está seca, arrugada y con un bajo relieve azulado; la voz es afónica, y las facultades intelectuales, que habian permanecido incólumes, caen en un estado comatoso.

Tal cuadro de síntomas depende, como decimos arriba, de la diarrea serosa que priva velozmente á la sangre de su parte líquida.

En efecto; si tenemos el líquido sanguíneo con una anhidrohemia relativa, tendremos que los vasos capilares, venosos y linfáticos, reclamarán de los tejidos donde serpean materiales líquidos, y esto causará disminucion en el volúmen de ellos, sequedad y consistencia friable. El colchon adiposo que pone en posicion al ojo, se retraerá sobre sí mismo, hundiéndose éste; el tejido celular que redondea el carácter de las facciones, las eminencias musculares, perderá tal propiedad, y la fâcies, así como todas las exterioridades orgánicas tienen que presentar los fenómenos indicados.

Al mismo tiempo, la sangre mucho más densa que en estado fisiológico, le será imposible circular en vasos de pequeño calibre, deteniéndose su curso hasta en los grandes, no sólo por el obstáculo periférico, sino por adherencias y depósitos en las paredes de éstos. Tal cosa es la causa del descenso tan súbito del calor; de la coloracion azulada de la piel; de la disnea; pérdi-

da de pulso y falta de contraccion cardiaca; de la excesiva sed y supresion de orina.

Pero hay más; dispuesta la sangre á estancarse, ha de producir trómbosis en todos los tejidos que riega, y tiene que efectuarlo en el muscular, y al encontrarse un haccillo fibrilar con un depósito hemático, éste tiene que determinar un acto reflejo que no es fisiológico, que ocasiona en su primer tiempo una corriente sensitiva exagerada, que da por resultado un dolor vivísimo, una corriente motora anormal, que es causa de una contraccion enérgica y parcial de aquella porcion de músculos; esto es, los calambres repetidos que forman parte integrante de la sintomatología de la afeccion que nos ocupa.

Cuando el cuadro sintomático descrito, que puede durar de dos á treinta horas, sigue con igual intensidad ó se aumenta, la muerte concluye con el enfermo, pues no es posible acontezca otra cosa.

Si el enfermo no termina en tal período, aparece una nueva época, de distinto carácter que las anteriores.

Mas ántes de entrar en el período de reaccion, tócanos advertir, que si no hemos seguido el orden de aparatos, como en todas las fiebres, es porque, queriendo hacer la descripcion todo lo más sucinta posible y todo lo más parecida al hecho clínico, hemos preferido la velocidad con que corren los síntomas y la sucesion perfecta que guardan, á la clasificacion didáctica de aparatos y sistemas.

*Período de reaccion:* Dos pueden ser las terminaciones del cólera; ó la simple reaccion, ó la forma tifoidea.

Tanto vaya á presentarse una ú otra forma, existe un período comun, constituido por disminucion del

frio y elevacion gradual de temperatura, coloracion de la piel y disminucion de la cianosis, sudor moderado, animacion del semblante, emision de orina, que la primera expulsada contiene albúmina, epiteliun, glóbulos de sangre, azúcar, *pigmentum* biliar, é índigo; los calambres se aplacan, perdiendo su intensidad y se retardan mucho; los vómitos cesan; la diarrea se disminuye, cambiando de carácter, etc.; en tal estado, sigue rumbo diverso este cortejo sintomático.

*Forma comun:* En los casos más halagüenos, poco á poco los síntomas van remitiendo, acompañado esto de sudores abundantes y gran emision de orina.

Algunas veces se hace de un modo insidioso tal reaccion, y aunque á la larga se efectúe, parece como que, á lo más mínimo, va á volver á presentarse el cuadro anterior: el síntoma que más dura en estos casos es la diarrea.

Por último, en determinadas circunstancias, al ir volviendo las cosas al restablecimiento fisiológico; estalla una fiebre alta é intensa, con calorificacion excesiva, cefalalgia fuerte, plenitud y dureza de pulso, en una palabra, fenómenos de una fiebre inflamatoria.

Si la fiebre en cuestion aparece, dura dos dias próximamente, terminando por sudores y evacuacion copiosa de orina.

*Forma tifoidea:* El Sr. Jaccoud plantea la patogénia de esta forma de tal modo, que aleja el criterio de los antiguos, viendo fiebres tifoideas complicando las enfermedades. El práctico de Lariboisiere, dice efectivamente que estallan fenómenos comunes á los de una fiebre tifoidea, á los del tífus; pero entiéndase bien, que lo que sucede es que sobreviene un cuadro atáxico ó uno adinámico, por las condiciones que concurren en el enfermo.

Dicho Sr. Jaccoud, acertadamente clasifica la génesis de esta evolucion tífica, poniendo los siguientes casos.

El trastorno nutritivo á que há estado sometido el enfermo, es muy posible que, al sobrevenir la reaccion, haya falta de armonía entre la asimilacion y desasimilacion, ocurriendo de esto que la urea, producto que representa un período desnutritivo avanzado, no se encuentre eliminada en la cantidad que se necesita por la orina, y quedando en la sangre, sobrevenga la uremia, de terminacion funesta.

En otros casos, la sangre al recobrar su actividad perdida, puede exagerarla y hacer decúbito en la masa encefálica, y de consiguiente estallar un estado febril, que acompañado de congestion ó flógosis meningo-encefálica, se presente con forma comatosa, con un estado atáxico, terminando por adinamia.

Finalmente, los distintos órganos que se encierran en las diversas cavidades, al recibir de repente sangre con gran actividad, se hiperemian, se flogosean, y presentándose diversos focos inflamatorios cada cual con una intensidad distinta, causan un trastorno, una falta de armonía en las funciones orgánicas, que no es otra cosa que un verdadero estado atáxico.

Para concluir todo lo concerniente á este estudio, haremos notar que la convalecencia del cólera es de las más penosas, aún en los casos favorables, los enfermos se quedan en un gran estado de postracion, falta de tono en las vias digestivas, y disposicion á las flegmasias de las vísceras abdominales.

En los niños de corta edad suele acontecer que, al salir de un acceso de cólera, se queden casi marasmóticos, anémicos, ó leucocitémicos; con dificultad en la palabra, con torpeza en la ideacion y hasta con imposibilidad de verificar movimientos algo continuados.

Tambien hay que tener presente, que las recaidas y recidivas suelen ocurrir, y que si esto acontece, la muerte es del todo probable.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Rápido y continuo es el primero, estando en algunos casos interrumpido por exacerbaciones y remisiones.

La duracion es distinta segun la intensidad del acceso colérico; puesto que en algunas epidemias, cuando éstas se hallan en todo su apogeo, se ven invasiones tan bruscas, que caen los individuos como heridos por el rayo, sucumbiendo en el corto espacio de una á dos horas. Tal forma se conoce bajo el nombre de *fulminante*.

Por regla general, el cólera recorre sus períodos en cuatro ó seis dias, siendo muy raros los casos en los que se prolongue diez ó doce.

La terminacion queda descrita al finalizar la sintomatología.

DIAGNÓSTICO.—En los cuadros finales hablaremos de éste.

PRONÓSTICO.—Gravísimo en general debe formularse el pronóstico de la intoxicacion colérica, convirtiéndolo en mortal ó simplemente reservado segun las circunstancias.

TRATAMIENTO.—Como afeccion que ha burlado casi todos los medios curativos con que contamos en la actualidad, los tratamientos propuestos son infinitos; y tanto, que hasta se acogen en ciertos casos medicaciones ya nacidas del empirismo, ya hijas de la charlatanería.

Dividamos este estudio como ya lo hemos hecho en las fiebres anteriores: tratamiento profiláctico y tratamiento curativo.

*Tratamiento profiláctico:* Es necesario adoptar todas las medidas higiénicas, todos los preceptos sanitarios,

que ya hemos dejado consignados. Si fuera posible á los Gobiernos intervenir de un modo enérgico en los lugares donde se produce, y evitar que una masa de hombres guiados por el fanatismo, conduzcan á diversos puntos elemento tan maléfico, sería una conquista que la humanidad hubiera realizado, arrancando á la muerte un tanto de sus poderes.

La falta de medidas higiénicas, es tan considerable que un solo hombre atacado del cólera en su forma leve, puede ser el determinante de una horrorosa epidemia. Las deyecciones de los enfermos son focos de infeccion de gran poder, y por esto no sólo debe tenerse cuidado con establecer un cordon sanitario riguroso, con poner un lazareto en condiciones oportunas, sino tambien vigilar muy mucho las letrinas, porque ellas son las que la mayor parte de las veces recogen y esparcen el veneno colerígeno.

Se ha aconsejado echar en las letrinas líquidos desinfectantes; cloruro de Labarraque, ácido fénico, sulfato de hierro, etc.; así como tambien fumigar todo aquello que, creyéndose tiene patente sospechosa, se necesita ingrese en una localidad sana.

Dicho esto, pasémos al tratamiento causal y sintomático de la entidad que nos ocupa.

*Tratamiento curativo:* Hojas y hojas pudiéramos llenar, exponiendo todos los principales que se han dado para esta afeccion, pero lo que más ha de convenir es expresar de un modo sucinto, el tratamiento que creemos debe seguirse en tal entidad morbosa.

Si diagnosticamos la forma mucosa del cólera, ó por lo ménos tenemos sospechas de que sea, se mandará á los enfermos recogerse en cama, abrigarse convenientemente, colocando revulsivos á las extremidades inferiores, al mismo tiempo dieta y preparaciones opiadas

é infusiones aromáticas, como la manzanilla, salvia, luisa, etc.

Si los síntomas continúan y el período seroso aparece, sobreviniendo tras de esto el asfíctico, es preciso que sin divagar en medicaciones diversas, sin querer ensayar recursos empíricos, nos fijemos en la naturaleza de la afección de que se trata; veamos bien que la trasudación serosa de los intestinos, provocando una gran plasticidad en la sangre, es la causa de los desórdenes coléricos, y por lo tanto es preciso, repetimos, se pongan en juego medios enérgicos que contrarresten esto.

En cama el enfermo, como lo hemos dejado, atenderemos á la secreción cutánea para aumentarla, y disminuir la secreción serosa intestinal, cubriendo la piel de extensos revulsivos, dando friegas secas ó con líquidos estimulantes, rodeando el cuerpo de saquillos de cal, sometiéndolo á baños de vapor algo excitantes, administrando diaforéticos dialíticos, y echando mano, si esto no basta, de la urticación, flagelación y, según algunos, hasta del calórico radiante y de la misma cauterización.

En unión á esto, tenemos que despertar, que dar tono al aparato digestivo, al sistema nervioso en general, proponiéndose conseguirlo con vino de Jerez seco, ron, aguardiente de caña, café y otros excitantes, dando buenos resultados la mezcla de una infusión de café bien cargado con coñac ó un ron bueno, en partes iguales, administrado á medios pocillos de cuarto en cuarto de hora.

La sed intensa del enfermo es necesario mitigarla, y para ello le daremos como bebida usual una disolución albuminosa, que también nutre, por pequeña que sea la parte que se absorba; por igual razón pres-

cribirémos los trociscos de hielo, que tambien se dirigen á combatir los vómitos.

La diarrea serosa colicuativa y las vomituraciones de igual carácter, casi podriamos decir que sólo se combaten provocando la reaccion, y que los medios con que contamos para atacar directamente á estos síntomas, son por sí sólos insuficientes, y á veces hasta perjudiciales; no obstante, emplearémos las infusiones de ratania, simarruba, catecú, etc., al interior en pocillos ó en enemas; las píldoras de opio y pociones con el electuario diascordio; la ipecacuana por su propiedad antidisentérica; los calomelanos, bajo el punto de vista sustitutivo; las enemas de nitrato de plata, como astringentes y cateréticas, etc.

Los calambres, aunque no sea más que para consolar al enfermo, se deben combatir con fricciones narcóticas anestésicas, que algo producen al fin y al cabo.

Algunos autores han preconizado mucho la administracion del sulfato de quinina, fijándose en sus propiedades antisépticas, no pudiendo nosotros, si bien teóricamente estamos conformes con esto, apoyarlo con suficientes datos clínicos.

Si termina el cólera favorablemente, no tenemos más que ayudar esta reaccion del organismo; pero si por el contrario sobreviene la forma tifoidea, entónces es necesario combatir segun la causa productora.

En caso de presentarse la *uremia febril*, se pondrán á los enfermos al uso del sulfato de quinina, á la dosis de un escrúpulo (un gramo 20 centígramos) en píldoras, y una dracma (4 gramos) en onza de alcohol (30 gramos) para fricciones. Se darán infusiones amargas y antisépticas; v. gr., en libra de cocimiento de quina (360 gramos) un escrúpulo de ácido hidroclórico (1,20 gramos), ó media dracma (2 gramos) de ácido fénico.

Tambien se hará uso de los diaforéticos dialíticos, empleando revulsivos á las extremidades y administrando el alcohol en la forma y dosis ya mencionadas.

Si la causa del estado tifoideo son fluxiones meningoencefálicas, se pondrán sanguijuelas detrás de las orejas, compresas frias á la cabeza, vejigas de hielo á igual region y pociones antiespasmódicas, prefiriendo el bromuro de potasio y el almizcle.

Ultimamente, si flegmasias viscerales acarrean los trastornos citados, se combaten, á más de con medios propios para los estados atáxicos, con aquellos medios que exijan las condiciones de la flegmasia, y el órgano ú órganos que la padecen.

*Formas del cólera:* El cólera tiene tres maneras de presentarse; ó epidémicamente, que es la forma comun en nuestros países, y es la que describimos; ó la forma endémica, que se padece en donde tiene su cuna; ó la forma esporádica, que tambien se aprecia entre nosotros, aunque en casos excepcionales.

Respecto al cólera esporádico, tendríamos que hablar mucho, si dedicásemos un capítulo á él, pues lo que nosotros creemos de esto es que, así como el miasma tifoideo, el colerígeno, al desarrollarse dentro del organismo, produce la descamacion epitelica del intestino y la diarrea serosa colicuativa, y de aquí los demás trastornos; puede haber otro sin número de causas que, sin ser infecciosas, determinen una flegmasia intestinal, en la que se elimina gran cantidad de epiteliun, apareciendo la diarrea colérica y los síntomas peculiares á ésto. Como ejemplo, podemos aducir el *cólera infantum*.

---

## CAPÍTULO XX.

Así como las fiebres descritas anteriormente tienen el carácter de reproducirse de hombre á hombre, hay otras, como son las que nos van á ocupar, que si bien dependen de una causa miasmática, el principio tóxico, al desarrollarse en el organismo, no tiene suficiente poder para trasportarse de hombre á hombre, del enfermo al sano.

Entre éstas, segun la clasificacion que nos ha servido de base, se cuentan *el gripe* y *el sudor miliar*.

## Gripe.

SINONIMIA.—Catarro ruso; influenza; bolero; dengue; trancazo, etc.

DEFINICION.—La gripe es una fiebre de carácter remitente por lo comun, que procedente de un principio tóxico no contagioso, de origen animal y vegetal, se caracteriza por gran debilidad, postracion de fuerzas que no está en relacion con los síntomas, dolores musculares, lumbago, catarro en la mucosa aérea, y á veces roseola terminal.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Desde hace tiempo se vienen ocupando de esta entidad la mayoría de los patólogos; pero la verdad es que hasta hace poco no se le ha dado el lugar que le corresponde.

Ozanam fué el primero que legó á la ciencia una descripcion algo metódica de la afeccion que nos ocupa; tras éste se han venido ocupando sucesivamente otros,

en sus diversas apariciones; ella ha visitado casi todo el mundo; el clima, la estacion, la situacion topográfica de una localidad jamás han influido para que deje ó no de presentarse; sus viajes no respetan la direccion de los vientos; en sus excursiones se ve la mayor regularidad, y nunca endémica ni esporádica; se alza con los mayores caracteres de una vasta epidemia, ya sin inmolar víctima alguna, ya causando estragos de consideracion.

Antes de ahora sólo se habian fijado los clínicos en su sintomatología, y por esto lleva el nombre de gripe, pues hubo una epidemia en la nacion vecina, que se caracterizó tanto por lo brusco de sus invasiones, que dió por resultado le apellidaran como hemos dicho, de *agriper*, coger de pronto.

El título de influenza se le dió en Italia, en una epidemia de mucha consideracion que estalló allí.

Por una de sus apariciones más vastas, que comenzó por el imperio ruso, visitando despues muchos países, lleva el nombre de catarro ruso; por fin, el vulgo le apellida tambien de distintos modos, segun el síntoma predominante de que se reviste.

Ya se ve que en ninguno de los párrafos que anteceden se dice nada sobre la patogenia de tal afeccion, por más que en todas las épocas se han dado interpretaciones, aunque viciosas, sobre su naturaleza.

Sydenham considera esta afeccion como producto de exhalaciones minerales: Sprengel la refiere á cambio de electricidad: Laudouzny cree que los estados gripales son dependientes de mutaciones higrométricas, termométricas ó barométricas de la atmósfera: nuestro querido amigo y compañero el Dr. D. Ignacio García de la Mata, admitiendo como nosotros la naturaleza infectiva de la gripe, cree que esta afeccion es producida

por exhalaciones minerales, con un cambio eléctrico especial: el Dr. Granara ve en la patogenia de tal entidad morbosa una disminucion del ozono, y tan es así que los trabajos hechos por él sobre este punto, consisten en apreciaciones del estado ozonométrico de la atmósfera, ántes de la aparicion de una epidemia de gripe, en su período de aumento y en su declinacion, haciendo constar que disminuye notablemente el ozono durante los estados gripales: el Sr. Jaccoud nos refiere un hecho de suma importancia, y es que, despues de haberse practicado grandes excavaciones en las afueras de París, ocurrió en dicha capital una epidemia de gripe. Sin duda alguna merece considerarse el por qué de esta coincidencia, pues nos viene á dar verdadera luz sobre esta entidad morbosa, al parecer tan oscura.

Las condiciones de las epidemias gripales se amoldan muy mucho con la opinion que tenemos formada sobre ellas. Conceptuamos á la gripe como una afeccion miasmática, dependiente las más de las veces de mutaciones telúricas: en las fiebres tifoideas y tífus de Europa, hemos hecho constar que el suelo tiene en sus entrañas sustancias orgánicas descompuestas, bañadas casi siempre por el agua subterránea; pues bien, una de esas emanaciones desprendidas al removerse el terreno ó al descender el nivel de las aguas, creemos sea la causa próxima de las epidemias gripales.

A más de lo dicho, se dibuja el carácter infectivo de ésta, por el estado en que se queda una localidad despues de ser visitada por una epidemia de este género.

En nuestra localidad, desde la epidemia del 64, conocida con el nombre de *dengue*, se puede afirmar que ha quedado tan modificada la constitucion médica, que apénas se pasa un año sin que se adviertan manifesta-

ciones evidentes de carácter gripal; una fiebre al parecer de naturaleza catarral, ya de una manera espontánea, ya por un tratamiento poco indicado, se muda en fiebre atáxica ó adinámica con todas sus consecuencias; por último, si abusamos aunque no sea mucho del plan antiflogístico, los enfermos se nos vienen abajo y el cuadro adinámico aparece en poco tiempo.

Con relacion á las causas predisponentes que pueden favorecer el desarrollo de esta fiebre, solo dirémos: que no respeta climas ni localidades; que aparece en todas las estaciones, por más que tiene alguna predileccion por las de primavera y otoño; que el sexo, la edad, el temperamento, la constitucion y el género de vida, influyen muy poco en su etiología; no obstante, la edad de cincuenta para arriba y la niñez son las que más se libran; las constituciones débiles, el temperamento linfático y los estados de convalecencia, parece que reúnen mayor número de condiciones para la evolucion del miasma. El Dr. Peu establece, deducido de su práctica, que los estados puerperales se brindan al desarrollo de esta afeccion, produciendo en la mayoría de casos terminaciones funestas.

Las pasiones de ánimo deprimentes, la mala alimentacion y los excesos de Baco y Vénus, son causas generales de todas las afecciones de índole miasmáticas.

Respecto á los grados del miasma gripal, sin datos *à priori* sobre el particular, podemos decir que tiene una fisonomía algo distinta al productor de la fiebre tifoidea y tífus de Europa.

Este principio generador, es como el primer grado de las intoxicaciones sépticas, es como la primera edad de los elementos morbígenos dependientes de putrefacciones; por lo tanto, ora podemos bien ver en él una causa tóxica capaz de causar ligeros trastornos,

ora podemos tambien verlo destrozar á los organismos que invade, ocasionando muertes por do quier.

Tal cosa, nos obliga á admitir ciertos grados convencionales, pues aunque pudieran objetarnos que el miasma no experimenta gradaciones, sino el organismo receptor, contestaríamos que sería cierto, si en una epidemia se presentaran casos más graves que otros; pero siendo así que las epidemias nacen y mueren con un carácter especial cada una, no tiene valor ninguno este argumento.

Respecto á lo que influye en la mayor ó menor receptibilidad del veneno, no podemos decir nada, por reinar mucha oscuridad sobre ello.

**ANATOMIA PATOLÓGICA.**—Afortunadamente la terminacion del gripe es casi siempre saludable, pero tambien hay apariciones en las cuales la muerte concluye el cuadro de síntomas gripales, pudiendo apreciarse lesiones anatómicas.

Las que caracterizan á esta afeccion, son :

*Aparato respiratorio:* Engrosamiento de la mucosa laringo-bronquial, erosiones superficiales, dilataciones vasculares, presencia de mucosidades en el árbol respiratorio, porciones hiperemiadas del pulmon, flógosis y explenizaciones más ó ménos intensas de éste, y tal vez infiltraciones grises.

*Aparato digestivo:* Mucosidades en las primeras porciones digestivas; heces fecales en los intestinos; desarrollo de gases intestinales.

*Sistemas circulatorio y nervioso:* El líquido sanguíneo presenta disminucion de fibrina y presencia de albúmina; el corazon tiene flácidas sus paredes y las cavidades se encuentran llenas de coágulos albuminosos.

El cerebro presenta á veces punteacion rojiza, y la médula, sobre todo en la porcion lumbar, muestra

inyeccion notable y aumento en el líquido subaracnoideo.

SINTOMATOLOGÍA.—El cuadro de síntomas que dibuja á esta afeccion es muy heterogéneo, por más que siempre se ven caracteres comunes, dignos de apreciarse.

La fiebre puede empezar con pródromos, ó sin ellos; si éstos existen, hay una gran postracion de fuerzas, dolores contunsivos en las extremidades y lomos, y cefalalgia frontal, pérdida de apetito, fenómenos catarrales é insomnio.

Notados estos pródromos, que pueden durar dos ó tres dias, aparece la fiebre con escalofrios ó frio continuo algo intenso, seguido de calor seco y elevado.

Aumentan los dolores musculares, se acentúa el lumbago, se exagera la cefalalgia y aparecen síncope más ó ménos repetidos.

La cara está encendida, las conjuntivas inyectadas, hay fotofobia y lagrimeo.

*Aparato respiratorio:* La garganta está roja y seca; hay cosquilleo laríngeo, tos seca y despues húmeda con expectoracion filamentosa. La voz es ronca, la respiracion acelerada, la intensidad de la tos, que es por quintas, toma mayores proporciones, exacerbando la cefalalgia; expúlsanse al poco tiempo materiales mucosos, sólos, con estrías sanguinolentas, y por último puriformes.

Percutiendo, hay sonoridad; y auscultando, se oyen estertores mucosos de gruesas burbujas, sobre todo en la region correspondiente á las raices bronquiales gruesas.

*Aparato circulatorio:* El pulso es frecuente y lleno, pero blando. Si el individuo es de temperamento sanguíneo, laten las arterias carótidas y temporales con alguna intensidad.

*Aparato nervioso y calorificación:* Puede suceder que á más de los fenómenos de debilidad general y el lumbago, estalle el delirio de carácter versátil.

El calor es elevado y seco, sube rápidamente y se extiende de un modo general.

*Secreciones:* La piel está completamente desprovista de sudor en los primeros dias del mal, existiendo en algunas epidemias un sudor copioso al terminar la fiebre, sudor que toma á veces tal incremento, que ha dado lugar á que se crea que la gripe era una faz del *sudor inglés*.

La orina es escasa, encendida y con sedimento late-ricio; en casos excepcionales mucoso.

Tal cuadro de síntomas es el que comunmente revisite al gripe; pero segun acertada opinion del Sr. Landouzy, la gripe puede muy bien presentar tres formas principales: la encefálica, la torácica y la abdominal; estas formas las estamos todos los dias viendo en la práctica, y merecen se llame sobre ellas la atencion al jóven alumno.

*Forma encefálica:* Existen los pródromos comunes de la fiebre segun queda dicho; el calor se eleva más y más, el pulso se convierte en duro y tal vez contraido; la cara se enciende; los ojos brillan mucho; la cefalalgia se agudiza, haciéndose general; hay delirio alto, y si el paciente es nervioso puede haber hasta convulsiones.

*Forma torácica:* Se presenta el cuadro sintomático marcado de antemano, sólo que los fenómenos torácicos toman más aumento; la tos se sucede con frecuencia, siguiendo con gran intensidad; la expectoracion es algo herrumbrosa y adherida á la vasija; hay disnea; decúbito al sitio del pulmon afecto y dolor en el pecho, que exacerba la disnea.

Percutiendo, se nota submatitez, muchas veces en los vértices; auscultando, percibimos estertor crepitante si está afecto el pulmon. A más debe añadirse que dibuja á tal forma un dolor en la caja torácica, de intensidad variable.

*Forma abdominal:* La fâcies está contraída y roja, la cefalalgia de sien á sien aumentada, la boca pastosa, la lengua limpia, aguzada y crapulosa; hay falta de apetito; la tension epigástrica puede ir acompañada de vómitos de materiales distintos, hay borborigmos, flatuosidades y diarrea de consistencia semiblanda de naturaleza biliosa, etc. La orina se vuelve más encendida y escasa; el sudor está casi por completo suprimido.

Tanto en ésta, como en las formas anteriores, al pasar el período de agudeza, aparece la forma remitente, carácter bastante constante en ellas.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Contínuo es el curso que sigue esta entidad morbosa en sus tres ó cuatro primeros días, convirtiéndose luego en contínuo remitente; remitencia, que si bien dicen todos, existe por la noche la exacerbacion, y por la mañana la remision, se ve, y no pocas veces, que la fiebre se exacerba á la una y remite á las diez ó doce de la noche.

La duracion del gripe, por término medio, puede ser de doce á trece días; pero algunas veces no llega á los siete, y otras pasa de los catorce.

Termina, sobre todo entre nosotros, favorablemente casi siempre la evolucion gripal, y al hacerlo puede ser por *lisis* ó *crisis*; si es esto último, un fenómeno muy constante es la erupcion roseólica, que al presentarse da por terminado el cuadro de síntomas.

A pesar de lo dicho, si el gripe no sigue el curso general trazado primeramente, sino que por cualquiera coincidencia afecta alguna de las formas indicadas, puede muy bien hacer sucumbir á los enfermos.

El orden que guardamos para describirlas, es el mismo decreciente que guarda la gravedad terminal.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.—Respecto al diagnóstico, lo reservamos para los cuadros finales.

El pronóstico nace del párrafo terminacion, es decir, que de la forma general del gripe debe deducirse pronóstico leve, y reservado de las formas particulares, dando mayor grado de reserva á la forma encefálica, ménos á la torácica y áun ménos á la abdominal.

TRATAMIENTO.—Nada tenemos que decir del tratamiento profiláctico, porque el veneno morbígeno no traspasa en su accion más allá de la esfera del enfermo en que domina.

Con relacion á los focos de infeccion, á la cuna del miasma, tampoco merece mencionarse nada; pues vive entre nosotros, se burla de nuestros cálculos y aparece súbitamente, sin haber sido visto de nadie. No obstante, de un modo empírico, ó por mejor decir, relacionando hechos y generalizando, nos parece que conviene guardar toda clase de limpieza, á fin de quitar focos de materias orgánicas descompuestas.

El tratamiento curativo es en sí muy sencillo.

La práctica ha venido á comprobar que, si bien es necesario poner en juego el arsenal terapéutico, todo no hace más que coadyuvar; el medicamento que parece batir al principio morboso es el sulfato de quinina.

Esta sal ocupa hoy un alto y merecido puesto entre nosotros, y tan indicada está su accion y tan buenos son sus resultados, que en aquellos casos no gripales que ceden al uso del sulfato de quinina, despues de haber hecho uso de otros medios terapéuticos, se quiere ver en ellos una índole gripal lejana, para explicarse la accion del medicamento.

El tiempo y dosis á que debe emplearse esta sustan

cia en la entidad morbosa que nos ocupa, será á los dos ó tres primeros dias del comienzo del mal, tiempo en el que ya la fiebre, tomando algun tipo remitente, dé lugar á que en una remision se haga uso del medicamento. La dosis á que se usa es de 18 á 24 granos (0,90 á 1,20 gramos) en píldoras ó pocion.

Como plan terapéutico, á más de lo dicho para la forma general benigna, sólo debe el enfermo guardar cama, sujetarse á dieta regular al principio, comiendo más al remitir bien la fiebre; se le pondrá una tisana emoliente, ó ligeramente sudorífica; revulsivos á las extremidades y una pocion pectoral de las ya expuestas.

*Forma encefálica:* Si el gripe se presenta con los caracteres que hemos reseñado al ocuparnos de esta forma, debe el Profesor, ántes de alucinarse con la intensidad de síntomas, considerar la patogenia del mal, teniendo por casi seguro que si es gripe, al plantear una medicacion antiflogística, aparece un cuadro adinámico con rápida carrera.

Débense, por tanto, á más de la quinina en la forma y dosis consignada, colocar revulsivos volantes á las extremidades, vejigatorios si son necesarios, paños de agua y vinagre á la cabeza, y si acaso el hielo.

Al mismo tiempo pociones con bromuro, éter, castóreo, valeriana, etc., ó unas píldoras de almizcle, alcanfor y ópio. Da buenos resultados en enemas, el uso del asafétida.

*Forma torácica:* Prévio lo dicho en el párrafo anterior, como peculiar á la forma que nos ocupa, hay que decir: que si el dolor del pecho es pneumónico, se le apliquen revulsivos á la pared torácica, el papel Fayart, el esparadrapo de Thapsia, la pomada estibiada, etc., lo que da resultados apetecibles. Si el mal va tomando cuerpo se recurrirá al vejigatorio.

Como uso interno, emplearemos los antimoniales en pocion ó en píldoras, evitando lo que podamos el uso del tártaro, por la naturaleza sedativa del mal y la accion contraestimulante del medicamento; así pondremos:

En 3 onzas (90 gramos) de mucílago de goma, 8 ó 12 granos (0,40 á 0,60 gramos) de óxido blanco de antimonio ó quermes mineral, y una onza (30 gramos) de jarabe tolutano.

Suspéndase ó disuélvase, para tomar á cucharadas, una de dos en dos horas, alternando con el alimento.

*Forma abdominal:* Si nos encontramos con un caso de gripe abdominal, se debe usar un tratamiento adecuado, puesto que en muchos casos sobrevienen accidentes que cuesta trabajo dominar.

La gripe abdominal exige igual esmero que las formas anteriores, y es preciso advertir, que si algunos prácticos tienen miedo de usar la quinina en los afectos del vientre, sobre todo en las flegmasias de los intestinos, tengan presente que, á más de ser una mera preocupacion bajo el punto de vista general dicho temor, es necesario emplearla en el caso que nos ocupa, pues puede ser el único medio de curacion.

Sin ir más léjos, recordamos un caso que, aunque no de gripe, viene á deshacer tales miramientos.

Un individuo que padecia de un modo ligerísimo vestigios de disentería, adquirida en Fernando Póo, fué atacado de una gastralgia intensísima que le molestaba mucho y le producía fenómenos convulsivos, hasta con exaltacion cerebral. Dicho señor fué tratado convenientemente con pociones calmantes y anestésicas, pomadas de igual índole, preparados antiespasmódicos, trozos de hielo, revulsivos al epigastrio, etc.; nada de esto determina alivio; se provocó consulta, en la que

fué aprobado el tratamiento anterior, y adicionada la medicacion alcalina, que dió el mismo resultado.

A los tres dias de padecimiento comenzaron los accesos á guardar intermitencia, cosa que hizo al momento se propusiera la quinina, no dejando de haber oposicion por el padecimiento de vientre, pero como último remedio se administró; no hizo el enfermo más que tomar la primera dosis de tan heróico medicamento, cuando sintió alivio momentáneo, no volviendo con la continuacion de dicha sustancia á repetirse acceso alguno.

Se pondrá al principio á dieta al paciente, dando, si este estado se prolonga, caldos nutritivos pero desengrasados y hasta carne; pues que el práctico de los hospitales, comprendiendo què la digestion de esta clase de alimentos no se hace en los intestinos, sino en el estómago, la aconseja asada y aún cruda en forma pilular ó de diversos modos, para los estados disentéricos y diarreas pertinaces.

Raras veces esta forma de gripe despierta fenómenos gástricos muy marcados; y en caso de suceder esto, no hay más que tratarlos de cierto modo, como ya hemos dicho en los capítulos que se ocupan de afectos análogos.

El tratamiento que hay que seguir en los convalecientes, no reclama nos detengamos en ello dándole importancia.

La convalecencia del gripe es como todas aquellas que proceden de enfermedades que tienden á debilitar al organismo; por tanto, los tónicos difusivos y reconstituyentes, la alimentacion azoada y los preceptos higiénicos, son las únicas cosas que hay que tomar en consideracion al ocuparnos de tal asunto.

---

Bajo el punto de vista práctico, una vez terminada la descripción del gripe, réstanos indicar que algunas veces la intoxicación gripal es intensa, pero afectando, al desarrollar los primeros síntomas, un carácter benignísimo; y luego, pasados cinco ó seis días, estallan de una manera súbita é inesperada síntomas atáxicos que, seguidos muy pronto de la más completa adinamia, concluyen en breve con el enfermo.

Damos á conocer esto, que tiene verdadera importancia práctica, porque no se descuiden las fiebres catarrales y para que estemos en constante guardia, y demos el preparado antifebril al más mínimo temor de lo que acabamos de exponer.

## CAPÍTULO XXI.

### Fiebre miliar.

En un tratado de Patología, debe dedicarse un lugar á la descripción didáctica de tal afección; pero las condiciones de este trabajo parecen no se prestan á ello, por ser una afección harto rara entre nosotros, y que por lo ménos en nuestra localidad, quién sabe el tiempo que no nos visita.

En los libros de Patología es costumbre colocar la fiebre en cuestión en el grupo de las exantemáticas, atendiendo para esto á la manifestación cutánea, como carácter principal de ella.

Esto lo comprendemos, al formar un criterio empírico de las afecciones, al no ver más que sus exterioridades; pues si vamos á tomar como base nosológica la patogenia de ella, en cuanto nos sea posible, tenemos que llevar á otro lugar distinto dicha afección.

La viruela, la vacuna, el sarampion y la escarlatina tienen caracteres muy comunes, tanto en la patogenia como en su sintomatología, pueden agruparse bajo el nombre de fiebres exantemáticas.

Mas en el sudor miliar no concurren iguales circunstancias; su génesis se aparta completamente; su principio generador, como vemos en la clasificacion, es muy distinto al productor de las verdaderas fiebres exantemáticas, y lo es por su evolucion y por sus propiedades trasmisivas. ¿Cómo vamos á colocar la fiebre miliar, no siendo contagiosa, con la viruela, sarampion, etc., esencialmente contagiosas? A más, ¿es tan perfecto el cuadro de síntomas de la fiebre miliar, que merece se le sobreponga á la patogenia, por no tener, sino entre las exantemáticas, su verdadero puesto? Ni aún tal cosa acontece; en el sudor hay erupcion, en buen hora, pero no erupcion como en los exantemas mencionados. Ni la sucesion de los períodos, ni la erupcion, verdadera dependencia del sudor, reúne dichas condiciones.

Bajo el aspecto clínico, se necesita hacer notar que no todas las fiebres miliares que han sido descritas son tales fiebres miliares, sino fiebres con sudor, capaz de producir sudamina.

El Sr. Troussseau habla con bastante tino práctico sobre dicho asunto. Nos discute las causas productoras de la sudamina, nos relaciona la erupcion dicha, con lo que acontece en el verano cuando hay grandes sudores; finalmente, trata con tanto acierto este punto, que al no ser por temor de que nos llamasen difusos, copiaríamos casi literalmente algunos de sus párrafos, por ser de gran enseñanza: recomendamos á nuestros alumnos lo consulten con despacio y no lo abandonen, llamándole antiguo, pues no lo merece, ni por su pre-

claro talento, ni por los sabios principios de verdadera práctica que brotan de sus elocuentísimas lecciones.

## CAPÍTULO XXII.

### Fiebres palúdicas.

Tócanos abordar las últimas categorías de nuestro cuadro nosológico de fiebres, ó sean las fiebres intermitentes y remitentes.

El estudio de tales pirexias es de una importancia trascendental; pues en épocas determinadas del año llegan á nuestra sala de clínica un número considerable de enfermos invadidos por esta entidad morbosa. Sin duda alguna, este grupo de afecciones en ciertas épocas, como decimos, se ofrecen á la consideracion de nuestros alumnos, bajo todos sus caractéres, bajo todas sus fases.

Si el criterio patogénico fuera en la reseña de estas enfermedades el único que nos guiara, es bien seguro que en un sólo capítulo comprenderíamos todas las maneras que tienen de presentarse estas fiebres; pero aunque somos partidarios de dar la preferencia á la patogenia, no somos, como se ve en los tífus y en otras cuestiones, exclusivos por este sistema, y atendiendo al cuadro de síntomas y á las vestiduras de enfermedades de tanta importancia, bajo el punto de vista clínico, dividimos y subdividimos esta seccion, por creerlo de utilidad práctica y de provecho para la enseñanza.

Como se ve en la clasificacion, el carácter de la pirexia nos sirve de base para dividir á las fiebres palú-

dicas en dos grandes categorías: fiebres intermitentes, ó que hay entre los accesos intervalos apiréticos; y fiebres remitentes, ó sean aquellas que carecen de dichos intervalos.

No obstante, aprovechando lo que tienen de comun, hablemos en general algo sobre la génesis y etiología de dichas entidades morbosas.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—La ciencia hoy en la génesis de estas pirexias, se encuentra á una altura mucho mayor que en las demás que hemos tratado. La ciencia hoy sabe decirnos, que estas entidades morbosas reconocen una causa infectiva; sabe señalarnos el lugar donde se produce el veneno; sabe casi hasta darnos cuenta de los caracteres de éste.

Los lugares pantanosos son los productores de la infección malárica, de la infección palúdica: las lagunas estancadas, los pantanos que pronto se desecan son focos del miasma en cuestión; ellos contienen sustancias orgánicas vegetales, que tienden á descomponerse, y que al concurrir ciertas condiciones meteorológicas, se desprenden estos miasmas infectando á las economías que se encuentran aptas para ello. Mas nos preguntamos: ¿Sólo los lugares donde se pueden apreciar de una manera evidente estos focos, son los únicos en que se padecen las fiebres en cuestión? Este es un punto que ha dado lugar á controversias sin cuento; el ver en una capital, el ver en una población aparecer fiebres intermitentes sin haber en dicha localidad lagunas ó pantanos apreciables, ha determinado que algunos patólogos se atrevan á negar que el miasma palúdico es el único capaz de producir la mencionada fiebre.

Creemos que ántes de sentar tan atrevida opinión, se debe pensar un poco y se debe discurrir, sobre si áun no viendo los focos palúdicos, puede estar el miasma de

un modo latente, atacando á despecho de los sentidos á cuantos individuos se pongan en condiciones.

Segun que la poblacion esté ó no rodeada de pantanos y lagunas, se presentan las fiebres intermitentes ya de un modo epidémico, ya de una manera esporádica, pudiendo discernir del modo siguiénte:

Dado caso que existan á ciertas distancias focos maláricos; que estos focos se hayan encontrado ántes rodeados de obstáculos al libre paso del miasma, como son arboledas, bosques, caseríos, etc., y que estos impedimentos dejasen de existir; en tal caso una corriente de aire lleva en su seno un gran número de miasmas palúdicos, depositándolos en la poblacion á que nos referimos; puede tambien suceder, que en condiciones no apreciables á la vista, se hayan formado dentro ó fuera de la localidad focos maláricos, los que de un modo latente estén emanando elementos infectivos provocadores de la fiebre, de cuyo desarrollo no nos damos cuenta. ¿Se podrá negar que el miasma palúdico puede desprenderse, sin que el Médico lo aprecie? ¿Pues qué, no vemos á la fiebre tifoidea, al tífus de Europa, al gripe, ser causados por el descenso de nivel en las aguas subterráneas? ¿Esto es asequible á la vista del clínico? ¿Se pueden apreciar los focos infectivos que se encierran en las entrañas de la tierra? No hay razones para hablar en contra de esta opinion, y creemos todo lo contrario, puesto que tiene que acontecer, y sobre todo está en perfecta armonía con lo que ya la ciencia tiene aprobado.

Para concluir esta cuestion tenemos que decir, que algunas veces se presentan casos esporádicos de fiebres intermitentes, y que estos casos, ya pueden reconocer lo dicho anteriormente, ya pueden ser en individuos que vengan de lugares pantanosos, trayendo en incuba-

cion el miasma palúdico, ó puede tambien suceder que sean falsas intermitentes; esto es, que sean fiebres que guarden perfecta intermitencia en sus accesos; pues que ya hemos dicho al hablar del tífus icterodes, que los periodos apiréticos entre accesos febriles, se presentan en más de un caso, no dependiendo de un miasma dado, y sin necesidad por lo tanto de infeccion alguna, porque puede muy bien una enfermedad febril guardar ó no intermitencia en sus manifestaciones.

Con este raciocinio, se nos figura está dilucidada, en lo que cabe por los límites de nuestro trabajo, esta duda patogenésica.

A más de lo expuesto, ha habido controversias sobre si el miasma que nos ocupa tenía un carácter único ó múltiple.

Han existido teorías que se han discutido con calor, creyendo algunos que habia tantos miasmas cuantas formas presentaban las pirexias de este orden, y concediendo los ménos exaltados que sólo habia dos miasmas; uno para las intermitentes ordinarias, remitentes y larvadas; y otro más intenso, más enérgico, casi de otro carácter, para las perniciosas.

Existen un gran número de experimentos, que todos concurren á demostrar la existencia del miasma de naturaleza orgánica; sería prolijo describir cada uno de ellos; sólo decimos, para darlos á conocer en globo, que todos se fundan en recoger en vasos á propósito, por lo comun vítreos, los efluvios pantanosos, cosa que se consigue colocando dichos recipientes en ciertas condiciones en los pantanos, y observando que se depositan gotillas en su superficie interna, las que nos interesa saber si contienen materiales orgánicos ó no: para ello nos valemos de sustancias que sean reactivos de la materia orgánica, usando del ácido sulfúrico, del

cloro, etc., reactivos que tienen la propiedad de precipitar el primero en negro, y el segundo en blanco lechoso.

Una vez conocido que hay elementos orgánicos en suspensión en las inmediaciones del pantano, no se han contentado los patólogos hasta poder decir algo sobre el reino y clase á que pertenecía dicha sustancia, siendo Salisbury el que ha hecho más adelantos sobre esto.

Dicho señor dice que el virus malárico es *el alga gemmiasma* del género *Palmella*, la que esparce sus esporos, introduciéndose en el organismo, multiplicándose extraordinariamente, y encontrándose en los individuos afectados de esta entidad morbosa. Se ha comprobado que en aquellos que están expuestos á las emanaciones de los pantanos, las mucosidades que arrojan por nariz y boca, así como en la saliva, contienen los esporos del alga. Esta experiencia la ha hecho Salisbury consigo mismo, en ocasion de haber estado estudiando dicho principio.

Lo que más comprueba y da certeza íntima de que algun papel desempeña la referida alga, es que llevando sustancias orgánicas que la contengan á lugares elevados no pantanosos, y por lo tanto no aptos para el desarrollo de dicha afeccion, ésta se ha presentado en los individuos que allí habitaban, y que no habian sufrido nunca tan maléfica influencia.

Tal experiencia, comprometida para repetirse, ha sido un dato precioso para la patogenia de dicha afeccion.

Últimamente, los caracteres que concluyen de dibujar á tal elemento generador, es multiplicarse de un modo considerable, y tener condiciones para ser suspendido en el aire atmosférico; sin embargo, si bien es á propósito para que le sirva el aire de vehículo, hay

que tener presente que, según hemos anunciado, cualquier cuerpo que se le oponga no le permite continuar, deteniendo por lo tanto su marcha.

Por esto decíamos anteriormente que algunas veces al talarse arboledas, al desmontarse bosques, y al derribarse caseríos, el miasma, no encontrando obstáculo en su curso, visitaba poblaciones, en las que nunca se habían dejado sentir sus efectos.

Hechas tales consideraciones sobre la génesis en general de las fiebres palúdicas, pasemos á más detalles, circunscribamos más la cuestión, dividiéndola en los dos grupos que en la clasificación aparecen: fiebres intermitentes y fiebres remitentes.

## CAPÍTULO XXIII.

### Fiebres intermitentes.

**SINONIMIA.**—Fiebres periódicas; fiebres accesorias, etc.

**DEFINICION.**—Se llaman así las pirexias que producidas por los efluvios pantanosos, guardan un período apirético entre sus accesos.

**GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.**—Con relación á la primera, nos referiremos en un todo á lo ya dicho; y respecto á lo segundo, á más de lo estudiado en el capítulo anterior, expondremos las particularidades que haya al tratar de sus formas.

**DIVISION Y FORMAS.**—Preciso es seguir la clasificación adoptada por la mayoría de los autores, pues es la que más se amolda con el caso clínico, con el hecho práctico.

Admitimos tres formas principales de fiebres inter-

mitentes, fundándonos para ello en más de un carácter.

1.<sup>a</sup> Aquellas pirexias que, de la categoría de las intermitentes, presentan bien los fenómenos febriles y no envuelven gravedad ninguna: *intermitentes simples*.

2.<sup>a</sup> Fiebres intermitentes, que ya por la exacerbación de algunos de sus períodos, ó por hacer decúbito de un modo notable á algun órgano presidencial de la vida, comprometen la existencia del individuo: *fiebres perniciosas*.

3.<sup>a</sup> Las formas de infección malárica, que bajo un síntoma por lo comun neurálgico ó neurósico, se enmascara sin presentar fenómenos febriles. Estas se conocen bajo el nombre de *larradas*.

### Fiebres intermitentes simples.

Dicho ya lo concerniente á la definición y génesis, sólo diremos, con respecto á la etiología, que influyen muy poco las condiciones individuales para que aumente ó disminuya la receptibilidad del veneno, y por tanto en ambos sexos, en todos los temperamentos, constituciones é idiosincrasias, y en todas las edades, se presentan estas pirexias, por más que los individuos del sexo masculino y de edad adulta, sean en los que más frecuentemente se observan tales entidades: téngase presente que estos, así como los trabajadores del campo, que tambien figuran en gran número en las estadísticas, se hayan por esta causa en condiciones más á propósito para recibir el miasma, que no por las especiales orgánicas que en ellos concurren.

DIVISION Y FORMAS.—Las fiebres intermitentes simples se prestan á otra nueva subdivision de importancia clínica marcada.

Con respecto á la regularidad del tiempo que haya entre acceso y acceso, se pueden dividir las fiebres en dos categorías: *regulares periódicas, y atípicas.*

Si atendemos al intervalo apirético que media, según su duración, admitiremos:

1.° Si el acceso febril aparece todos los días, las llamaremos *cuotidianas.*

2.° Si no hay más que un acceso un día sí y otro no, *tercianas.*

3.° Si los accesos aparecen de dos en dos días, *cuartanas.*

4.° Si éstos se retardan más, *quintanas, sextanas, septanas,* etc.

Además, respecto á esto mismo, tenemos que considerar la forma doble y la duplicada, forma que consiste: la primera, en que un acceso anormal se presente mediante el período apirético: la segunda, en que á un mismo tiempo, en el mismo día del acceso, se presenten dos. Más claro, circunscribamos el punto: en la categoría tercianas, tenemos dobles y duplicadas.

Terciana doble es aquella en la que, un nuevo acceso ocupa el período apirético en parte, guardando ciertas relaciones entre éstos, es decir que los accesos normales, patológicamente hablando, se corresponden así como los anormales. Por el contrario se llama terciana duplicada aquella fiebre que tiene dos accesos en el mismo día, correspondiéndose estos ordenadamente.

En las cuartanas, llamamos dobles á las que, durante los dos días lúcidos, aparece un nuevo acceso, que se va á corresponder con el venidero: y duplicadas las cuartanas que cuentan con dos accesos, en el día que corresponde al fijado para su aparición.

También tenemos que ver en las fiebres si corren todos sus períodos, apellidándolas en el primer caso *completas,* y en el segundo *incompletas.*

Por último, hay una clase en estas fiebres que, si bien son intermitentes, porque termina un acceso para comenzar otro, pueden servir de tránsito á las remitentes. Las pirexias que, al terminarse un acceso ó casi terminado, sobrevienen los primeros síntomas de otro, se llaman *subintrantes*.

SINTOMATOLOGÍA. — Antes de dar dos ó tres pinceladas sobre cada una de las formas que acabamos de exponer, parécenos conveniente trazar el cuadro de síntomas que revisten las fiebres de que tratamos.

Las fiebres intermitentes, contando con un período de incubacion, aparecen antecedidas ó no de pródromos, para correr tres períodos bien deslindados generalmente: frio, calor y sudor.

Si existen pródromos, son los ya muchas veces repetidos, malestar general, quebrantamiento de fuerzas, anorexia, lengua saburral y escalofrios. Tras esto, que dura cuatro á cinco dias, estalla el primer período ó sea el

*Período de frio:* Con una descomposicion general comienza el calofrio á lo largo de la columna vertebral, enfriándose primeramente las puntas de los dedos y la de la nariz, avanzando al resto de la piel y presentándose ésta descolorida, seca y con prominencia de los bulbos pilosos; piel de gallina.

Parece que disminuye el volúmen del cuerpo; la facies está contraída, temblorosa y con tinte violado en sus depresiones; hay castañeteo de dientes, temblor general y hasta fenómenos convulsivos.

*Aparato digestivo:* La lengua está seca y crapulosa, sensacion de opresion en las fáuces, anorexia, conatos á vómitos y áun vómitos; hay astriccion, y la orina está, ya muy abundante, ya casi suprimida; pero en ambos casos con aumento de urea.

*Aparatos circulatorio y respiratorio:* El pulso está pequeño, frecuente y contraído; la respiracion rápida y anhelosa.

*Sistema nervioso y calorificacion:* La inteligencia guarda toda su integridad, presentándose otros fenómenos, dependientes de la inervacion, como se leen al principio.

La calorificacion, por más que á primera vista parece debe haber descendido, no sucede tal cosa; la bola del termómetro avisa en verdad, colocándola en la periferia un descenso muy notable; mas colocada en el recto, sube la columna á 40,9°, 41, 41,9° y 42, y á veces hasta 42,6°.

Este período, que en los casos ordinarios dura de una á dos horas, es seguido del segundo ó sea del

*Periodo de calor:* La sensacion subjetiva de frio va disipándose, experimentando los enfermos bocanadas de calor sofocante que llega á generalizarse.

La cara está encendida; hay inyeccion de las conjuntivas, brillo en los ojos y fotofobia; aparece cefalalgia ya frontal, ya general; ruido de oídos y á veces mareos.

*Aparato digestivo:* La lengua, siguiendo con crápula bien marcada, se humedece; cesa la astringencia de las fáuces; hay sed, persiste la anorexia y los vómitos algunas veces. El vientre no acusa nada de particular, sobreviniendo en ciertos casos alguna que otra diarrea semiblanda.

La orina es encendida y escasa.

*Aparatos circulatorio y respiratorio:* El pulso deja de estar contraído, haciéndose frecuente y lleno, ora duro, ora blando, segun las condiciones que concurren en el sugeto. La respiracion es frecuente, algo anhelosa, y si este período es muy exagerado, puede ser suspirosa.

*Sistema nervioso y calorificación:* El sistema nervioso, sufriendo una sideración periférica, cesa de ofrecer los fenómenos hiperquinésicos anteriores; sino que por el contrario, al verse la trama capilar en completa libertad, pudiendo conducir sangre en más cantidad y á lugares á los que fisiológicamente apenas regaba, determina por hiperemia cortical, subdelirio, delirio alto y hasta furioso.

Respecto á la calorificación, continúa la misma marcha que en el período anterior. El grado térmico, al presentarse este período, comienza á descender paulatinamente.

Dicho período tiene por lo comun una duracion de tres á seis horas, para presentarse el tercero y último, ó sea el

*Período de sudor:* Un malestar, una inquietud, un desasosiego extraño, es lo primero con que se da á conocer este período, coexistiendo con ponerse la piel matorosa, perdiendo su sequedad; disminuye el color de la fâcies, termina la inyección de las conjuntivas y fotofobia y desaparece la cefalalgia.

El sudor se establece por completo, siendo comunemente copioso.

*Aparato digestivo:* En el mismo estado que en el caso anterior, estando más húmeda la lengua, sintiendo el enfermo molestia en el epigastrio y hasta vomitando cuanto se le da. La orina aumenta y pierde coloracion.

*Aparatos circulatorio y respiratorio:* El pulso se hace ondulante y pierde su frecuencia. La respiracion disminuye en el número de sus movimientos, haciéndose profunda, como experimentando cansancio.

*Sistema nervioso y calorificación:* El enfermo restituye, si la habia perdido, la integridad intelectual, acusa laxitud, pérdida de fuerzas, desfallecimiento general.

El calor tiende á colocarse al tipo fisiológico, movimiento térmico efectuado, como dicho está ya, desde que empieza el período de calor, sólo que al presentarse la diaforesis, activa su marcha regresiva.

Tal desfervescencia dura de dos á seis horas, entrando poco á poco en caja todos los aparatos y síntomas, para dar comienzo al período apirético, al estadio fisiológico en apariencias.

De este período en cuestion podríamos ahora decir dos palabras, pero lo reservamos para otro lugar, pues que conviene seguir con las formas que hemos indicado.

Al hablar de las divisiones de las intermitentes empezamos por su tipo, llamándolas regulares y atípicas; pues bien, esta última forma, la atípica, aparece por regla general en sugetos que han padecido de otras regulares periódicas, que ya su organismo ha sufrido y viene sufriendo la accion tóxica del veneno malárico; en una palabra, en economías que no tienen suficiente vitalidad para aparecer con períodos regulares apiréticos entre accesos y accesos.

Se observa á veces en el caso contrario, esto es, cuando la intoxicacion palúdica es en su grado más débil.

Con respecto á sus períodos, las llamamos completas é incompletas, y estas últimas las podíamos dividir en tres grupos: con relacion al frio, al calor y al sudor.

La fiebre intermitente sin frio se observa, aunque en pocos casos, en algunos, y entónces lo primero que siente el enfermo son bocanadas de calor, sin ir precedidas del cuadro de síntomas que depende del frio.

La que le falta el calor y el frio, y sólo existe el sudor, cosa que sucede con frecuencia, acusa el enfermo desasosiego y gran palidez, la piel se le pone matorosa, hay cefalalgia y ligeros vértigos, inyeccion de las con-

juntivas y fotofobia; el sudor se generaliza y dura por una, dos ó más horas.

Respecto de las fiebres cotidianas, tercianas, cuartanas, etc., ya sean simples, dobles y duplicadas, tenemos que decir que las cotidianas comienzan comunemente por la mañana, las tercianas á la mitad del día y las cuartanas por la tarde. En nuestros países, el tipo más comun es el tercianario, siendo las dobles casi siempre como accidentes que aparecen en las recaídas, y la cuartana una mutacion en el modo de ser de una fiebre anterior de otro tipo.

Además, para que una cotidiana pase á cuartana tiene que pasar ántes por el tipo tercianario, siendo favorable el paso de cotidiana á terciaria, de cuartana á terciaria, y desfavorable el de terciaria á cuartana.

Una vez que conocemos ya los síntomas de las fiebres intermitentes simples, no descuidemos el período que sin síntomas ostensibles forma parte integrante de dichas fiebres, estando el miasma en un estado latente.

*Período de apirexia:* Este período reclama la atencion de todos los prácticos, pues es el momento que con una observacion minuciosa podemos, no sólo asesorarnos del estado en que se encuentra el enfermo, sino tambien combatir valiente dicha afeccion.

Esta apirexia, esta salud ficticia, se presenta con caracteres diversos, segun el tiempo que ya viene padeciendo el enfermo; por lo tanto, podemos establecer un estado en el cual los fenómenos palúdicos casi no se aprecian en el intervalo apirético, y otro en el que, si bien no hay fenómeno febril, se despierta un cuadro de síntomas que nos traducen muy mucho el grado de saturacion miasmática, el exceso de desconcierto orgánico que ya hay, *la caquexia palúdica*.

El estudio de la caquexia palúdica es de un interés

grandísimo; pues que por ella sobrevienen gran número de afectos á cual más graves, á cual más dignos de tomarse en consideracion.

Dicho motivo y el ser tal estado dependiente de todas las formas de la intoxicacion palúdica, nos hace lo llevemos á un capítulo final, despues de ocuparnos de todo lo que tengamos que decir con relacion á tal fiebre.

CURSO, DURACION, TERMINACION.—Dentro de la intermitencia, carácter de estas fiebres, el curso es contínuo las más de las veces, á no ser que, circunstancias conocidas ó no, ocasionen una detencion en la marcha de tales fiebres, aparentando falsa curacion, para volver á aparecer de nuevo.

La duracion de estas pirexias no puede sujetarse á un tipo fijo: el sulfato de quinina puede muy bien burlar todos los cálculos que sobre esto se haga; pero sí puede decirse que si con un tratamiento enérgico y bien indicado, las fiebres en cuestion duran cuatro ó seis días, pudiendo hasta no tener más que un acceso; si no se tratan como deben, duran dos, tres, cuatro y aún más meses, para volver al año siguiente del mismo modo, haciendo pasar al enfermo un invierno valetudinario.

La terminacion de estas fiebres, á no ser que sobrevenga la caquexia ó que aparezca alguna complicacion, no termina con la vida del individuo; esta es la razon en que me he apoyado para no hablar de anatomía patológica.

PRONÓSTICO.—Segun lo anteriormente expuesto, favorable si no hay complicaciones.

DIAGNÓSTICO.—Referimos esta parte como en todas las anteriores, á los cuadros finales.

TRATAMIENTO.—Este nos ocupará despues de decir todo lo concerniente tanto á las fiebres que guardan intermitencia, como á las remitentes.

### Fiebres perniciosas.

DEFINICION.—Llámanse pirexias perniciosas, como hemos dejado dicho, aquellas que ya por exageracion de algunos de sus períodos, ó por hacer decúbito á un órgano presidencial de la vida, comprometen en los primeros accesos la vida del paciente.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Si bien en los párrafos anteriores se ha hablado sobre la génesis en globo de la intoxicacion malárica, si bien admitimos toda clase de formas dentro de este círculo limitado, presentamos no obstante lo más esencial, á más de lo expuesto, de tales entidades febriles.

El vírus hemos dicho que es igual para todas las formas de la intoxicacion que nos viene ocupando; pero no es lo mismo el organismo receptor. Este puede estar en ciertas condiciones que no le haga efecto el miasma ya citado: *casos de inmunidad*.

Otras veces las circunstancias del sugeto, al recibir el miasma palúdico, son poco halagüeñas, y su organismo nos pone de relieve al estallar la fiebre, alteraciones ó trastornos que casi comprometen: esto es, la fiebre perniciosa.

La escuela Alemana, y á su cabeza Frerichs, sostiene que la pernicie reconoce por causa las trómbosis pigmentosas.

Dice Frerichs: el pigmentum es un cambio de la hematina efectuado quizás en el bazo.

Hiperemiémos el bazo, estimulémos á la víscera presidencial de los leucócitos, y verémos producirse una cantidad exagerada de pigmentum, el que, como de naturaleza regresiva, obra de igual modo que un cuerpo extraño introducido en el árbol circulatorio.

El pigmentum puede atravesar la circulacion en sus diversos tubos; mas puede muy bien asimismo atascarse, y produciendo trómbosis cerebrales, medulares, hepáticas, esplénicas, pneumónicas, etc., presentarse la fiebre perniciosa.

Teoría tan fundada en la experimentacion moderna, teoría tan de acuerdo con la expresion de los conocimientos médicos actuales, cuenta con opositores que entablan lucha, como el Sr. Trousseau lo hace, con argumentos bastante potentes.

El práctico del *Hôtel Dieu*, habla al tratar de esto, rebatiendo la teoría alemana del modo que sigue:

Si el pigmentum se introduce en el árbol circulatorio, y dentro de él van á provocarse trómbosis, no debe ser por esto la pernicié. El calibre del vaso tiene que estar en proporcion con el contenido sólido, causas de los estados trombósicos; por esto, continuando dice el señor Trousseau, que al ser los capilares del pulmon los más pequeños, y al haber un cuerpo como el pigmentum, dando vueltas por el torrente circulatorio, es de extrañar, y no se explica, como la trómbosis no se presenta con preferencia en el pulmon, y sí en el hígado, cerebro, etc.

Continúa dicho Sr. Trousseau diciendo, que no se comprende la intermitencia con una lesion permanente; y si la pernicié fuese debida á un atasco, deberia persistir tanto cuanto durara aquel; cosa que no sucede.

Finalmente añade: ¿cómo comprender, en efecto, que el sulfato de quinina pueda conjurar, como lo hace, los accidentes perniciosos, si fuese la causa de éstos el portazgo impuesto en los vasos del cerebro, y contra el cual carece de todo poder la quina?

Razones dé poder se ven en ambos campos, defendiendo cada uno su teoría; nosotros presenciarnos el

debate, y en el estado actual de cosas, parécenos más oportuno callar en este particular.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Así como las fiebres intermitentes simples, al terminar casi siempre por la salud, nos ahorran la descripción de las lesiones anátomo-patológicas, en las actuales pirexias se hace indispensable decir algo, pues la muerte se encarga de finalizar el cuadro sintomatológico en la mayoría de los casos.

Abierto el cadáver del que haya sucumbido de perniciosa, encontramos en él: tumefacción congestiva del bazo, encharcado de pigmentum; pigmentación cerebral con atascos, así como en el hígado, pulmon, etc.

La sangre tiene pocas condiciones vitales, y su composición está alterada, con disminución de glóbulos rojos y aumento de los blancos.

DIVISION.—Para entrar cual se debe en el estudio de forma tan interesante como esta, dividámosla en dos grandes grupos.

*Primer grupo:* Consiste el estado de pernicie, en la exageración ó perversión de uno de sus períodos, dando por resultado que se admitan la forma *algida*, la *liptérica*, y la *diaforética*.

*Segundo grupo:* Las fiebres que despiertan fenómenos intensos en los órganos vitales propiamente dichos.

La fiebre perniciosa por esto, se dividirá en *cerebral*, *medular*, *pneumónica*, *nefritica* etc.

SÍNTOMAS.—*Forma algida:* Conócese con este nombre la perniciosa que se caracteriza por la exageración del período de frío ó por la presencia de un frío intensísimo que aparece en el período de calor, estallando de una manera súbita, dando á conocer su naturaleza perniciosa.

Si las cosas pasan del modo primero, el enfermo comienza á experimentar escalofríos, que cada vez van

tomando mayor intensidad, hasta convertirse en un verdadero estado álgido.

La piel se arruga, poniéndose seca y con un tinte algo azulado; la fâcies se descompone, se encuentra cianótica; la nariz se afila; los ojos se hundén; los labios se ponen cárdenos; las orejas se despegan, etc.

*Aparato digestivo:* La lengua está seca, aguzada y fria; hay epigastralgia, ligero meteorismo, y á veces dolores cólicos seguidos de diarrea colicuativa de consistencia serosa, lo que hace á esta forma tomar el nombre de *álgida coleriforme*.

La orina casi siempre está suprimida.

*Aparatos respiratorio y circulatorio:* La respiracion es anhelosa y sumamente superficial; el pulso es pequeño, contraído y hasta se pierde en las radiales, disminuyendo entónces de una manera notable la intensidad de las pulsaciones cardiacas.

*Sistema nervioso y calorificacion:* El sistema nervioso ofrece un cuadro sintomático, tan digno de tomarse en consideracion, como que es el principal entre todos, pues, á no dudarlo, debe considerársele con carácter causal de todo lo que ocurre.

Si se ligan íntimamente los desórdenes de este sistema con los de la calorificacion, el descenso térmico periférico tan marcado, el cuadro de algidez que lo acompaña, responde al trastorno del sistema nervioso.

Vemos á la temperatura periférica llegar á cifras tan parecidas á las del cólera en el período álgido, produciéndose interiormente exorbitantes cantidades de calor.

La inteligencia, miéntras tanto, permanece con todos sus atributos, no así la sensibilidad y motilidad.

La sensacion subjetiva de frio, corriente centrípeta intensísima, produce por acto reflejo corrientes moto-

ras que ocasionan esté el enfermo con castañeteo de dientes, calambres, convulsiones parciales, y hasta con una convulsion general de carácter epiléptico.

En tal estado el enfermo puede, ó pasar al segundo período ó de calor, cosa frecuente en el primer acceso y muy rara si se repite, ó terminar su vida en medio de este cuadro tan horroroso.

Deciamos que esta forma podia estallar en medio del período del calor; si tal cosa acontece, el enfermo, que creia sólo tener uno de sus habituales accesos, se ve invadido de unos calofrios intensos, que tienden á generalizarse; los síntomas francos del calor, que muchas veces se presentan en las circunstancias que describimos de un modo benigno, ceden al cuadro propio de los estados álgidos, y de este modo aparece lo mismo que dijimos arriba.

La terminacion de tal accidente es como cuando comenzaba con el período del frio.

*Forma lipirica:* Tras el período, que tiene en el caso presente iguales fenómenos que en los accesos anteriores, aparecen las bocanadas de calor, el que asciende á 41, 42,8 y hasta 43.°

Debemos fijarnos en esta marcha térmica, pues recordamos que al ocuparnos de la forma simple ú ordinaria, dijimos que en el período de frio se producian cantidades considerables de calor, el que remitia cuando empezaba á ceder el espasmo periférico.

En el caso presente sucede todo lo contrario; el período de calor es teatro de un ascenso térmico elevado. La cara se pone muy encendida y vultuosa; las conjuntivas se inyectan; los ojos brillan mucho y hay gran fotofobia; la cefalalgia es intensa, general y desgarradora.

*Aparato digestivo:* La boca está seca, la lengua an-

cha, seca y crapulosa; hay gran sed; conatos á vómitos y á veces vómitos repetidos de carácter bilioso.

La orina es encendida y muy escasa.

*Aparatos circulatorio y respiratorio:* El pulso es fuerte, frecuente y ancho; las contracciones cardiacas se efectúan de un modo intensísimo; las carótidas y temporales latan enérgicamente, y esto da lugar á que acusen los enfermos un molesto zumbido de oídos.

La respiracion es acelerada, en perfecta relacion con la frecuencia circulatoria.

*Aparato nervioso y calorificacion:* Se presentan los desórdenes que sobrevienen en todo estado atáxico. Hay cefalalgia, como ya hemos dicho; delirio casi siempre alto; subsulto tendinoso y movimientos desordenados.

La calorificacion está muy aumentada, como queda dicho al comenzar esta forma.

Desarrollado por completo el cuadro antecedente, persiste por algunas horas, hasta que, ó aparece la diaforesis, terminando el acceso de un modo feliz, ó continúa cambiándose en una verdadera fiebre atáxica, ó en una flegmasia, por lo comun meningo-encefálica.

*Forma diaforética:* Recorre la fiebre, como de costumbre, el período de frio y calor, siguiendo el estadio de sudor, período donde asaltan los fenómenos perniciosos.

Apénas la piel se pone matorosa, el sudor parece que ha perdido sus normales barreras, bañando en cantidad la piel y mojando todas las vestiduras de la cama.

No hace más que continuar en tal estado, cuando la fâcies palidece y se descompone; la cefalalgia se conmuta en desvanecimientos y sobrevienen repetidos vértigos. El enfermo afecta el decúbito dorsal, y cuando varía de posicion, sobre todo si quiere sentarse,

se encuentra desfallecido y cae en un síncope.

*Aparato digestivo:* La lengua se pone seca, aún más que estaba; la crápula toma mayor espesor y cuesta á los enfermos trabajo moverla en la boca; hay sed intensa y astricción.

La orina es escasa y muy densa.

*Aparatos circulatorio y respiratorio:* El pulso es pequeño y blando, llegando en los casos funestos á filiforme, miuro, intermitente, etc.

La respiracion es frecuente, muy superficial y difícil, pudiendo comenzar á sentirse dolores en la caja torácica, los que no son otra cosa que depósitos fibrinosos en el parénquima pulmonar, á consecuencia de las cantidades líquidas que está perdiendo la sangre por el sudor.

*Sistema nervioso y calorificacion:* La inteligencia se perturba, ya por caer el enfermo en un estado comatoso, ya por sobrevenir fenómenos de exaltacion, como delirio, movimientos convulsivos, etc.

La calorificacion disminuye á medida que la diaforesis va tomando mayores proporciones. Esto es claro; la diaforesis es una fuente negativa de calor; además, la secrecion cutánea exagerada favorece la evaporacion, y por lo tanto la radiacion: últimamente, la sangre pierde su parte líquida, y sus materiales sólidos no se encuentran en aptitud á propósito para llenar sus funciones y ser foco positivo de calor, suficiente á resistir las pérdidas.

Estado tan marasmótico en el que se encuentra el enfermo, termina favorable ó desfavorablemente.

Por desgracia, la segunda es la terminacion más frecuente; pues con dificultad puede el organismo, si se repiten los accesos, sufrir pérdidas tan continuadas.

Dichas las formas de las perniciosas correspondientes

al grupo primero, entramos á describir las que se encierran en el segundo, ó sean aquellas que deben el carácter pernicioso al decúbito hecho en un órgano presidencial de la vida.

Por esto, tenemos que ocuparnos de la forma *cerebral*, *espinal*, *pneumónica* y *cardiaca*, que son las más frecuentes y de mayor interés.

Supongamos á un individuo que padece intermitentes simples, y que lleva repetidos accesos de dicha índole.

Aparece el frío del acceso que corresponda, según el tipo que guarde, y vemos ya concomitante á este período, ya al presentarse el de sudor, que los fenómenos cerebrales estallan bajo dos formas distintas: comatosa ó apoplética, y delirante.

*Forma comatosa:* La facies del enfermo se va abotagando, cerrándose los ojos, entreabriéndose la boca, y perdiendo la animacion normal.

El decúbito se hace dorsal y algo abandonado; el pulso, en contradiccion á la presencia de la fiebre, late en la mayoría de casos con lentitud, áun traspasando el tipo normal; la respiracion disminuye sus actos; la orina se expulsa sin conciencia; y las facultades intelectuales están en un estado tal, que simulan una verdadera apoplejía sanguínea.

Llega el sudor, se establece éste, y poco á poco van cambiando gradualmente los síntomas, hasta quedar el enfermo en su antiguo estado, creyendo él, y á veces su familia, que no ha tenido más que un sueño profundo, quizás por la intensidad de la fiebre.

En el primer acceso rara vez mata esta forma tan insidiosa; pero es muy probable que al repetirse, sucumba el febricitante sumido en el sopor descrito.

*Forma delirante:* Al estallar el frío, puede ir este acompañado de síntomas de alarma, que nos den á en-

tender de lo que se trata. Si tal cosa acontece, se presentan vómitos regularmente biliosos, movimientos convulsivos y cefalalgia general y fuerte.

Sea existiendo esto, sea sin fenómenos precursores, entra el enfermo en el período de calor, donde van á tomar cuerpo los síntomas perniciosos.

La cara se pone vultuosa, los ojos brillan mucho; la cefalalgia es desgarradora.

El pulso late con mucha frecuencia, no pocas veces con irregularidad; la respiracion es anhelosa y suspirosa; la calorificacion bastante aumentada; la masa encefálica y sus envueltas desarrollan el cuadro que le pertenece; hay delirio, pocas veces tranquilo, lo comun es que sea furioso; el enfermo ejecuta movimientos desordenados; hay subsultos tendinosos, etc.

Al entrar la fiebre en su tercer período, al regularizarse el sudor, sucede como en el caso anterior; los síntomas perniciosos concluyen, para aparecer uu nuevo acceso, que al presentarse, puede muy bien terminar con el enfermo.

Las formas medulares se caracterizan por un cuadro de síntomas coexistente á uno ó á todos los estadios de la fiebre, y que varían según la porcion afecta del eje cerebro-espinal.

Si reside en el bulbo la determinacion perniciosa, se suceden síncope, convulsiones de diferentes caracteres, etc.

Si desciende la causa del mal, las parálisis de tal ó cual region, así como la anestesia separada ó simultáneamente, es lo que acontece, dando carácter á la forma que nos ocupa.

Entre todas, hay una que es más comun que las demás, la *cardiaca*.

La forma *cardiaca* se viste al presentarse con el cua-

dro de síntomas de la angina de pecho; así es que la disnea considerable, el dolor vivísimo en el esternon y brazo izquierdo, la frialdad periférica y el pulso contraído, casi filiforme é irregular, es el esqueleto de la sintomatología de la forma en cuestion.

No nos detenemos, ocupándonos de las muchas formas que faltan, porque si bien es de interés su descripción, sabiendo la afeccion que les da carácter, es un trabajo no inútil, pero sí prolijo.

Téngase presente, que nuestro criterio en este punto no es limitar el número de formas perniciosas, todo lo contrario; admitimos tantas, como decúbitos pueda hacer el mal, y siendo así, que tiene por suyo el organismo, se deduce que éstas se multiplican, ó pueden multiplicarse indefinidamente.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—De este particular, queda dicho lo que corresponde en el cuerpo de los síntomas.

PRONÓSTICO.—El pronóstico hay que formularlo según el acceso que sea, pues el primero lo hacemos reservado y mortal todos los subsiguientes.

DIAGNÓSTICO.—En los cuadros finales nos ocuparemos cual corresponde de esta parte, haciendo singular mencion de los caracteres diferenciales entre una perniciosa y la afeccion que simula.

### Fiebres larvadas.

DEFINICION.—Se denominan así las intermitentes, que se ocultan con el cuadro sintomático de otra enfermedad.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Queda dicho en las formas anteriores lo concerniente á esta seccion; más nos que-

dan que decir dos palabras sobre la patogenia de esta entidad morbosa.

Tal como la mayor parte de los autores consideran á este grupo de fiebres, no existen en realidad. El Sr. Trousseau, en su monumental obra de Clínica médica, cita un caso bastante exacto de lo que son las perniciosas.

Las fiebres perniciosas se distinguen muy poco de las larvadas.

Hay más, tambien nos interesa, cual sabiamente hace el práctico del *Hôtel Dieu*, establecer bien los lindes entre afeccion latente y afecto larvado.

Se conoce bajo el nombre de enfermedad latente aquella que, si bien existe, no se ha dado á conocer por fenómenos exteriores.

Se apellidan larvadas las que buscan síntomas de una afeccion distinta para enmascararse.

Nos preguntamos: ¿Qué hizo la perniciosa encefálica, medular, pneumónica, etc? ¿No se apoderó del cuadro de síntomas de la apoplejía, meningitis, angina de pecho, epilepsia, pulmonía, etc?

Sin embargo de todo lo expuesto, vamos á hacer alto en una forma de las fiebres larvadas, por tener verdadera importancia clínica.

La forma á que nos referimos es la neurálgica.

La fiebre intermitente en tal caso, oculta por completo su cuadro pirético, y sólo con una neuralgia se disfraz, se enmascara. Entre las neuralgias, la que comunmente aparece es la del quinto par en su rama suborbitaria; tal forma consiste en que:

El enfermo, guardando períodos perfectos, se ve invadido de un dolor fuerte en el ramo nervioso atrás mencionado. Puede haber descomposicion general, consistiendo en pandiculaciones, pirosis, tal vez vómitos, flujo de orina, etc.

Pasado esto, comienza el dolor, poniéndose la región orbitaria externa roja y tumefacta; hay hiperemia palpebral, lagrimeo, fotofobia, y temblor á veces en ambos párpados.

Ya que han trascurrido dos ó tres horas, el cuadro en cuestion va disipándose; el organismo acusa sensación de languidez, de decaimiento, de ganas de descansar; la región orbitaria recobra su coloración y dimensiones normales; en una palabra, vuelve el enfermo al tipo fisiológico. Sigue así el paciente el período de calma que le corresponde, para aparecer de nuevo, según el tipo que guarde.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—El curso es regular en la mayoría de casos, si bien cambia algo la hora de presentarse el acceso. Esta forma larvada es una de las que más prueban la paciencia del que sufre, la constancia del Profesor; pues dura en ciertas condiciones dos y tres meses, con mucha tendencia á recaer.

La terminación es saludable, al no pasar de esta forma.

**PRONÓSTICO Y DIAGNÓSTICO.**—Favorable, hay que formular el pronóstico en la forma neurálgica de esta índole.

El diagnóstico lo apreciaremos en los cuadros finales.

## CAPÍTULO XXIV.

### Fiebres remitentes.

**DEFINICION.**—Se llaman fiebres remitentes, aquellas pirexias de naturaleza malárica, cuyos accesos no se separan por intervalos apiréticos.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA. — Queda dicho en lo ya mencionado, casi todo lo concerniente á esta afección.

Sin embargo, hay que tener muy en cuenta que se abusa de estas pirexias en demasía, siendo así que no se presenta, ni tan á menudo como se cree, ni en todas condiciones como se admite.

Ciertos afectos, despues de recorrer sus primeros dias, afectan los síntomas un tipo remitente, que no es ni con mucho producido á expensas de intoxicaciones palúdicas.

La gripe, sobre todo en su forma abdominal; la mucosa; la fiebre biliosa; la héctica, particularmente en la tuberculosis, tercer período, y otras más, siguen sus síntomas una marcha remitente bastante caracterizada.

Así, pues, para que aparezcan las fiebres remitentes, se necesita concurren en el sugeto ciertas condiciones, á más de la presencia del veneno.

Por regla general, la pirexia remitente aparece en aquellos que se encuentran saturados del miasma malarístico, habiéndole ya ántes dado á conocer por la forma intermitente.

SINTOMATOLOGÍA. — Tres formas admite el Sr. Jaccoud muy acertadamente en la sintomatología de las remitentes: *forma ligera, intensa y grave*; formas que, sabiendo el carácter comun que las distingue, y conociendo la primera por el cuadro sintomático expuesto ya en las intermitentes; sabiendo que la segunda y tercera son muy raras en nuestro país, constando el esqueleto de sus fenómenos en un cuadro ataxo-adinámico, con predominio rápido del último elemento en la grave, nos relevamos de entrar en una descripción minuciosa, como hemos hecho con las anteriores en capítulos atrás.

CURSO, DURACION, TERMINACION. — El curso en todas es irregular. La duración de la forma ligera puede ser en casos normales de uno á tres setenarios.

La segunda forma no pasa en circunstancias comunes de dos semanas, siendo aún más rápida la duración de la forma grave.

Termina la forma ligera por convertirse en intermitente, ó pasar directamente á la salud.

La forma intensa arrastra muchas víctimas, siendo los casos favorables por mutación en intermitentes.

Raras veces, muy raras, serán las curaciones de la forma maligna, de la grave. En medio de la más completa adinamia se ven sucumbir á los enfermos.

PRONÓSTICO Y DIAGNÓSTICO.—El pronóstico hay que sentarlo según la forma de que se trate.

Reservado lo haremos en la primera, grave en la segunda y mortal en la tercera, modificando éstos si las condiciones del sugeto así lo requieren.

El diagnóstico se tratará convenientemente en los cuadros sinópticos dedicados á esta parte.

*Tratamiento de las fiebres palúdicas:* Para estudiar de un modo conveniente punto tan interesante, dividámoslo en dos secciones.

*Tratamiento profiláctico y curativo:* El curativo admite otras divisiones; tratamiento causal y sintomático.

Tanto uno como otro hay que mirarlos bajo dos aspectos: general y particular.

*Tratamiento profiláctico:* Así contáramos en todas, como en el paludismo, con medios adecuados, para membrar poderes á los diversos miasmas.

Se deben vigilar las poblaciones, aunque parece que no importa que al rededor de ellas existan pantanos estancados, aguas paradas, etc.

Se necesitan tomar medidas enérgicas, para que las lagunas, los pantanos estancados, no sean productores de accesos maláricos. Haciendo esto de la manera más indicada, llegará un día en que los límites maláricos se circunscribirán mucho.

*Tratamiento curativo:* Un tratamiento curativo general, bajo el punto de vista patogénico, debe ocuparnos para descender despues á detalles ó particularidades, así como tambien á los medios con que contamos para combatir los síntomas.

Vasto campo se nos abre, al ocuparnos de la curacion de las entidades palúdicas, pero campo en el cual no podemos penetrar por los estrechos límites de este trabajo, el cual no tolera hagamos incursiones á la terapéutica, á la fisiología, de donde habíamos de sacar tantos tesoros.

Empecemos por lo práctico, comencemos por lo más útil, diciendo que la quina y sus preparados, marchan á la cabeza del tratamiento malárico. Métodos diversos indudablemente existen, para la administracion de dichas sustancias, de entre los cuales podemos escoger los tres principales, los tres que forman escuela, los tres que dibujan el historiado de la corteza del Perú. Tales son: el de *Torti*, el de *Sydenham* y el de *Bretonneau*, modificado por *Trousseau*.

El primero, método romano, consiste en administrar la quina ántes del acceso, lo más cerca posible, y en grandes cantidades.

El segundo, método inglés, usa del preparado quínico, despues del acceso y en pequeñas dosis repartidas con intervalos iguales.

El tercero, método francés, emplea dicho medicamento, dándolo á grandes dosis, muy poco dividido y con intervalos pequeños, siempre lo más lejano posible del acceso subsiguiente.

Discutiendo estos tres procederres, resulta á la primera consideracion, que el tercer método es el que debemos seguir.

La razon para ello se basa en un número de argu-

mentos que el práctico del *Hôtel Dieu* plantea, y que los alumnos de clínica médica conocen, á no dudarlo.

No hay que repetirles que la quina, por el método de Torti, es con frecuencia vomitada y determina mayor intensidad en el acceso que va á sobrevenir.

Ni ménos hay que advertir, que el método de Sydenham, por lo dividido que da el medicamento, no produce efecto curativo seguro.

Todos, todos saben que Bretonneau y Trousseau consiguen lo que se desea, al dar el preparado en cuestion lo más lejano del acceso posible, á grandes dósis y en poco tiempo.

Este seguimos, habiendo comprobado su satisfactorio éxito; este lo ven emplear nuestros alumnos en las salas donde tenemos establecida la clínica.

Ahora bien: ¿qué preparado y á qué dósis debe usarse el medicamento, segun los distintos casos que se nos presenten?

Sabemos que á más de la quina, se emplean sus alcaloides quinina y cinconina, prefiriendo las sales del primero.

Conocemos las dos sales que más se usan de la quinina, el sulfato y el valerianato; pues bien, ¿cuándo usamos de la quina, cuándo de la quinina, y al ser esto así, en qué casos usamos del sulfato y en cuáles del valerianato?

La quina se emplea con resultado en aquellos casos de fiebres palúdicas, que teniendo un tipo intermitente regular, no revelan cuidado alguno, y está el paciente en el mismo lugar donde sufrió la invasion.

A más, se echa mano de la quina para aquellos enfermos que, habiéndoseles administrado las sales de quinina, no se consigue el resultado que se anhela. Al seguir tal proceder, nos guia sólo un tanteo que pueda responder á nuestra indicacion.

Respecto á la administracion preferente del sulfato sobre el valerianato, podemos decir que siempre le lleva ventaja.

Hay autores que quieren que en aquellos casos de fiebre intermitente, que recaigan en sugetos nerviosos, se use de la sal de valeriana en vez de la sulfatada, diciendo que el valerianato de quinina llena una doble indicacion; antiespasmódica y antipirética.

Nosotros no estamos por tal opinion; creemos que el ácido valeriánico quita algun tanto la accion de la quinina, y si bien para esto no aducimos argumentos químicos, hablamos por la práctica, por lo que hemos observado en union á nuestros profesores.

Si nos vemos obligado en determinada ocasion á usar la valeriana y la quinina, nos parece más conveniente prescribir los preparados de la primera, y separadamente ordenar el sulfato de quinina.

Dicho esto, vamos á ver á qué preparado de quina preferirémos, y á qué dosis y de qué modo vamos á usar dichas sustancias, segun los casos.

La quina puede administrarse en sustancia ó en sus preparados.

Con la raiz de quina, sabemos que se hace infusion, ó cocimiento, tintura alcohólica y vinosa.

Con los polvos de su raiz, preparamos papelillos, sólos ó adicionados á otros medicamentos, suspendiéndolos, si lo creemos indicado, en vehículos densos.

Además, contamos con el extracto blando y duro, con el vino de quina, con el jarabe del mismo nombre, etc.

Entre todos estos preparados, entre todas estas formas de la corteza peruviana, preferimos el extracto blando y los polvos, sobre todas las demás.

Pasemos á ocuparnos ahora en particularizar la terapéutica palúdica, basándonos en la division preestable-

cida de las fiebres maláricas. Así pues, formaremos cuatro grupos principales; *intermitentes simples*, *perniciosas*, *larvadas* y *remitentes*.

Esta misma division, nos ha de servir de guia para el tratamiento sintomático.

*Fiebres intermitentes simples*: El uso de la quina y de la quinina en estas fiebres, depende como ya hemos dicho, de la mayor ó menor intensidad que tengan.

Si la fiebre tiene poco tiempo y el enfermo permanece en el lugar donde fué invadido por la emanacion palúdica, es preferible como queda indicado hacer uso de la quina en sustancia, bien en polvos, bien en extracto.

Si damos preferencia á los polvos, suspenderemos en un vehículo apropiado 2 dracmas (8 gramos) de éstos; para tomar dicha pocion en dos ó tres veces con el intervalo de una hora, durante el período apirético y lo más lejano del acceso venidero.

Si el extracto es el preferido, daremos una dracma (4 gramos) de él, siguiendo las mismas prescripciones que en los polvos.

En caso de que la fiebre tenga mayor duracion, y que el enfermo se halle apartado del foco palúdico, debe darse preferencia á las sales quínicas, en especial al sulfato.

El sulfato de quinina se administra á la dosis de un escrúpulo (1,20 gramos) dividido en 12 píldoras, á tomarlas del mismo modo que la quina.

Si deseamos emplear otra forma, ya por ser un niño el enfermo, ó por otra causa, prescribiremos fricciones al raquis y áxila; con una onza de alcohol (30 gramos) y una dracma (4 gramos) de sulfato de quinina.

En ciertos casos inveterados en los que la quinina parece obra de un modo lento, se emplea en disolucion

un escrúpulo (1,20 gramos) de sulfato de quinina, en tres onzas de agua (90 gramos), adicionándole para que se disuelva unas gotitas de ácido sulfúrico.

Tal medicamento debe continuarse hasta que el acceso falte, época en la cual aparece otra nueva etapa, bien deslindada por varios autores, y perfectamente presentada por nuestro exmaestro y querido amigo el Dr. Villaescusa.

En las fiebres intermitentes hay que evitar primero el acceso subsiguiente, despues hay que curar la enfermedad, hay que neutralizar el efecto del miasma palúdico, hay que libertar al organismo de tan maléfica accion.

Para alcanzar semejante resultado, se continúa cuatro ó seis dias más el antedicho tratamiento, á contar desde la última aparicion febril. Se descansa igual tiempo, y se vuelve á administrar el febrífugo por espacio de una semana: se suspende quince dias y se repite por última vez.

Tomadas estas medidas, casi puede asegurarse que el enfermo se haya completamente libre de la accion malárica.

*Fiebre perniciosa:* Al aparecer un acceso de perniciosa, debemos prepararnos para atacarlo en brecha cuanto este pase.

Apénas el enfermo quede apirético, se le ordena consuma lo más pronto posible en fricciones al raquis y áxila, una dracma (4 gramos) de sulfato de quinina, en una onza de alcohol (30 gramos). Se le hace tomar además media dracma (2 gramos) de sulfato de quinina en tres onzas (90 gramos) de agua.

Si el acceso ha sido violento y creemos pueda sucumbir el enfermo en la segunda aparicion, se le ponen inyecciones hipodérmicas, introduciéndole cada vez cua-

tro ó seis granos (20 ó 30 centigramos) de sulfato de quinina. Debe tenerse presente que al emplear dicho medio se producen escaras en la piel, pues es muy frecuente que acontezca.

Finalmente, para reforzar aún más esta batida contra la accesion perniciosa, puede y deben emplearse enemas de la disolucion quínica, conteniendo de medio á un escrúpulo (de 0,6 á 1,20 gramos) de la repetida sal.

*Fiebres larvadas:* Segun el criterio que nos anima, al ocuparnos de este grupo debemos decir, que si la larvada es una tal perniciosa, se desarrollará el tratamiento que antecede; pero que si afecta una forma solamente neurálgica, entónces podemos tratarlas como las intermitentes simples.

Recomendamos así pues, el método hipodérmico, por ser casi el único que nos da resultados más satisfactorios.

*Fiebres remitentes:* En la forma benigna, no hay más que administrar el preparado en cuestion en aquel intervalo que tenga el enfermo más libre de fiebre, prefiriendo si es niño, y la pirexia no ofrece gravedad, el uso de fricciones por tener mayor ventaja.

En aquellos casos en los que las fiebres remitentes revisten caracteres graves, acompañándose de la ataxia ó la adinamia, damos la quinina á dosis altas, adicionando á ésta la quina en sustancia, bien en extracto, bien en infusion.

Queda, una vez expuesta la manera de usar la quina y sus alcaloides, indicar algunos medicamentos que figuran en dicha cuestion con igual carácter causal.

Los primeros son aquellos que se conocen bajo el nombre de sucedáneos, tales son los tónicos amargos. La centáurea, genciana, cardo santo, eucaliptus, etc., forman el cuerpo de medicamentos á que nos referi-

mos. A cada uno de ellos se les ha aplicado empíricamente acción especial, siendo la verdad que todos llegan á una altura igual, no comparada ni con mucho con la de la quina y quinina.

La manera como se emplean es en infusión ó cocimiento, administrados á pocillos ó en más cantidad.

Otro medicamento, á más de los indicados, exigen algunos se le dé papel semejante á la quina; éste es el arsénico.

El arsénico en óxidos, ácidos, sales y preparaciones especiales, por más que reúna propiedades tan energéticas, no puede nunca colocarse á igual nivel terapéutico que la corteza del Perú.

¿Cómo se va á usar tal sustancia en la forma que sea, si no podemos alzar la dosis, por presentarse un envenenamiento de consecuencias mortales?

¿Cómo combatir, por lo tanto, una perniciosa que anuncia en su primer acceso, que puede muy bien arrebatar al enfermo, si se repite? ¿El arsénico es un antiperiódico, ó un verdadero antiséptico?

Se revela bien claro que la preparación arsenical debe usarse sólo, si no contamos con quinina, ó si ésta no ha conseguido la curación, administrada de un modo juicioso.

Volvemos á repetir que para indicaciones energéticas y prontas no sirve el arsénico.

*Tratamiento sintomático de las fiebres palúdicas:* Seguimos, para llevar á cabo esta parte, amoldándonos á la división preestablecida.

*Fiebres intermitentes simples: Período del calor:* Al comenzar el enfermo á sentir el escalofrío febril, debe disponerse á guardar cama, á cubrirse de un modo regular, á tomar una infusión aromática caliente, como de luisa, manzanilla, etc., una copa de vino, si preciso

fuera, revulsivos á las extremidades inferiores, etc.

*Periodo del calor:* Al generalizarse el calor, se quita algun abrigo, se prescribe una limonada sulfúrica debilitada como bebida usual, persistencia de la revulsion y alguna taza ó pocillo de caldo.

*Periodo del sudor:* Cuanto empieza la diafóresis, lo que precisa cuidar es favorecer algo el sudor; pero cuando parezca al buen juicio del Profesor, lleva suficiente tiempo, se desabriga algo al enfermo, y se le da un poco de caldo y vino, unas sopas, etc.

Terminado el sudor, se levanta el paciente, quedando en apirexia hasta el otro acceso venidero. Durante tal período, no hay más que poner en práctica el tratamiento causal.

*Fiebres perniciosas: Forma algida, tífica y diaforética:* En las formas en cuestion, no podemos cruzarnos de brazos, pero tenemos la conviccion tambien que con atacar síntomas no conseguimos casi nada.

Para la primera forma daremos: vino, pociones cordiales; pondremos revulsivos volantes por tronco y extremidades; sujetaremos al enfermo á baños de vapor, etc.

Para la segunda: alcohol en la dosis ya mencionada; baños frios y otros medios adecuados.

En la tercera: tónicos difusivos, cordiales, y alimento.

Respecto á las perniciosas larvadas, debe atacarse en lo que proceda, con parte del tratamiento que corresponde á la afeccion con quien se enmascaran.

*Fiebres larvadas:* Las fiebres larvadas, mejor dicho las formas neurálgicas, agotan todos los calmantes y anestésicos conocidos, consistiendo únicamente su alivio en la accion del febrífugo.

*Fiebres remitentes:* Repetimos lo ya dicho; en la forma ligera lo expuesto en las intermitentes simples ;

en las formas grave é intensa, debemos combatir en algo el cuadro ataxo-adinámico, pero confiando sólo en el sulfato de quinina; esto es, en la medicacion causal.

## CAPÍTULO XXV.

---

### Caquexia palúdica.

DEFINICION.—Se denomina caquexia palúdica, aquel estado en el cual la intoxicacion malárica ha hecho tan grandes estragos, que el organismo, con fiebre ó sin ella, presenta alteraciones profundas y constantes, caracterizadas en su mayor parte por leuzhemia y melanhemia.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—La única causa de caquexia malárica es el veneno palúdico, obrando sobre la economía; veneno que, si bien en un principio no es capaz sino de provocar accidentes febriles, con ó sin intervalo apirético, al seguir obrando, ocasiona lentamente trastornos de tanta cuantía, que dibujan un cortejo sintomático de interés en la afeccion que nos ocupa.

No es, como se comprende, un afecto con cierto carácter de simplicidad; no es una entidad morbosa única, es un grupo, es un compuesto de lesiones que todas concurren á dar vida aparte al ente en cuestion.

ANATOMIA PATOLÓGICA.—En el líquido hemático es donde podemos encontrar la principal alteracion palúdica.

El miasma, de un modo lento, tiende á destruir los principios orgánicos fundamentales de la sangre, tiende á aumentar los que sólo deben figurar con una vida transitoria.

El líquido hemático, decimos, se encuentra con un aumento notable de los glóbulos blancos; aumento que al ser moderado puede no haber alterado los órganos de la linfa, habiendo sólo leucocitosis palúdica, ó puede haber causado trastornos en el bazo, ganglios y vasos linfáticos, encontrándonos la leuzhemia con todas sus fases.

El bazo, por lo tanto, lo veremos aumentado considerablemente en su volúmen, dándose casos de coincidir su borde inferior con la espina iliaca anterior y superior.

Su textura es por lo comun anormal, presentando casi siempre, no una simple hipertrofia, no una hiperplasia, sino una degeneracion por regla general larvácea.

Los ganglios linfáticos están infartados, apreciándose muy bien esto, reconociendo el plano superficial de la ingle, áxila y cuello.

Otra lesion de tanto interés apreciamos en la sangre.

La *hemoglobulina* no tiene condiciones estables, comienza á perder sus propiedades y aparece, como derivada de ella, la *melanina*; esto es, la melanhemia palúdica.

SINTOMATOLOGÍA.—El enfermo que padezca *caquexia* palúdica, acusando fiebre ó habiéndola tenido ántes, ofrece el cuadro sintomático que sigue.

*Hábito exterior*: La piel toma un color amarillo terroso, siendo muy notable en la cara, que presenta una fisonomía triste y abatida.

Los ojos están algo hundidos, las conjuntivas y escleróticas afectan igual coloracion; los labios están pálidos, así como la mucosa bucal.

Si reconocemos con detencion la piel, apreciaremos puntos más ó ménos extensos, de un color negruzco.

*Aparato digestivo:* La lengua se encuentra cubierta de una crápula blanco-amarillenta de algun espesor; los dientes toman un color algo amarillo, perdiendo su natural blancura.

Hay anorexia, pirosis y á veces vómitos.

Reconocida la cavidad abdominal, acusa dolor el enfermo en el hipocondrio izquierdo, estando éste tenso y mate á la percusion.

El bazo puede traspasar los bordes costales y hasta descender al hueso ilíaco, como queda dicho.

El hígado tiene, ó puede tener tambien, alteraciones diversas.

Percutiendo la cavidad abdominal, en los demás departamentos encontramos meteorismo, á no ser que haya derrame peritoneal, en cuyo caso, ocupan el sonido claro las primeras zonas ventrales, y el resto permanece mate, apreciándose la fluctuacion.

Puede haber astriccion ó diarrea.

La orina participa de semejantes alteraciones, y está escasa, encendida y con sedimento de composicion diferente, segun las circunstancias.

*Aparato circulatorio:* El pulso es pequeño y blando, los latidos del corazon débiles y sus ruidos lejanos.

Reconociendo el líquido sanguíneo, encontramos, como dicho queda ya, leucocitosis y melanhemia.

Si la sobreformacion de pigmentum provoca atascos, pueden desarrollarse afecciones diversas del corazon y grandes vasos.

Pasando á investigar el árbol linfático, hallamos gran predominio en sus funciones, traducida principalmente por el infarto ganglionar.

*Aparato respiratorio:* Depende del modo de ser de la caquexia el que encontremos alteraciones muy notables en esta cavidad.

Si no hay atascos pneumónicos, sólo entónces apreciamos disnea, hija de la falta de elementos en la sangre. Si hay atascos, hallamos procesos flegmáticos en el pulmon, con el cuadro de síntomas que les pertenece á estas flegmasias de índole crónica, las que terminan, á no dudar, ó con la asfixia, si ocupan gran extension, ó por evoluciones caseosas.

Puede, siguiendo la marcha del mal, haber hidrotórax y edema pulmonar.

*Sistema nervioso:* Responde la inervacion al grado con que cuente la caquexia; pues sus desórdenes son, ó por atascos cerebro-espinales, ó por hallarse regado dicho tronco con sangre provista de principios no aptos para el buen ejercicio funcional.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso de esta afeccion complexa es continuo, pero avanzando sin cesar, á no ser que se le oponga un tratamiento adecuado.

La duracion no puede fijarse; puede ser sólo de meses, pero hay casos de años.

La terminacion es por la curacion ó la muerte.

Lo primero es muy fácil que acontezca, si se comienza á tratar en sus primeras evoluciones.

Lo segundo es muy difícil que no pase, si el enfermo, al entregarnos de él, está en un una época muy avanzada.

PRONÓSTICO.—Siempre lo formularémos reservado; pero le daremos grados de mayor ó menor reserva, segun lo expuesto en el párrafo anterior.

La aparicion de fenómenos hidrópicos, tienen un valor semiótico funesto.

DIAGNÓSTICO.—Véase en los cuadros subsiguientes.

TRATAMIENTO.—Poco nos tenemos que detener en esta parte, por no haber duda en la eleccion de sustancias medicinales. El mismo medicamento tiene un

papel profiláctico en su tiempo, como curativo despues.

Hay un aumento de glóbulos blancos; hay una trasformacion viciosa de la hemoglobulina; pues bien, quite-mos actividad á los leucócitos y démosla á los hemáticos.

Para la primera indicacion tenemos la quinina, quita actividad á los glóbulos blancos de la sangre, y por lo tanto, se encuentra sumamente indicada.

Si queremos cubrir la segunda indicacion, contamos con los ferruginosos, de cuya accion no tenemos para qué hablar.

Así, pues, daremos al enfermo preparados de hierro y quinina, bien bajo una misma prescripcion, bien en distintas.

Nosotros acostumbramos á hacer tomar papelillos que contengan 6 granos (0,30 gramos) de quinina y 4 granos (0,20 gramos) de una sal de hierro. Comenzamos por uno y ascendemos hasta la tolerancia.

Al mismo tiempo se pone el enfermo al uso de una alimentacion azoada y algo estimulante, recomendándole, por lo tanto, carne asada, vino, cerveza y ejercicio.

De este modo combatimos causalmente la intoxicacion que nos ocupa; pero hay que hacer mucho más, hay que combatir gran número de síntomas, cuya presencia comprometen muy mucho á la economía.

Quisiéramos entrar en la medicacion sintomática de este afecto, mas su extension, así como el tener que repetirla separadamente en otros capítulos, nos hace finalicémos con esto la seccion de las pirexias; pues no quedan más que los cuadros subsiguientes, que siendo de procedencia distinta, nos ha parecido formar con ellos un cuerpo, á fin de facilitar el difícil estudio de los diagnósticos diferenciales.

## CUADROS SINÓPTICOS DEL DIAGNÓSTICO.

FIEBRE INFLAMATORIA.	FLEGMASIAS DE ALGUNOS ÓRGANOS IMPORTANTES.	ESCARLATINA.
<p>Existen las causas ya mencionadas; esto es, exceso de condiciones vitales en el organismo y medios exteriores que pueden exagerar las oxidaciones y combustiones, pero sin referirse á órgano determinado.</p> <p>El calor es elevado y halituroso.</p> <p>Pulso frecuente y duro.</p> <p>No hay predominio marcado en ningún órgano.</p> <p>En todo su curso sigue en igual estado, con exacerbaciones vespertinas y remisiones matinales.</p>	<p>Si bien concurren las anteriores, coexisten algunas que se ve muy claramente que van á flojosear á un órgano importante determinado.</p> <p>Por lo comun seco.</p> <p>Está en relacion con el órgano que padezca y la naturaleza de la flogosis.</p> <p>Aparecen los síntomas propios del órgano afecto.</p> <p>Obsérvanse los fenómenos propios de las diversas evoluciones que sufre la flogosis.</p>	<p>Por lo comun hay una epidemia de esta.</p> <p>Elevado y mordicante.</p> <p>Tan sumamente frecuente, que apenas se pueden contar las pulsaciones. Tómase este signo como diagnóstico.</p> <p>Se presentan los síntomas de las amigdalitis.</p> <p>Al segundo ó tercer día, y á veces el primero, se desarrolla la erupción.</p>

<p>FIEBRE CATARRAL.</p>	<p>GRUPE.</p>	<p>SARAMPION.</p>
<p>Existen las condiciones atmosféricas que se hacen notar en la etiología de este afecto.</p>	<p>Hay un estado epidémico, sea conocido ó no el foco productor.</p>	<p>Hay una epidemia de este exantema.</p>
<p>El sugeto que la padece, por lo común es delicado y joven, ha pasado los límites higiénicos que se oponen á las evoluciones catarrales.</p>	<p>No respeta nada.</p>	
<p>De un modo esporádico ó epidémico puede aparecer dicha entidad.</p>	<p>Con carácter epidémico.</p>	
<p>Fenómenos catarrales más ó menos intensos.</p>	<p>Gran pérdida de fuerzas, fenómenos de postracion y síntomas catarrales.</p>	<p>Catarró óculo-nasal, diarrea espontánea al cuarto día, remisión al tercero de los síntomas febriles.</p>
<p>Termina con la curacion.</p>	<p>Casi siempre de igual modo.</p>	<p>Aparece del tercero al cuarto día el exantema.</p>

GRIPE (1).	BRONQUITIS.	PULMONÍA.
Existe epidemia gripal, ó ha existido.	Concurren causas catarrales, que van á obrar sobre los tubos bronquiales. Se presenta ó puede presentarse esporádicamente, rara vez es epidémica.	Solo se necesitan causas que directa ó indirectamente determinen la inflamación pneumónica. Puede afectar la forma esporádica.
Le anteceden casi siempre pródromos.	Carece de ellos.	Por lo comun no los tiene.
Comienza por fenómenos catarrales y dolores contusivos, acompañados éstos de gran postración de fuerzas.	Dolor en la parte media del pecho; síntoma que aparece por lo comun primero.	Un escalofrio intenso y duradero abre paso á los síntomas de la pulmonía.
Coriza, estornudos y lagrimeo.	Carece en la mayoría de casos	No se notan estos fenómenos.

(1) Aunque en la descripción damos al gripe su verdadero puesto atendiendo á la patogenia, para el diagnóstico creemos preferible colocarla en este lugar.

GÁSTRICA SIMPLE.	TIFOIDEA: PRIMER PERÍODO.	GASTRITIS AGUDA.
<p>Cefalalgia gravativa de sien á sien.</p> <p>No hay síntomas catarrales torácicos.</p> <p>Pulso frecuente y duro.</p> <p>Dolor gravativo en el epigastrio.</p> <p>No hay gorgoteo ileo-cecal.</p> <p>Lengua seca, con crápula blanco-amarillenta en su mitad posterior.</p> <p>Calor seco y acre.</p> <p>Exacerbaciones vespertinas y remisiones matinales, de un modo atípico.</p> <p>No hay estupor en la fácies ni vértigos, y apenas existe subdelirio.</p> <p>Termina casi siempre á los siete ú once días.</p>	<p>Cefalalgia de compresion, con el summum en toda la region frontal</p> <p>Hay síntomas catarrales torácicos.</p> <p>Pulso frecuente y dilatado.</p> <p>Dolor en la fosa ilíaca derecha.</p> <p>Existe.</p> <p>Lengua húmeda con crápula completa, y densa.</p> <p>Aparicion del triángulo de Vogel.</p> <p>Calor seco y mordicante.</p> <p>Exacerbacion vespertina de grado y medio, y remision de medio grado por la mañana.</p> <p>La cara está indiferente, y hay vértigos y subdelirio versátil.</p> <p>Al sétimo dia aparecen las roscolas, comenzando el segundo periodo.</p>	<p>Cefalalgia desgarradora de sien á sien.</p> <p>No existen dichos síntomas.</p> <p>Pulso frecuente y duro.</p> <p>Epigastralgia viva.</p> <p>No hay.</p> <p>Lengua aguzada, roja, seca y lustrosa.</p> <p>Calor seco y elevado.</p> <p>No hay exacerbaciones ni remisiones marcadas.</p> <p>Cara animada.</p> <p>No hay vértigos ni delirio.</p> <p>Su duracion es relativa á la causa é intensidad que tenga.</p>

FIEBRE BILIOSA.	VIRUELA: PRIMER PERÍODO.	HEPATITIS AGUDA.
<p>Sus causas son conocidas, presentándose esporádicamente por lo comun.</p> <p>Empieza por frio fuerte y temblor.</p> <p>Dolor tensivo únicamente en la region epigástrica é hipocondrio derecho.</p> <p>La palpacion y percusion no dan fenómenos apreciables en el hipocondrio derecho.</p>	<p>El virus varioloso es su origen, afectando la forma epidémica y rara vez la esporádica.</p> <p>Por escalofrios repetidos.</p> <p>Dolores musculares y lumbago, no percibiéndose, si no hay complicacion, el dolor epigástrico.</p> <p>—</p>	<p>Sus causas se ven que obran muy directamente sobre el hígado.</p> <p>Por fenómenos locales.</p> <p>Dolor gravativo ó agudo en el hipocondrio derecho, irradiado á la escápula y hombro.</p> <p>Hay matez, aumentada al percudir el hipocondrio derecho, y el borde inferior del hígado está grueso y traspasa sus limites.</p>
	<p>Al tercero ó cuarto dia se ve la erupcion papulosa, entrando la afeccion en su segundo periodo: erupitivo.</p>	<p>Hay ó no ictericia, siendo su duracion diferente, segun las circunstancias.</p>

FIEBRE TIFOIDEA.	TÍFUS DE EUROPA.
Es engendrada por un veneno animal, que puede des-arrollarse por focos externos ó por origen espontáneo.	No nace espontáneamente en el organismo.
Se presenta esporádica ó epidémicamente.	No es esporádico; suele ser endémico; mas lo comun es que sea epidémico.
El cadáver nos ofrece el summum de lesiones al nivel de la válvula ileo-cecal.	El summum en la caja torácica.
El enfermo acusa cefalalgia fuerte, sobre todo en la region frontal.	Compresiva general, á la manera de un sombrero.
El pulso es dilatado.	Duro por lo comun.
Triángulo de Vogel.	No existe.
Dolor en la fosa iliaca derecha, con gorgoteo hidropneumático.	Si existe, en corta cantidad.
El sétimo dia aparece la erupcion roseólica.	El cuarto dia se desenvuelve esta manifestacion cutánea, para empezar el curso de la afeccion que estudiamos.

LENTA.	ENCEFALITIS.
Al establecerse la fiebre hay tristeza, subdelirio y tendencia al coma.	Delirio alto, seguido sin interrupcion de un coma profundo.
No hay fenómenos nerviosos de exaltacion apreciables.	Convulsiones, rigidez y despues parálisis.
Pulso blando y contraido, á veces irregular.	Pulso duro y poco frecuente.
Se prolonga su duracion hasta 50 ó 60 dias.	Sólo dura de seis á ocho dias.

## MUCOSA.

No hay conmemorativo de haber padecido entozoarios.

Al estallar la fiebre, lo hace con calor moderado.

No hay alteracion en el órgano de la vision.

Vómitos de materiales inspidos y viscosos.

## VERMINOSA.

Existen los datos que se creen necesarios.

Calor fuerte y acre.

La pupila está dilatada.

Vómitos de materiales diversos, pero que contienen el cuerpo del delito: los entozoarios.

FIEBRE AMARILLA.	FIEBRE BILIOSA.	GASTRO-HEPATITIS AGUDÍSIMA.
Es de origen infectivo.	No tiene tal procedencia.	Tampoco reconoce ese origen.
El veneno morbígeno se presenta epidémicamente, menos en su cuna que es endémico.	Esta fiebre no reconoce inmediatamente condiciones atmosféricas ni telúricas.	—
Hay dolor de cintura, lumbago fuerte.	No hay tal dolor.	Tampoco existe.
Enrojecimientos parciales de la cara y tronco, para después convertirse en amarillo.	Enrojecimiento moderado y uniforme, no guardando relación con la ictericia.	No hay enrojecimiento.
A no ser en los casos fulminantes, hay un intervalo apirético entre el primero y segundo período.	Es continuo su curso relativamente.	—
Color amarillo de toda la piel, habiendo vómitos y deyecciones repetidas, de las apariencias de los posos de café.	Ictericia; vómitos y deyecciones biliosas.	Ictericia; vómitos biliosos, astringencia molesta, etc.

## CÓLERA MORBO.

Existe una epidemia de esta entidad, ó al ménos se espere.

Comienza por desórdenes generales.

Dolor fuerte en el epigastrio, y en la region umbilical.

Diarrea como copos de arroz cocido.

Vómitos de igual consistencia, repetidos é incoercibles.

La orina se suprime.

La voz puede descender de su habitual timbre hasta ponerse afónica.

La algeidez es considerable, marmórea.

## COLITIS AGUDA.

No interviene la forma epidémica.

Locales.

Tensivo, siguiendo la conocida direccion del cólon.

Mucosa con estrías sanguinolentas.

No hay.

No hace más que disminuirse.

Por lo comun persiste la voz de igual modo que en el estado apirético.

Tan sólo enfriamiento.

NOTA.—PESTE DE LEVANTE: Dicho está en el lugar oportuno la poca importancia relativa que tiene en las actuales circunstancias esta afección; por lo tanto, nos creemos relevados del compromiso de colocarla en cuadros, toda vez que sus sintomas son tan notables que difícilmente pueden confundirse.

---

 VIRUELA DISCRETA.
 

---

## PRIMER PERÍODO.

Diaforesis hasta que termina la erupcion.

Casi siempre astriccion.

Ligero subdelirio á lo más.

Dura este periodo de tres á cuatro dias.

## SEGUNDO PERÍODO.

Remite la fiebre casi hasta el tipo normal.

Aparece una erupcion papulosa; bien apreciadas, aun-  
que estén en gran número.

## TERCER PERÍODO.

La fiebre tiene el carácter puogénico.

La pápula, convertida en vesícula y ésta á su vez en  
pústula, deja ver bien los exactos contornos de cada  
pústula.

---

 VIRUELA CONFLUENTE.
 

---

## PRIMER PERÍODO.

Sequedad de la piel, siendo el calor acre.

Por lo comun diarrea.

Delirio, convulsiones y violencia de todos los síntomas.

De dos á tres dias.

## SEGUNDO PERÍODO.

Continúa tal vez mayor.

La cara y el resto de la piel se eleva, enrojeciéndose y  
tomando un aspecto *sui generis*.

## TERCER PERÍODO.

Tiene el carácter puohémico.

Elevaciones por ampollas, llenas de un líquido puru-  
lento y cubiertas de una secrecion cremosa.

 FIEBRES.
 

---

VARIOLOIDE.	VARICELA.	VACUNA.
Se necesita estar vacunado, ó haber tenido viruela.	No tiene para qué haber existido virus alguno modificador.	—
Tiene su período de invasion.	Á veces la erupcion es lo primero que se advierte.	—
Recorre todos los períodos.	La erupcion no pasa de vesícula.	—

---

FIEBRE TIFOIDEA.  
PRÓDROMOS.

---

FIEBRES INTERMITENTES SIMPLES.

Con tornos próximos pantanosos, ó bien haber estado el enfermo en tales lugares.

Su temperatura asciende á 40°, ó á 40° 5.

Cede con la quinina, ó se mejora el enfermo al ménos.

Jamás invade bruscamente; por lo comun hay malestar, debilidad y cansancio, cefalalgia y trastornos digestivos, etc.

Nunca llega la temperatura á dichos grados en los pródromos.

No hay alivio con nada; la afeccion sigue su verdadera marcha.

<p>AFECTOS QUE LA SIMULAN.</p>	<p>FIEBRES INTERMITENTES PERNICIOSAS.</p>
<p>No reconocen tales causas.</p>	<p>Son producidas por causas palúdicas.</p>
<p>Casi siempre hay algun fenómeno, sintoma ó signo que se localiza en tal region ó en tal órgano.</p>	<p>Se presenta la fiebre sin haber habido fenómeno alguno antecesor de la enfermedad simulada.</p>
<p>Continúan los desórdenes del afecto que exista.</p>	<p>Pasado el primer acceso, quedan tan perfectamente los enfermos que sólo acusan lo que es indispensable, esto es, gran postracion física y moral.</p>
<p>No se consigue igual resultado.</p>	<p>Cede ó se mejora con la quinina.</p>

NOTA.—Poco más ó ménos, iguales caracteres diagnósticos establecíamos entre las neuralgias y las fiebres larvadas propiamente dichas.

Debiéramos para terminar, hacer el diagnóstico de la caquexia palúdica y los estados que puedan simularla; pero nos creemos relevados de ello por la naturaleza é índole de esta obra.

Con los cuadros que preceden, queda completa la sección segunda, que abraza el estudio de las fiebres, habiendo procurado tocar los principales puntos concernientes á este particular, con precisión y de una manera concisa, sirviéndonos de guía el estudio clínico, objeto principal de este trabajo.

---

## TERCERA SECCION.

---

### Enfermedades del aparato respiratorio.

Hemos de abrazar en ellas las principales afecciones de las fosas nasales, laringe, tráquea y bronquios, parénquima pulmonar y pléura, órganos que constituyen las distintas partes de aparato de tanto interés.

### CAPÍTULO I.

---

#### Enfermedades de las fosas nasales.

EXPLORACION.—Las fosas nasales no sólo comprenden una porcion importante del aparato respiratorio, sino que como asiento de la olfacion, tambien merecen nuestro estudio. Ciertamente es que las aberraciones del olfato, siempre que no reconozcan por causa una lesion orgánica, pocas veces se someten á la observacion del práctico; y cuando sólo constituyen un síntoma de alguna enfermedad, casi pasa desapercibido por fijarse en otros que ofrecen mayor interés.

Pero siempre es conveniente examinar esta parte, por ser sus enfermedades importantes bajo diferentes puntos de vista.

Siendo la membrana mucosa de las vías aéreas el asiento de distintas secreciones y exhalaciones, éstas llegan á presentar gran número de modificaciones en las enfermedades. También observamos, no pocas veces, exhalaciones accidentales que no pertenecen al estado de salud. Estos productos segregados y exhalados, exceptuando algunos casos de epistaxis, salen por la boca mediante la espuicion, la que tiene lugar á beneficio de la tos gutural, que arroja fuera las materias detenidas en la parte posterior de las fáuces.

Las epistaxis algunas veces proceden de desgarrros ó erosiones de los capilares de la mucosa; pero las más de ellas son productos de una exhalacion.

En ocasiones hallamos un conjunto de síntomas que indican una fluxion sanguínea en las fosas nasales; pero otras la sangre fluye á través de los vasos, por estar disminuida su consistencia, ó porque la circulacion encuentra grandes obstáculos.

La hemorragia puede tener asiento en una sola fosa nasal, ó en las dos; cuando sale la sangre por las dos aberturas, generalmente depende de que su asiento es muy posterior; en este caso suele acontecer también salga por la boca, y para convencernos del verdadero asiento de la hemorragia, tendremos que inclinar al individuo hácia adelante, ó colocarlo boca abajo, convenciéndonos de que se trata de una epistaxis, si fluye la sangre por las aberturas anteriores de las fosas nasales.

Asimismo debemos examinar los distintos productos que se segregan por la nariz, consiguiendo este resultado por medio de la vista, y si necesario fuese por un

análisis minucioso; ayudado este exámen con un detenido interrogatorio, que nos conduzca á diagnosticar las afecciones de esta parte del aparato de la respiracion.

Para terminar este punto, podiamos entrar en la narracion de un sin número de medios con que cuenta la ciencia del diagnóstico, para poder apreciar de un modo casi directo la manera de ser, la textura de la pared interna de las fosas nasales; pero esto sería sin duda invadir los límites de la Patología quirúrgica y de la Medicina operatoria, que son las que en verdad deben ocuparse de tal estudio.

Sólo diremos que si nos interesa saber el aspecto que presenta la pared interna de las fosas nasales, daremos al enfermo la posicion sentada, con la cabeza hácia atrás; hecho esto, colocamos el pulgar de la mano izquierda sobre el lóbulo medio de la nariz, y llevando los dedos índice y medio sobre la frente, haremos que el tabique medio y paredes laterales ejecuten un movimiento de abajo hácia arriba, consiguiéndose de este modo que la direccion de dicha fosa se acerque lo más posible á la recta, y por lo tanto, que una luz sostenida con la mano derecha pueda iluminar la parte que deseamos.

## CAPÍTULO II.

### Epistaxis.

SINONIMIA.—Hemorragia nasal; flujo de sangre por la nariz; rinorragia, etc.

DEFINICION.—Denomínase epistaxis todo flujo sanguíneo que tiene lugar por las fosas nasales.

ETIOLOGÍA.—Una de las causas predisponentes más

comunes es la herencia, viéndola aparecer á menudo en los niños de corta edad y en la época de la pubertad.

Como causas ocasionales, se hallan los ejercicios activos, cuando son violentos é inmoderados; la irradiacion del calor, sobre todo las insolaciones; los trabajos mentales prolongados, etc.

Se presenta como sintomática de varias entidades morbosas, así es que la observamos en el primer período de la tifoidea, y tambien como síntoma crítico en la declinacion de determinadas afecciones.

SÍNTOMAS.—Tratándose de un flujo de sangre por la nariz, que por su cantidad y sus accidentes consecutivos adquiere la importancia de una afeccion especial, no debemos hacer la division de idiopática y sintomática, que admiten algunos autores.

Unas veces hay pródromos, y son: pesadez y dolor de cabeza; encendimiento y calor en el rostro; ardor y prurito en la nariz, etc.; algunas veces sin antecedentes se presenta la hemorragia, ya gota á gota, ya en pequeño chorro, por la abertura anterior, si el individuo está sentado ó de pié; y si acostado, cae entónces en la cámara posterior de la boca.

Unas veces se detiene por sí misma coagulándose en la nariz, y otras por el contrario se reproduce; pues es hemorragia que propende á recidivas. Cuando esto sucede con frecuencia, ó llega á ser excesiva, sobreviene palidez, sudores frios, desvanecimientos, pequenez de pulso, vértigos y todos los demás síntomas de las grandes pérdidas de sangre.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso es variable, pues hemos dicho anteriormente las diferencias que se observan; la duracion lo es tambien en extremo, pero por lo regular no pasa de poco tiempo; y respecto á su terminacion es favorable, á ménos que se

prolongue mucho, ó se haga muy frecuente, pudiendo en estos casos agotar las fuerzas del paciente.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.—Favorable; tan sólo en las circunstancias excepcionales que acabamos de indicar podrá ser ménos lisonjero.

TRATAMIENTO.—Cuando el flujo es de poca entidad se cohibe por sí; pero si se prolonga, tendremos que poner en práctica algunos medios adecuados, tales como compresas de agua fría á la region frontal y en las apófisis mastóides; sinapismos volantes á las extremidades inferiores; ligadura de los miembros; sorbos de agua estíptica, de oxierato, de disoluciones de alumbre, sulfato de zinc, sulfato de cobre, percloruro férrico, etc.; pero si la hemorragia no cede á favor de estos astringentes, debe hacerse uso de limonadas sulfúricas al interior, el tanino, la ergotina; y en último caso, el doble tamponamiento con la sonda de Belloc, como principal medio para cohibirla.

### CAPÍTULO III.

---

#### Catarro nasal.

SINONIMIA.—Coriza; resfriado de cabeza; romadizo; rhinitis.

DEFINICION.—Hállase caracterizado éste por la inflamacion de la membrana pituitaria, seguida de hipersecrecion.

ETIOLOGÍA.—Están predispuestos los niños más que los adultos, y las personas débiles escrofulosas, pudiéndose citar como causas ocasionales un enfriamiento repentino, irritaciones directas de la mucosa, los cambios bruscos de temperatura, etc. Aunque en diferentes

formas, es frecuente reíne de un modo epidémico, sin que la ciencia posea pruebas directas que demuestren sea el coriza una enfermedad contagiosa.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Presenta el exámen del catarro nasal las lesiones que se observan constantemente en las inflamaciones catarrales; así veremos que la mucosa es asiento primero de una fluxion, enrojecimiento, tumefacción y todos los demás síntomas descritos anteriormente. Siguen á éstos la secrecion flúida, incolora al principio y con materiales salinos, secrecion que producen las erosiones que se ven en el labio superior. Más tarde proliferan las células epitelicas que tapizan la mucosa, caidas al segregarse el moco; éste cambia de coloracion y densidad; disminuye la hiperemia y la tumefacción, y empieza la mucosa á entrar en su tipo normal.

Esto sucede en la forma aguda; pero en la crónica, la mucosa está engrosada, y en vez de observarse enrojecimiento, por el contrario, se ve pálida y descolorida; hay proliferacion celular, resultado de aumento en la actividad nutritiva. No es raro que en una época más ó ménos avanzada sobrevengan ulceraciones, particularmente en los individuos escrofulosos y sifilíticos, pudiendo llegar estas úlceras en algunos casos, si bien por fortuna en los ménos, á profundizar hasta el hueso y dar origen á la cáries y necrosis.

El moco pus, en esta forma crónica, tiene el carácter puriforme; los enfermos están afectos de fetidez del aliento.

SÍNTOMAS.—Estos se anuncian por cosquilleo en la nariz, que produce frecuentes estornudos, sequedad y obstruccion en las fosas nasales, seguida de secrecion abundante de un líquido acuoso, incoloro, trasparente, salado, que irrita las aberturas nasales y el labio supe-

rior; el olfato y el gusto disminuyen y la voz se hace gangosa.

Cuando la inflamacion no se limita á la porcion pituitaria que reviste las fosas nasales, sino que se extiende á los apéndices membranosos que cubren ó tapizan las cavidades adyacentes, se observa además inyeccion en los ojos y lagrimeo; cefalalgia frontal gravativa; dolor y zumbido de oidos; sordera pasajera; deglucion dolorosa y difícil; tos y enronquecimientto, etc.; segun que la inflamacion haya invadido el conducto nasal, los senos frontales, la trompa de Eustaquio, la faringe ó las vias aéreas.

Con estos síntomas hay además fiebre, alguna inquietud, ligero insomnio y dolores contusivos en los miembros.

Este cuadro dura dos ó tres dias, y pasados éstos remite la afeccion, cambiando de aspecto el moco segregado, que se hace más consistente, opalino, blanco, amarillento ó verdoso; cesa el movimiento febril, la tension, rubicundez y dolor de las fosas nasales.

En el coriza crónico falta por lo comun la sensacion dolorosa de la inflamacion pituitaria; el síntoma que domina es un aumento notable en la secrecion nasal; pero la cantidad y más la calidad del producto segregado es muy variable. En gran número de casos hay flujo de moco más ó ménos seroso, con cierta acritud que produce cosquilleo, estornudos, y rubicundez en la abertura de la nariz; otras, tiene el moco más consistencia, color amarillo verdoso ó grisáceo; hay atascamiento en la nariz, y en ocasiones son pequeños fragmentos de moco, difíciles de desprender los que se arrojan, siendo conducidos por fuertes aspiraciones á la faringe, y lanzados en seguida con el esputo.

El olor del moco excretado es intolerable á veces;

investiguemos entónces bien si existe una úlcera en la pituitaria, si el oena lo produce, ó la configuracion especial de la entrada de las fosas nasales detiene las mucosidades, sufriendo éstas una evolucion regresiva en las células que la constituyen.

El coriza crónico llega á producir enflaquecimiento y áun debilidad; pero no ofrece síntomas generales, sino cuando se exacerba tomando el carácter agudo, lo cual no deja de ser frecuente en determinadas épocas.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso es como el de las fiebres catarrales, remitente; su duracion de cuatro á ocho dias, terminando ordinariamente por la resolucion.

· PRONÓSTICO.—Benigno, favorable; lo agravarán las complicaciones.

DIAGNÓSTICO.—Fácil; no puede confundirse con ninguna otra afeccion.

TRATAMIENTO.—El coriza agudo simple exige sólo preservarse de la influencia exterior; hacer uso de diaforéticos y ligeros revulsivos; y si se presentan síntomas generales, á más de estos medios, atemperantes y dieta.

Cuando el padecimiento es crónico, cuidados higiénicos son los principales, cuya observancia ha de ser constante, evitando cuanto sea posible, con el exacto cumplimiento de ellos, las exacerbaciones que pueden en un dia no muy lejano producir accidentes de consideracion y complicaciones del aparato respiratorio, dando lugar á dobles afecciones, pertinaces y rebeldes á toda medicacion.

En el catarro crónico, nuestra principal atencion debe ser llevada á la mucosa nasal.

Para conseguir su curacion, haremos uso de las cauterizaciones con el nitrato de plata; las inyecciones

astringentes, de cocimiento de ratania, hojas de nogal, raíz de quina; también dan buen resultado las de permanganato de potasa, cloruro de sódio, alumbre, etc.; los polvos de precipitado rojo ó blanco en inspiraciones producen feliz éxito.

## CAPÍTULO IV.

### Enfermedades de la laringe.

EXPLORACION.—Antes de entrar en el estudio de las afecciones de tan importante órgano del aparato respiratorio, es necesario conocer la manera de poder hacer el diagnóstico de ellas por medio del exámen.

La investigación de las lesiones laríngeas no tuvo vida propia hasta que Sen, de Génova, iluminando la laringe, hizo que su imagen se presentase á la vista del Médico.

El laringoscopio, invento de tan distinguido práctico, ha sido reformado y perfeccionado por B. Babington, Liston, Czermak, Turk, Morrel, Mackenzie, Moura y otros, habiendo llegado á ser hoy un medio precioso, de manejo no muy difícil, que aclara lesiones ocultas para los de ayer.

De los instrumentos que se emplean, hablaremos de el del Sr. Fauvel, que es el que manejamos en la clínica, por tener, segun nuestro modo de ver, ménos inconvenientes de aplicacion.

Este aparato se compone de dos semianillos metálicos, cada uno de los cuales forma un tercio de circunferencia; están acodados en sus extremidades, y dan paso por estas porciones rectas á un tornillo que los

aproxima ó separa; estos anillos, que se montan en un reverbero de mecha redonda, tienen en el centro de sus convexidades dos piezas pequeñas horadadas y un tornillo de presión; tales orificios sirven uno para introducir el vástago de una lente plano-convexa, y el otro el de un espejo cóncavo, completando el instrumento un espejito redondeado unido á un mango.

Colocado el aparato en el reverbero, de modo que la lente mire hácia el enfermo y el espejo reflector se encuentre delante del observador, diríjese al istmo de las fáuces el espejo explorador. Dicho espejo, engarzado en un aro de metal y protegido por una chapa metálica en su cara posterior, le sostiene, como hemos dicho, un vástago ó cabo.

Para su empleo, se sitúa el reverbero armado con el aparato mencionado ántes, sobre una mesa estrecha y de regular altura. El observador se sienta á espaldas del espejo, teniendo en frente al enfermo sentado en una silla, que pueda subir ó bajar á voluntad, y en cuyo respaldo puede descansar bien la cabeza.

Hecho esto, se le hace inclinar hácia atrás y abrir la boca cuanto pueda, sacando la lengua, cuya punta se envuelve en un pañuelo, la que puede ser sujeta en esta posición por el enfermo, ó por la mano izquierda del observador, obteniendo así la ventaja de que la parte posterior de la lengua, ó sea su base, no cubra la laringe é impida la observación. Con igual objeto se han empleado distintos abatidores, y por último, el especulum laríngeo de Labordette.

Tanto unos como otros no nos parecen tan sencillos y cómodos, como la simple tracción de la lengua.

Para introducir el espejo, se necesita calentarlo á una temperatura moderada, con dos fines: uno, evitar la impresión fría que aumenta los movimientos reflejos;

otro, impedir que el vapor de agua lo enturbie, al salir en el aire espirado.

Apénas toca la cara posterior de dicho espejo el istmo de las fáuces, sobrevienen fenómenos convulsivos y contracciones, que entorpecen la aplicacion del laringoscopio, molestan al paciente, y causan á veces la devolucion de los alimentos.

Accidentes tan conocidos y comunes en la práctica, pueden dominarse con la observacion de varios preceptos. Primero: cuidar que el contacto sea rápido, y no se restregue el espejo en el istmo de las fáuces. Segundo: bañar con una disolucion de alumbre ó tanino dicha region, á favor de un pincel empapado en ella, consiguiendo así alguna anestesia. Tercero: hacer contar las respiraciones al enfermo, para que se distraiga y fije toda su atencion en el mandato facultativo. Cuarto: en los casos que los preceptos anteriores fuesen insuficientes, ó en aquellos individuos muy impresionables y nerviosos, dará un resultado satisfactorio el bromuro de potasio al interior, administrado cuatro ó cinco días ántes de aplicar el instrumento. La dosis á que ordinariamente se usa es una dracma (4 gramos), ó dracma y media (6 gramos), disuelta en 4 ó 6 onzas (120 á 180 gramos) de agua en las 24 horas.

Sin embargo de todo esto, sólo la costumbre, sólo el hábito, impide tales fenómenos en muchos casos.

Segun la posicion del espejo, descubriremos distintas porciones laríngicas. Sea cualquiera ésta, se debe procurar hacer montar la úvula en la cara posterior, porque si no se retrata, ocultando la imágen que nosotros buscamos.

Réstanos advertir, que llevando el espejo á la faringe y volviéndolo, nos encontramos con la abertura de las fosas nasales, convirtiendo el instrumento en rinoscopio.

Con dicho aparato, no sólo podemos reconocer la laringe y fosas nasales, sino que tambien llevamos nuestra observacion á lo largo de la tráquea, deteniéndola en las aberturas bronquiales.

Como complemento de nuestras investigaciones, contamos con la palpacion y la auscultacion.

---

Para estudiar las afecciones de esta porcion del aparato respiratorio, una vez conocido el modo que tenemos de explorarlas, empecemos por aquellas de índole más clara, como son las inflamaciones.

Recubierta la pared interna de la laringe, por parte de la membrana mucosa de las vias respiratorias, se nos presentan en primer término las inflamaciones que sufre dicho tejido; esto es, las laringitis.

Estas tienen diversas variedades, las que han sido sujetadas á varias clasificaciones; pero nosotros nos fijaremos, para dividir nuestro trabajo bajo el punto de vista clínico, en la mayor ó menor alteracion que sufre la textura normal de dicha membrana, y las complicaciones que pueden sobrevenir en el curso de estas flegmasias.

De esto se infiere que debemos estudiar: Primero: las laringitis catarrales; es decir, las inflamaciones ya agudas, ya crónicas, pero sin alteraciones anatómicas marcadas. Segundo: las inflamaciones con ulceracion de la mucosa. Tercero: las inflamaciones de la laringe, que por las circunstancias que en ellas concurren se les denominan estridulosas. Cuarto: las inflamaciones laríngeas con un exudado especial, llamado croupal ó diftérico, croup.

---

## CAPÍTULO V.

## Laringitis catarral.

SINONIMIA.—Catarro de la laringe.

DEFINICION Y DIVISION.—Se conoce con el nombre de laringitis catarral la simple inflamacion de la mucosa laríngea: ésta se divide en aguda y crónica.

## Laringitis aguda.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Las causas productoras de la inflamacion de la laringe, se deben considerar:

- 1.º En dos grupos: origen externo é interno.
- 2.º El externo en dos subórdenes: directo é indirecto.

*Causas de origen externo: Directas:* Todas aquellas que partiendo de afuera del individuo, sean capaces de determinar un aflujo persistente de sangre é impresionar la mucosa laríngea: tales son, el aire muy frio; la entrada de polvos irritantes, de gases con iguales condiciones; los cuerpos extraños, y el traumatismo.

*Causas de origen externo: Indirectas:* Así como las primeras pueden por sí solas determinar la afeccion que nos ocupa, éstas necesitan que exista cierta predisposicion, como el temperamento linfático, la escrofulosis, la herencia; y por último, ciertas condiciones, desconocidas las más, que al concurrir sobre un individuo determinan en él frecuentes catarros en el árbol respiratorio, causados por el más mínimo agente perturbador.

Entre estas causas indirectas contarémos: los enfriamientos generales, la supresion por lo tanto del sudor, y sobre todo del de los pies, etc.

*Causas internas:* Estas son: Primero, las flegmasias en regiones próximas, como coriza, faringitis, traqueítis, etc. Segundo, los tumores desarrollados en la misma laringe ó en regiones circunvecinas. Tercero, ciertos estados generales, sarampion, viruela, escarlatina, fiebre tifoidea, gripal, etc.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Esta enfermedad no es capaz por sí sóla, á no ser en circunstancias muy excepcionales, de llevar individuos al sepulcro, por lo que, tal como debe estudiarse la Anatomía patológica, no hay datos bastantes para ello; pero haciendo uso del laringoscopio, éste nos podrá dar perfectamente á conocer el estado en que se encontrará la laringe, sujeta á una inflamacion aguda.

La mucosa laríngea ofrece un vivo color rojo en porciones limitadas, notándose mucho en las cuerdas superiores. Además, como hay aflujo de sangre exagerado, y presencia del exudado inflamatorio, dichas cuerdas tendrán una turgencia bastante considerable, y sus bordes libres, tocándose en algunos puntos, no nos permitirá apreciar la línea blanco-anacarada perceptible en el estado de salud.

Al mismo tiempo se notarán porciones deslustradas por la caída del epiteliun, y cubiertas tanto éstas como otras de una secrecion primero filamentosa, despues mucosa, y por último, moco-purulenta.

SÍNTOMAS. — Puede comenzar segun las causas, ó por un estado general, ó por síntomas locales.

Si sucede lo primero, hay escalofrios repetidos, calor seco y elevado, estornudos, dolores contusivos en las extremidades, cefalalgia frontal y desórdenes digestivos.

Tras esto acusa el enfermo un dolor que, refiriéndolo á la laringe, comienza desde la faringe, y puede muy bien irradiarse hasta cerca de la horquilla del esternon.

Dicho dolor ó sensación penosa, que no es más que dependiente del aflujo sanguíneo que se está verificando en la laringe, debe ir seguido de dos fenómenos muy importantes; el uno provocado por la excitacion de las papilas sensitivas de los nervios laríngeos, ó sea la tos; y el otro determinado por el engrosamiento en las cuerdas vocales, ó sea la mutacion de la voz.

La tos es pura y exclusivamente de carácter laríngeo, que no sólo lo aprecia el Profesor, sino tambien el enfermo; ésta se hace siempre por quintas repetidas, comenzando la extremidad inicial de la corriente sensitiva en las papilas que se distribuyen en la mucosa laríngea, y terminando la motora en los músculos que dan vida á dicho órgano.

Dicha tos, seca al principio, arrastra despues una expectoracion filamentososa, seguida de una mucosa, que gradualmente se va poniendo más consistente. Flogoseada como se encuentra la mucosa laríngea, tiene que haber en su capa epitelica una proliferacion notable de células jóvenes, las que son la causa principal de que el esputo tome de una manera gradual mayor densidad. Finalmente, las células en cuestion pueden sufrir una regresion, que les haga tomar el aspecto de glóbulos de pus, y por lo tanto al esputo el de móco purulento.

La voz, como queda dicho, es imposible permanezca sin alterarse, estando aumentadas de volúmen las cuerdas vocales. El enfermo, por el engrosamiento de las cuerdas, se pone ronco, llegando á estar casi afónico si éste es considerable, y la contraccion de dichos músculos no se efectúa apénas.

Cuando cada cuerda posee un grado distinto de contraccion, hijo de la hiperemia que sufre, la voz toma un carácter bitonal muy claro.

Si hay mucosidades en el borde libre de las cuerdas, que hacen se toque éste, juegan el papel de puntos nodales, disminuyen la extension de la superficie vibrante, y la voz apagada y ronca, como estaba, se convierte momentáneamente en aguda de falsete.

Unido al dolor, tos y alteracion de la voz, coexiste por disminucion de la capacidad laríngea, disnea más ó ménos notable; pero siendo este síntoma peculiar casi en todos los casos de los niños, y uniéndose al espasmo que sufre la glótis, lo reservamos para la laringitis estrídula.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso de esta afeccion en el adulto, que es donde debe estudiarse para verla sin complicacion, es por regla general rápido y continuo, aunque con exacerbaciones repentinas y remisiones matinales.

Su duracion es de cinco, seis ó siete dias, por lo comun.

Su terminacion, favorable en la mayoría de casos; pudiendo pasar al estado crónico tal afecto si el tratamiento se dirige mal, si se ha padecido ya otras veces, ó si el individuo es de temperamento linfático y constitucion delicada.

PRONÓSTICO.—Leve, dadas las circunstancias antedichas.

DIAGNÓSTICO.—Véanse los cuadros finales.

TRATAMIENTO.—Dejamos esta parte, para ocuparnos de ella al finalizar la laringitis crónica.

---

### Laringitis crónica.

**GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.**—La manera de ser de esta flegmasia crónica de la mucosa laríngea, es dependiente de todas ó casi todas las causas expuestas en la aguda, figurando en primera línea las siguientes:

El temperamento linfático y la constitucion endeble; la predisposicion á catarros laríngeos; el uso continuado de los alcohólicos y el abuso del tabaco; la constancia de un foco húmedo, etc.

Todas estas causas y otras análogas, juegan interesante papel en las flegmasias crónicas de la laringe, presentándose, y no pocas veces, como continuacion de una laringitis aguda.

Esta flegmasia es de gran extension segun algunos autores; tanto es así, que incluyen bajo el título de laringitis crónica, la ulcerosa, la granulosa, y por lo tanto gran número de las específicas.

Nosotros, al decir laringitis crónica, no vemos más allá de una flegmasia de la membrana mucosa; pues si bien encontramos cuadros de síntomas parecidos, es porque la inflamacion crónica viene á completar los estados anteriores, presentándose de una manera intercurrente.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.**—Así como en la losa del anfiteatro, las huellas que dejaba la laringitis aguda eran casi nulas, así las del estado crónico tienen un grupo de fenómenos que examinar.

La mucosa está de un color rojo azulado, con tumefaccion parcial ó general, y con dilataciones varicosas en el trayecto de sus vasos venosos.

**SÍNTOMAS.**—En las tres categorías señaladas en la aguda, se fija la laringitis reseñada ahora.

Aparecen sin coexistir fenómenos generales, ronquera más ó ménos apreciable, segun la intensidad del mal, dolor quemante en la laringe, y tos repetida y seca al principio, expulsando despues la secrecion con que contaba la flegmasia aguda.

Una vez que la afeccion dure mucho, se ven despertar trastornos generales, como enflaquecimiento, fiebre vespertina ligera, dificultad en las digestiones y anorexia, diarrea y sudor matinal abundante.

El estar el páciente con este cuadro de síntomas es, ó porque la inflamacion, segun nos revelan los esputos, ha sufrido una evolucion ulcerosa, ó porque el estado flegmático ha corrido por la tráquea y bronquios.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Contínuo con diversas exacerbaciones y remisiones, es el curso del afecto que nos ocupa.

Su duracion es ilimitada; pues continúa hasta que deja de existir el que la padece.

Puede terminar de un modo favorable y franco, siendo muy frecuente que, ó haga sucumbir al enfermo por avanzar el mal, ó persista toda la vida, hasta que un afecto análogo ó distinto ponga fin á la existencia.

PRONÓSTICO.—De lo dicho se infiere que pueda ser leve y grave: pero siempre, aún en el primer caso, con cierto carácter reservado.

DIAGNÓSTICO.—Véanse los cuadros finales.

TRATAMIENTO.—*Forma aguda*: Dividida, como hemos hecho, la sintomatología de esta afeccion en fenómenos generales y locales, conducente es tambien tratemos el plan terapéutico bajo este doble aspecto.

En el tratamiento general, como que esta enfermedad es en la mayoría de las veces de carácter catarral, bajo el punto etiológico, conviene muy mucho hacer uso de un tratamiento diaforético.

Recogido el enfermo en cama y abrigado convenientemente, se le darán tisanas de sauco, flores cordiales, borraja, etc., á una temperatura apropiada; los polvos de Dower y el acetato amónico, en la forma y dosis ya indicadas; se recomiendan mucho los baños termales en la forma ordinaria, ó en la de baños rusos; á más de esto, se colocan revulsivos en las extremidades inferiores, sometiendo á los enfermos tambien á pediluvios sinapizados ó con ceniza y sal. Algunos autores aconsejan que si la inflamacion toma caractéres violentos, se prescriba desde el principio un emeto-catártico.

Como medios locales, se debe empezar por evitar á los enfermos que se abriguen demasiado el cuello, puesto que da resultados contradictorios al objeto que con tal cosa se proponen.

El tratamiento más curativo á que puede someterse la inflamacion de la laringe es el descanso, es el reposo del órgano; cada vez que el enfermo tose ó habla, es una nueva fluxion que se determina en el órgano, y por lo tanto hay que evitarla, mandándole estrictamente á los enfermos que se entiendan sólo por señas ó por escrito, y que no tosan sino cuando le sea imprescindible, por no poder la voluntad detener el impulso de la corriente quinésica. Al mismo tiempo, es muy útil tratar al órgano con ciertos medios locales, haciendo aplicaciones de sanguijuelas al cuello, fomentos en dicha region con líquidos calientes, colocando esparadrapo de Thapsia sobre la misma region laríngea; y hasta hay algunos que en los casos intensos prescriben un vejigatorio situado en la nuca.

Si se cree indicado, se somete el enfermo á pulverizaciones, con un líquido emoliente al principio y balsámico si persiste la flógosis.

La alimentacion debe ser, respecto á su cantidad,

consultando la intensidad de la fiebre; respecto á sus condiciones, atendiendo á la flógosis del órgano; proscribir toda sustancia estimulante ó excitante, así como tambien evitar que el alimento esté muy frio ó muy caliente, y que afecte una forma que moleste al deglutirlo.

*Forma crónica:* La mayor parte de lo dicho en la forma anterior, es aplicable á la que nos ocupa; los enfermos deben preservarse de toda clase de enfriamientos y evitar hablar mucho, toser en exceso, y de ningun modo hablar alto ni cantar.

Las sustancias medicamentosas que dan mayor resultado en esta afeccion son los balsámicos, administrados al interior ó en pulverizaciones.

El agua de brea, de trementina, el alquitran Guyot, el ácido fénico, etc., son las sustancias más usadas.

En union á las pulverizaciones, si se nos hace rebelde la flegmasia, llevaremos, auxiliados del laringóscopo, diversas sustancias sobre la mucosa laríngea; el sulfato alumínico potásico, los calomelanos, el tanino y otros medicamentos análogos, pueden aplicarse en insuflacion; las disoluciones de nitrato de plata, tanino, tintura de yodo, alcohol fenílico, etc., en aplicaciones tópicas, con un pincel á propósito.

En último recurso, si se ve que la mucosa laríngea está muy hiperemiada, hay mucho éxtasis venoso, se puede recurrir á escarificaciones practicadas con instrumentos adecuados, y guardando todas las precauciones convenientes á region de tal entidad.

Pudiéramos, como algunos hacen, tocar diversos tratamientos generales, dirigidos á combatir los estados discrásicos que cuentan entre sus síntomas á la flegmasia crónica de la laringe; no nos parece de este lugar, y por tanto lo pasamos por alto.

## CAPÍTULO VI.

## Laringitis ulcerosa.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA. — Se ha considerado por muchos autores esta afección, como independiente de estados generales provocadores de la ulceración laríngea. Nosotros conocemos la inexactitud de esto: si no fuera esta obra destinada para que los que estudian Patología y Clínica médicas, se apoderen de un modo claro y conciso del caudal de conocimientos necesarios para penetrar por la espinosa senda de la profesión; nosotros, al no ser esto así, no encabezaríamos un artículo con el nombre de laringitis ulcerosa, sino que por el contrario, comprendiendo que la úlcera de la laringe es un síntoma no más de diversos estados, llevaríamos cada clase de úlcera á la afección que le correspondiese. No obstante, séanos permitido dar cuerpo al grupo de ulceraciones que se desarrollan en la laringe, fijando nuestra atención en la úlcera tuberculosa, que es la que puede en algun tanto constituir la verdadera laringitis ulcerosa.

Las causas predisponentes y determinantes de las úlceras laríngeas son diversas, según el caso particular de que se trate; desde la simple etiología de los estados catarrales, hasta la del cáncer y el tubérculo, podemos recorrer para tratar este punto; así pues, necesitando descender á ciertas particularidades, forzoso no es establecer ántes una división apropiada; tal es, úlceras catarrales, sífilíticas, variolosas, tíficas, tuberculosas, cancerosas, etc.

Con relacion á las *úlceras catarrales* de poca importancia, sólo decimos que los enfriamientos de diferentes géneros, los esfuerzos del canto y la palabra, las sustancias excitantes y otras más ya mencionadas, son las que forman la etiología de dicha alteracion.

Las causas de las laringitis ulcerosas, variolosas y tíficas, son las que corresponden á estos estados generales, esto es, á la introduccion del principio tífico en el organismo.

Las correspondientes á la tuberculosa, pueden dividirse en predisponentes y ocasionales; con relacion á las condiciones del sugeto, predispone á esta afeccion el temperamento linfático, la constitucion delicada, la juventud, la herencia, el abuso de los alcohólicos y los excesos de los placeres venéreos, sobre todo del onanismo, etc.

Como ocasionales, tenemos en primer lugar la presencia de tubérculos en el árbol respiratorio; y por tanto todas aquellas que sean capaces de producir su desenvolvimiento.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Los caracteres de la úlcera catarral son apreciables por la laringocopia; pero no en la losa del anfiteatro con el escapelo, pues para que esto pudiera ser se necesitaba que sobreviniera algun accidente mortal, sin el cual la afeccion dicha no puede arrebatarse á los enfermos.

Por el exámen con dicho instrumento, comprobamos la poca importancia de estas ulceraciones, consistiendo tan sólo en desprendimientos del epiteliúm, caracterizados á la vista por puntos deslustrados de la mucosa laríngea.

La anatomía patológica de la úlcera laríngea sifilítica, variolosa y tífica, la referimos á los capítulos correspondientes á tales estados generales.

La laringitis úlcero-tuberculosa presenta los caracteres siguientes al exámen: un color rojo intenso viste las cuerdas y ventrículos; las cuerdas superiores están engrosadas, hasta el punto de tocarse su borde libre; una mucosidad viscosa y de un color blanco súcio las recubre en gran parte, sembrando las cuerdas bucales, ventrículos, orificio glótico, cara posterior y anterior de la epiglotis y los repliegues arítienoepiglóticos; ulceraciones en distintos períodos de evolucion: en unas, se ve sólo la exudacion catarral desprendiendo el epitelium; en otras, la mucosa en su espesor se encuentra interesada por el trabajo ulcerativo; finalmente, llegando al último estado del proceso tuberculoso, las úlceras han avanzado hasta el extremo de fusionar toda la mucosa, porciones musculares, y estar el perióstio laríngeo flogoseado, dando lugar á la pericondritis.

Por medio del laringóscopo, apreciamos muchas veces una uniformidad especial en esta clase de ulceraciones con respecto á su distribucion, viéndolas rodear el orificio glótico y la porcion libre de la epiglotis.

Efecto del estado general, productor de la laringitis que nos ocupa, encontramos mayor número de lesiones en el aparato respiratorio; pero que su descripcion no corresponde á este sitio.

Respecto á la anatomía patológica de la úlcera cancerosa, por no ser muy frecuente en esta region y ser muy análoga en todos los tejidos que se presenta, reservamos su narracion para el capítulo correspondiente.

SINTOMATOLOGÍA.—En esta parte, lo mismo que en las demás, tenemos que particularizar los casos, descendiendo á detalles:

*Ulceraciones catarrales:* La sintomatología de ésta es sumamente sencilla, pues no consiste más que en el cuadro sintomático tanto local como general, que carac-

terizaba á la laringitis catarral, ya aguda, ya crónica, segun los casos, modificados por los desórdenes que éstas erosiones, más bien que úlceras, produzcan en el enfermo.

Los síntomas diagnósticos, son: Primero: el exámen laringoscópico que en verdad es el que á ciencia fija puede demostrarnos con seguridad la presencia de estas ulceraciones. Segundo: el mayor estado afónico que por tal complicacion sobreviene. Tercero: el escozor ó dolor que los enfermos refieren á puntos limitados é irradiado en ocasiones á la oreja. Cuarto: la tos penosa y la expectoracion sembrada de algunas estrías sanguinolentas. Estos datos sintomatológicos son suficientes para diagnosticar las úlceras que estudiamos.

*Ulceraciones variolosas y tíficas:* La sintomatología de estas ulceraciones, no tenemos para qué desflorarla, porque está tan ligado el proceso ulceroso con el cuadro de síntomas generales, y es tan corto el período que recorren, que en verdad, no hay para qué ocuparse de ellas en un capítulo aparte.

*Ulceraciones tuberculosas:* Los fenómenos de estas ulceraciones son locales y generales; los primeros están ya descritos en la anatomía patológica con respecto al exámen laringoscópico, así es que no hay que descender á su descripcion; los segundos merecen un estudio bastante prolijo; pero siendo así que al ocuparnos de la tuberculosis pulmonar tenemos que reproducir un cortejo análogo de síntomas, sólo para llenar este hueco, diremos dos palabras sobre tal cuestion.

El enfermo acusa los fenómenos ya descritos en la laringitis crónica, acentuándose más la afonia, molestando más la tos, y siendo los esputos, al par que de un carácter nummular y de coloracion verdosa, ricos en células jóvenes y sembrados de estrías sanguinolentas.

No son raros los casos en los que sobrevienen accesos hemotóicos considerables.

Al mismo tiempo que se van sucediendo estos síntomas, enflaquecen los enfermos; el color de la piel es pálido; la fécies toma un aspecto triste; la laringe se hace prominente; la tráquea, bronquios y pulmones, comienzan á despertar síntomas de la lesion transmitida; se suceden sudores por la mañana, fiebre remittente, desarreglos gástricos y diarrea; el marasmo se generaliza y sucumben los enfermos, ya por un estado séptico, ya por asfixia lenta, en un síncope, ó de una manera rápida, por destruirse una porcion de la laringe incompatible su falta con la vida.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso de las erosiones catarrales, tíficas y variolosas, es como el del estado que las determina; así como su duracion y terminacion. El de las ulceraciones tuberculosas es lento y contínuo, contando con una existencia de meses y aún de años, siendo funesta su manera de concluir.

PRONÓSTICO.—Referimos esta parte á lo dicho en la terminacion.

DIAGNÓSTICO.—Trátase de él en los cuadros ya mencionados.

TRATAMIENTO.—El de la laringitis ulcerosa catarral, es el mismo que el ya dicho relativo á la laringitis crónica.

El de la variolosa y tífica, lo referimos á los capítulos fiebre tifoidea y viruela.

El de la laringitis tuberculosa, merece nos detengamos algo más.

Divídese este tratamiento en general y local, en profiláctico y curativo, en causal y sintomático.

Respecto al tratamiento profiláctico y general, véase el que se consigna en la tuberculosis pulmonar; y por

lo que respecta al tratamiento local, se aconseja, como medios externos, la aplicacion de aceites irritantes al cuello, esparadrapo de Thapsia, y los puntos de Viena, situados á los lados de la laringe. Como tópico, sobre la misma úlcera, las insuflaciones de polvos de alumbre, calomelanos, nitrato de plata, las pulverizaciones con líquidos balsámicos, y tocar las úlceras mismas con un pincel empapado en una disolucion de nitrato de plata, tintura de yodo, etc.

Al mismo tiempo, para disminuir la excitabilidad refleja, y por tanto la tos, se debe hacer uso de jarabes y pastas pectorales anodinas, las cuales se señalarán con precision en el referido capítulo tuberculosis.

## CAPÍTULO VII.

---

### Laringitis estridulosa.

DEFINICION.—Conócese bajo este nombre aquella inflamacion de la laringe, cuyo cuadro de síntomas se encuentra interrumpido por accesos espasmódicos, amenazando la sufocacion.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Aunque algunos autores quieren considerar esta afeccion con vida aparte, sin embargo, nosotros vemos tan sólo una complicacion, que viene á perturbar el cuadro franco de la flegmasia laríngea.

Sin duda alguna, el estridulismo es una complicacion hija de un trastorno nervioso, que sólo puede llevar el calificativo de laringitis, porque se presenta en el curso de la flegmasia de dicho órgano.

La razon, la causa verdadera de este espasmo, por

regla general, es de carácter reflejo; cuando hay predisposicion para que el menor estímulo produzca una corriente intensa centrípeta, y por lo tanto, para que sobrevenga una corriente quinésica de intensidad, entónces, en este caso, los actos reflejos toman grandes proporciones, y son causantes de fenómenos muy dignos de hacerse notar.

Los individuos de temperamento nervioso, las mujeres más que los hombres, los que abusan de sustancias excitantes y aromáticas, como alcoholes, cafés, tés, etc., y sobre todo los niños de corta edad, se hallan muy dispuestos á que una flegmasia de la laringe determine la complicacion estrídula. En efecto, si concurren las condiciones ántes citadas al inflamarse la mucosa en cuestion, sobreviene una hiperestesia tal, que se desprende por accion refleja una corriente motora, produciendo la esténosis glótica, y de consiguiente los accesos que constituyen la forma que nos ocupa.

SÍNTOMAS.—En el curso de un catarro laríngeo, sobre todo en un niño, al encontrarse ya dormido, ya en completa tranquilidad, se ve sujeto á una inminente sufoccion, producida por el estrechamiento del orificio glótico; se levanta agitado, buscando una persona á quien abrazar; la respiracion es difícil, la inspiracion sibilante, entrecortada por intervalos casi asfícticos; el pecho se levanta, sobre todo en su base, dibujándose por tanto la respiracion diafragmática; si tose el enfermo se asemeja al ahullido de un perro; la cara se abotaga y se pone cianótica; hay exoftalmo temporal; el pulso se hace pequeño, intermitente é irregular; las contracturas son exageradas, quedando en muchas ocasiones el paciente en un verdadero estado tónico.

La voz sufre alteraciones considerables á causa del engrosamiento de las cuerdas vocales, bien por la infla-

macion misma, ó ya por las contracciones espasmódicas que cierran ó separan el orificio glótico. El carácter bitoral se halla comprendido entre estas alteraciones.

Hay fiebre, si no existia ya ántes, de carácter remittente, la que es muy marcada en los primeros dias.

Acusan además algunos enfermos un dolor en la region laríngea, que es comparado á la sensacion producida por un cuerpo extraño.

Todos estos síntomas sufren remisiones, que pasan bien pronto, comenzando de nuevo el cuadro con tanta más prontitud é intensidad, cuanto más grave sea el carácter de esta afeccion.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—En los casos leves y de poco peligro la marcha es rápida, volviendo el enfermo á su estado normal ántes de los siete dias; pero no sucede así en los graves, pues dura de catorce á veinte; la terminacion se deduce de lo que acabamos de exponer: en la forma primera, es la curacion; así como en la segunda, la muerte arrebatada al enfermo en lo más recio del acceso, ó por el contrario, la enfermedad pasa al estado crónico, y muere por asfixia lenta.

DIAGNÓSTICO.—En los cuadros, al final, nos ocuparemos de él.

PRONÓSTICO.—Benigno en los casos leves; exceptuando éstos, que no son los más, debe hacerse muy reservado y no dejarse llevar por mejorías ficticias.

TRATAMIENTO.—Todo cuanto hemos indicado en el tratamiento de la laringitis catarral, ocupa un lugar preferente en ésta, empezando por la quietud, las infusiones diaforéticas, pediluvios, baños rusos, etc. Unamos á estos medios los moderadores reflejos, los narcóticos, los revulsivos cutáneos y los eméticos, y tendremos llenadas todas las indicaciones terapéuticas.

En efecto; hacemos uso de los moderadores reflejos, y entre ellos damos la preferencia al bromuro de potasio, y combatimos las hiperquinesias, que constantemente comprometen la vida del enfermo; los narcóticos calman la agitacion, el insomnio y el dolor; de esta medicacion generalmente se emplean los polvos de Dower: los revulsivos cutáneos llenan otra indicacion muy capital, pues á favor de ellos, conseguimos provocar una fluxion en la superficie del cuello ó nuca, la que da por resultado desengurgitar el órgano que padece, ó el cerebelo, si la aplicacion es á la nuca, y de consiguiente disminuir la excitacion que produce el aflujo de sangre en estos puntos. Esto puede conseguirse con la prescripcion de vejigatorios, ó con fricciones irritantes de aceite de croton ú otras.

Pero si, por desgracia, puesto en juego todo el tratamiento que antecede no hay mejoría; si, por el contrario, los accesos se repiten y tememos por la vida del paciente, no hay que titubear, la traqueotomía está indicada.

## CAPÍTULO VIII.

---

### Laringitis croupal.

DEFINICION.—Se denomina laringitis croupal una inflamacion que, determinando un exudado particular, productor de pseudo-membranas, que tapizan la superficie libre de la mucosa, termina la mayoría de veces por la intoxicacion de ácido carbónico.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Mucho se ha discutido sobre la verdadera naturaleza de este exudado, sobre la causa

próxima del croup. Las escuelas se han dividido al ocuparse de este asunto; la escuela francesa ha levantado bandera distinta que la alemana, y por este motivo se encuentra tan obscurecida la cuestion, que bien puede decirse es una trama de teorías y no otra cosa la verdadera patogénia de este proceso morboso.

Croup y difteria; difteria local y generalizada: hé aquí los puntos sobre los cuales la ciencia establece su controversia, y sobre los que á punto fijo no puede sentarse ninguna doctrina especial, ninguna coordinacion de verdaderos principios.

Aquí parece que debiéramos detenernos y entablar algunos razonamientos sobre la verdadera acepcion de las palabras croup y difteria, mas como se necesita un capítulo especial de difteria, y éste ha de exigir alguna extension, nos reservamos para abordar este punto de doctrina.

Así, en este capítulo, sólo hablaremos de los caracteres histológicos del exudado croupal, sin descender á investigar sus relaciones con el organismo, pues como hemos dicho, será objeto de otra seccion.

Háse creido por muchos autores, que el exudado croupal no era otra cosa que el fibrinoso; pero trabajos histológicos posteriores, tienen probado de una manera inconcusa que difiere dicho exudado del fibrinoso, no sólo por sus propiedades, sino por su origen; así como tiene mucha analogía con el exudado purulento.

El aspecto de la exudacion croupal, es el de una pseudo-membrana de color blanco sùcio, uniforme, poco trasparente y elástica; se adhiere mucho á los tejidos inmediatos y afecta la misma forma que ellos; cuando pasa algun tiempo obscurece su coloracion, pudiendo hacerse amarilla, pierde su elasticidad, desprendiéndose por último de la mucosa, la cual, ó puede estar hi-

peremiada tan sólo, ó puede haber sobrevenido en ella la mortificacion y aparecer una escara morena que se desprende, ó una úlcera de bordes ranversados, fondo gris súcio y exudado sanioso.

Colocando al microscopio este exudado, aparece como una red clara homogénea, cuyas mallas tienen de dos centímetros á dos milímetros de anchura; los espacios intermedios, por lo comun redondeados, contienen serosidad, glóbulos purulentos, núcleos libres, y á veces glóbulos de sangre.

La manera como se forma esta exudacion, parece ser por una metamórfosis particular del epitelium, metamórfosis que se cree dependiente de células análogas á glóbulos blancos de la sangre y á núcleos libres; dicha analogía entre la célula croupal y leucocitos, ó por mejor decir, completa identidad entre estos, se debe á los descubrimientos practicados por el Sr. Cohnheim.

Las causas que provocan esta afeccion, son de dos orígenes: externo é interno.

Las causas externas, son los polvos irritantes, las insuflaciones estimulantes, el traumatismo, etc.

Las causas internas, son una disposicion-especial que como ya hablaremos en el capítulo difteria, existen sin saber el por qué de su esencia, y sin darnos cuenta de su modalidad.

Los niños de dos á siete años, y sobre todo el sexo masculino y la constitucion robusta, son los más aptos para ser atacados de esta entidad.

Su forma es esporádica y epidémica, siendo esta última la que por regla general toma, invadiendo localidades que desola, sobre todo en los niños que en ellas moran.

SINTOMATOLOGÍA.—Los síntomas del croup deben estudiarse en aquellos sugetos en los cuales se presen-

tan con toda su intensidad, en los que aparecen con todo su colorido. Los individuos que reúnen tales circunstancias son los niños de la edad de 3 á 4 años, ó mejor de 2 á 3.

Dividamos esta parte, para mejor orden y claridad, en tres períodos subsiguientes: período prodrómico, de invasión y de terminación.

El período prodrómico de la laringitis croupal, es el cuadro de síntomas de un catarro, ó las manifestaciones de la afección, en medio de la cual va á aparecer afecto tan devastador.

En el caso primero, el niño acusa molestia en la garganta, la voz está tomada, algo ronca, hay tos seca y muy pronto húmeda con expectoración mucosa, fiebre ligera, estornudos, lagrimeo, coriza, etc.

En el segundo caso se van desarrollando los síntomas de la afección, en la cual va á tomar vida el proceso croupal. Por regla general, el sarampión, la escarlatina ó una amigdalitis de carácter catarral son las vanguardias de la enfermedad que nos ocupa.

Pasados dos ó tres días de síntomas catarrales, si sólo antecede la laringitis catarral, ó recorrido parte del primer período, si lo que precede son los afectos también señalados, aparecen las primeras manifestaciones del mal.

Téngase presente, que hay casos en los que el croup invade al organismo sin preparación prodrómica alguna, cogiéndolo como de sorpresa y desarrollando su aterrador cuadro de síntomas en pocas horas.

Vigile muy mucho el joven práctico los afectos laríngeos de los niños de esa edad, y teniendo que estar siempre prevenido, póngase más en guardia, si en la localidad reina una epidemia croupal, si el niño es hermano de otros, que han sucumbido de tal afecto,

si cuenta la edad en la que sus hermanos lo sufrieron, y sobre todo, más que nada, si dentro de la casa ha habido, há poco tiempo, algun enfermo de croup que haya tenido contacto con el infantito.

Antes de penetrar de lleno en los síntomas característicos del croup, con objeto de aclarar algo de lo que hemos dejado expuesto, diremos: que para tener alguna guia que nos haga comprender la inminencia de la afección que nos ocupa, y por tanto podamos prevenirla en cuanto posible sea, téngase en cuenta que todos los autores que á conciencia han estudiado la afección croupal, señalan como fenómeno anunciador de esta modalidad patológica, á más del abatimiento de fuerzas que sobreviene, el infarto rápido de los gánglios laterales del cuello, acentuando mucho en el grupo de éstos, los que rodean el ángulo inferior de la mandíbula; no siendo raro tampoco que nos ponga en conocimiento de lo que se trata, una coriza preexistente con exudación icorosa y productos pseudo-membranosos en ella.

*Periodo de invasion:* Con el cuadro morboso anterior ó no, estallan casi siempre de repente los primeros síntomas del cuadro croupal.

Coincide por lo regular de noche y estando durmiendo el niño, que se ve sujeto á un acceso de sofocación, despertándose sobreexaltado, llevándose las manos al cuello, como si se quisiese quitar un cuerpo extraño molesto; la cara se pone inyectada, los ojos brillantes y más prominentes que en el estado normal, frecuencia y plenitud del pulso y agitados movimientos, como para buscar una posición la más conveniente para que el aire penetre de un modo fácil en su árbol respiratorio. Seguidamente á esto, comienzan las alteraciones de la voz, la tos y el esputo patognomónico.

Se ha creído por algun tiempo que la voz sonora y semejante al ladrido del perro, y la tos de igual carácter, que llevan ambas el calificativo de croupal, eran un síntoma muy característico de la afeccion que nos ocupa. No es cierta de ningun modo esta asercion. En el capítulo que antecede, hemos dado esos caracteres á la voz y la tos de la laringitis estrídula, y tanto es así, que en los accesos de estridulismo, vemos aparecer esas perturbaciones de fonacion, y en el croup no podemos apreciarlas en ningun caso.

La voz del croup es primero ronca y con disminucion de tono; á medida que va tomando cuerpo el exudado se hace bitonal, llegando, cuando la infiltracion y pseudo-membranas impiden la vibracion de las cuerdas, á hacerse afónica, ó sumamente sorda y ahogada; la tos es accesional y presenta iguales gradaciones en su timbre que la voz, hasta el extremo de no producir ningun sonido, viendo nosotros que los enfermos se agitan mucho tosiendo y no oyen nada los circunstantes.

Estos golpes de tos son seguidos de expectoracion catarral, la que comienza á mostrar desde el segundo ó tercer ataque trozos de membrana cada vez más grandes, hasta el punto de arrojar tubos pseudo-membranosos, ya de poca extension, ya de mucha, como correspondiendo á todo el largo de la tráquea y bronquios, si la lesion ha continuado descendiendo.

Á este cuadro de síntomas hay que añadirle el fenómeno constante que constituye el peligro del croup, esto es, la disnea; los desórdenes de la respiracion presentan caracteres morbosos en su primero y segundo acto.

Por dos causas principales está sostenida esta disnea; una, por el obstáculo mecánico que la pseudo-membrana opone á la libre entrada y salida del aire; y otra, la in-

toxicacion por el exudado croupal, la falta de vida en los músculos inspiratorios y espiratorios, y por tanto, la dificultad y pereza de los movimientos del tórax.

En el primer caso, esto es, cuando no hay más que obstáculo mecánico, las inspiraciones se producen con dificultad, de un modo lento y con un silbido más ó ménos ronco, resultado del estrechamiento del orificio glótico; en la espiracion, como que tambien existe dificultad al libre paso del aire, no es espirado éste del mismo modo que en el estado normal, sino que costándole algun tiempo su salida, produce el mismo ruido sibilante que en el caso anterior.

En el segundo caso, en el que más que causa mecánica existe sedacion nerviosa y aquinesia parcial de los músculos respiratorios, si bien en el tiempo de la inspiracion puede venir el ruido sibilante, durante la espiracion no se produce, siendo ésta completamente silenciosa.

Otro de los caracteres de la respiracion, es que como se está privando al pulmon del aire que necesita, hay depression en la region epigástrica por ascension del diafragma, que no encuentra como en el estado fisiológico una columna atmosférica, capaz de presionar sobre su cara superior, dándole la posicion conveniente.

Esta disnea, revestida de los síntomas que acabamos de exponer, se encuentra interrumpida por accesos que traen consigo mayor sofocacion, y que no son más que espasmos laríngeos, causados por la excitacion mecánica de la pseudo-membrana sobre las papilas nerviosas de la laringe. Algunas veces, á los dos ó tres golpes de tos se expulsan, como ya hemos dicho, los grandes trozos de pseudo-membranas, accidente que haciendo franquear el libre paso del aire por la eliminacion del obstáculo mecánico, lleva en pos de sí una mejoría, una

calma y tranquilidad que anima á los enfermos y engaña á la familia.

*Periodo de terminacion:* A medida que los accesos se van frecuentando, á medida que el estrechamiento de la glótiis impide el libre paso del aire, el ácido carbónico, en cantidad progresiva en el organismo, tiene que ir provocando una intoxicacion que llega, por último, á un estado en el cual aparece con sus síntomas propios. El enfermo cae en un letargo profundo, la cara se pone algo abultada, su coloracion es cianótica, sobre todo en los surcos oculares y naso-labiales, el labio inferior está péndulo y cárdeno; el pulso se pone pequeño, frecuente, irregular ó con intermitencias; el corazon comienza á paralizarse, parea que acarrea el éxtasis venoso; la respiracion parece ser más tranquila, pero lejos de ser un síntoma halagüeño, no indica otra cosa sino que ha sobrevenido la anestesia de las extremidades periféricas de los nervios, y la respiracion, en vez de ser fácil, es superficial. En medio de este cuadro soporoso, los enfermos al principio del período que nos ocupa, se levantan de momento, queriendo vencer el obstáculo que intercepta el libre paso del aire en sus pulmones; la economía empeña las fuerzas que le quedan, para acometer las últimas tentativas de salvacion; pero burlados tan saludables efectos por el proceso croupal, que de un modo lento y sin interrupcion va determinando la muerte del organismo, los enfermos se rinden otra vez, penetrando de nuevo en el cuadro comatoso ántes descrito.

Tentativas tan provechosas poco á poco van desapareciendo; el paciente privado ya de sus comunicaciones con el medio exterior, no quedándole á la vida, por decirlo así, más dominios que los centros del organismo, no conoce los objetos que le rodean, no responde á las

preguntas que se le dirigen, no experimenta excitabilidad ninguna por las impresiones táctiles, y por lo comun, precedida de movimientos convulsivos, la muerte se declara victoriosa sobre la víctima que ha inmolido.

Quedan todavía por decir dos palabras sobre una forma morbosa, que burlando en sus primeras etapas las investigaciones más minuciosas, cuando ménos cree el Profesor, se encuentra frente á frente con un croup, que habiendo comenzado desde las últimas ramificaciones bronquiales, al hacerse ostensible á la vista del práctico, al aparecer la primera membrana, no es otra cosa que la avanzada que precede á un fin funesto.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Por lo descrito en la sintomatología, puede comprenderse con facilidad, teniendo en cuenta los distintos períodos por que pasa esta entidad, el curso ó marcha que le caracteriza; así es, que en el de invasion sigue de ordinario el tipo continuo; pero no sucede lo mismo despues; la fiebre es extraordinariamente intensa, para venir la asfixia, existiendo por tanto un cambio completo en el cuadro que tenemos á la vista. Todos estos períodos siguen una rapidez exagerada.

La duracion, como en el de todas las afecciones graves, no puede fijarse con una exactitud precisa, y mucho más en ésta, que la violencia de cada uno de sus síntomas llega á determinar hasta la muerte: sin embargo, por regla general, puede durar un setenario tratándose de niños, prolongándose de 14 á 18 dias en el adulto.

Su terminacion es funesta, mucho más en los niños; aumenta la gravedad cuando es secundaria ó epidémica, y por tanto tiene que ascender el peligro cuando se trate de uno de estos casos.

DIAGNÓSTICO. — Reservamos tan importante parte de este estudio, para los cuadros que cierran esta seccion.

PRONÓSTICO. — Podrá variar algo, atendiendo á lo que anteriormente hemos consignado, pero por desgracia muy reducidos son los límites de esta variacion.

En los niños menores de 6 años, el pronóstico casi es mortal; en los de mayor edad, sin dejar de atender siempre constantemente al estado epidémico ó á las complicaciones, puede hacerse algo más lisonjero.

TRATAMIENTO. — Para más claridad y concision en la exposicion de ideas, y siguiendo el órden que prácticamente en casos análogos usamos, dividimos el tratamiento del croup en dos clases: tratamiento profiláctico y tratamiento curativo; y por último, á su vez éste en local y general.

*Tratamiento profiláctico:* Debemos, ántes que nada, seguir estrictamente las reglas que dimos en las laringitis catarrales, con el objeto de llenar esta indicacion; asimismo, con igual fin, se aconsejará á las madres eviten cuanto les sea posible á sus pequeños, estar en contacto con personas ó individuos que padezcan la enfermedad; si han tenido el croup anteriormente, exigen aún mayores cuidados; entre éstos, es muy útil el que aconseja Niemeyer, de no acostumbrar á los niños á mucho abrigo, y lavarles con agua fria la cara y cuello, secándoles inmediatamente.

*Tratamiento curativo:* Dijimos que para hacer más fácil el estudio, podia dividirse en local y general; empezaremos, pues, por el local, que es en esta enfermedad el que más debe llamar nuestra atencion.

De todas las medicaciones se han propuesto sustancias, lo mismo de la alterante que de la reconstituyente; de la cáustica como de la astringente.

Pero las que la práctica aconseja y dan resultados en

muchas ocasiones beneficiosos, serán sólo el objeto de nuestro estudio, por ser como es consiguiente de un interés primordial.

En primera línea figura la limpieza de la boca posterior, la que debe hacerse por el mismo Profesor dos ó tres veces al día: para hacer más fácil su ejecución, Bretonneau aconseja el uso de una ballena encorvada, con una pequeña esponja en una de sus extremidades. Lo primero es limpiar bien con un líquido deterativo, para despues poder llegar á conseguir el resultado que se desea, con los agentes que tienen que obrar de un modo directo.

Entre estos agentes, merecen la preferencia el nitrato de plata, en una disolucion concentrada; el ácido fé-nico, convenientemente diluido; el percloruro de hierro, el tanino, el ácido hidroclórico, el clorato de potasa y otros.

De todos los tópicos que hemos dejado dichos, el percloruro de hierro y el clorato potásico son los que preferimos. Ambos tienden á disolver el exudado y á modificar la mucosa.

El percloruro pierde un átomo de cloro, y convertido en proto-cloruro, se hace apto para disolver el exudado en cuestion.

La manera como lo hacemos es, teniendo dos disoluciones concentradas, una de percloruro y otra de clorato, alternando su aplicacion de media en media hora.

No es raro suceda, y muy particularmente en los niños de corta edad, que á pesar de todos nuestros esfuerzos para ejecutar con facilidad esta operacion, nos sea imposible por completo, y tendremos que renunciar á ella. Sin embargo, como ya hemos dejado dicho, el tratamiento local es al que debe darse un lugar preferente, y como todos los autores están acordes en pen-

sar así, claro es que se haya procurado sustituir, para estos casos, con otros medios que diesen igual resultado. Y en efecto, algunos aconsejan las insufflaciones de nitrato argéntico, ó de polvos de alumbre y de tanino, insufflaciones que no deben echarse en olvido, pues son de una utilidad real.

Nosotros hemos conseguido tambien, en iguales circunstancias, un éxito notable de las pulverizaciones con los citados líquidos, á favor de los aparatos conocidos para este objeto.

Ciertos prácticos aconsejan los antiflogísticos locales, en la forma de sanguijuelas; pero esta medicacion no es en nuestros tiempos la que tiene más partidarios, hoy debe casi proscribirse, pues muy pocos serán los casos en los que pueda obtenerse alguna mejoría; si se emplean, podrá ser en el principio de la flegmasia, y áun en éstos con mucha circunspeccion; ésta la reclama la edad de los atacados y la region en que hay que operar.

Por último, Bousergeut ha cauterizado con el hierro candente la mucosa laríngea; remedio de difícil aplicacion y de consecuencias muy poco lisonjeras.

Terminada la medicacion local que debe hacerse en el afecto que nos viene ocupando, entremos para terminar este capítulo, en la que unida á ella, puede conjurar tan terrible accidente; esta es la medicacion general.

No es nuestro ánimo, como hemos dejado sentado al principio de este párrafo, hacer una historia de tantos y tan varios medicamentos como han sido preconizados por unos y más tarde proscritos por otros.

Hoy, los que la práctica aconseja y los que la razón nos dicta, ocupan como es natural el primer puesto terapéutico, y estos serán tan sólo objeto de nuestro estudio.

Así, pues, no debemos olvidar lo que dijimos al hablar de laringitis y particularmente en aquellos casos en que sea el croup una complicacion.

Hecho esto, y tan pronto como el proceso inflamatorio ha pasado del período hiperémico y ha entrado en el de exudacion, hay que empezar por librar al paciente de las obstrucciones que casi siempre aparecen á consecuencia del exudado, constituyendo las falsas membranas.

Esto únicamente se puede conseguir de un modo inmediato, con los eméticos administrados convenientemente: por lo regular se hace uso del tártaro estibiado ó del sulfato de cobre, y muy en particular del primero; pues además de su gran accion emética, reúne la ventaja de producir una sedacion eficaz en el proceso inflamatorio local. Las dósís á que se acostumbra usar estas sustancias son de 1 á 2 granos (5 á 10 centígramos) del evacuante en 3 á 4 onzas (90 á 120 gramos) de agua, para tomar á cucharaditas de café de cinco en cinco minutos, favoreciendo su accion con una poca de agua caliente, ó con titilar la campanilla á favor de una pluma.

Cuando por haber usado con frecuencia el tártaro no nos da resultados, debemos entónces renunciar á él y dar la preferencia en estos casos al sulfato de cobre, porque es sabido que la prolongacion de su uso es de efectos funestos.

Han aconsejado algunos el uso de los calomelanos por el método de Law; esto es, á dósís fraccionadas; pero en la práctica no alcanza este medio las glorias que le han supuesto sus partidarios.

La medicacion alcalina nos ofrece en cambio agentes que ayudan algun tanto á terminar el proceso; de ella se hace uso del bicarbonato de sosa; la dósís es

de 3 á 4 dracmas (12 á 16 gramos) en disolucion.

El clorato de potasa, en estos últimos tiempos, ha alcanzado con justicia un nombre en el tratamiento de este afecto; úsase como disolvente de las falsas membranas, pudiendo administrarse á la dosis de una á 2 dracmas (4 á 8 gramos), en un vehículo apropiado.

El percloruro de hierro, puesto en práctica no hace mucho tiempo por el Sr. Albrum, da resultados satisfactorios: se propina á la dosis de 20 gotas de percloruro líquido á 30°, en un vaso de agua fria, para hacerle tomar á los niños una cucharada cada cinco minutos. Al mismo tiempo aconseja se les dé á beber leche fria como complemento.

Si los medios que anteceden, puestos juiciosamente en práctica, no alivian á los pacientes; si hemos combatido los distintos síntomas que le son propios, como la asfixia, la debilidad general y otros, con los agentes que quedan indicados para estos casos, tan sólo nos resta para poder salvarlos de una muerte inminente recurrir á una operacion, que si bien bastante comprometida, no lo es tanto cuando se ejecuta con oportunidad y con los conocimientos debidos.

Tal operacion es la traqueotomía, sobre la cual vamos á dar los preceptos más sanos, para que el jóven práctico tenga una guía en casos tan azarosos.

Nada nos corresponde decir acerca del manual y proceder operatorio; esto pueden consultarlo en las obras de Anatomía quirúrgica; y sí solo de las indicaciones de la operacion.

Estas, siguiendo el recto criterio del Sr. Trousseau, son de un interés capital.

La primera condicion es la edad, pues la operacion es tanto más grave cuanto más pequeño es el enfermo. La que garantiza el éxito es la de 3 á 5 años: las fuer-

zas del sugeto tienen asimismo que ser consultadas, y de aquí el sabio consejo que da el mismo práctico, diciendo que las probabilidades de buen éxito de la operacion son tanto mayores cuanto más pronto haya sido practicada.

Una contraindicacion de primer orden es sobre todo el estado general, pues si está la economía infeccionada y si la postracion de fuerzas nos indica un profundo envenenamiento, tendremos casi por seguro que no servirá más que para hallar un alivio momentáneo.

Debe, de igual modo, averiguarse si el croup es ascendente, puesto que es fácil comprender el negativo éxito en estos casos.

Habiendo terminado con el croup las flegmasias laríngeas, tócanos ahora para concluir los afectos de esta parte, decir algo sobre el edema de la glótis y las neuras laríngeas, descartando otras entidades morbosas, que si bien tienen importancia, no son de tanto interés como las que describimos, pudiendo pasarlas por alto por no hacer muy extensa esta seccion.

## CAPÍTULO IX.

### Edema de la glótis.

SINONIMIA.—Infiltracion laríngea, etc.

DEFINICION.—Se llama así un estado ya inflamatorio, ya pura y exclusivamente hidroémico, que producido por una inflamacion de los repliegues aríteno-epiglóticos, determina por lo comun la asfixia.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—La textura de los repliegues que, partiendo de la epiglótis, van á parar á los cartí-

lagos aritenoides, merecen que se tengan muy en cuenta para la patogénia de esta entidad morbosa.

Están constituidos por dos colchones de tejido celular grasoso, encerrados en una vaina mucosa, y esto es así, porque se sabe que la mucosa laríngea se dirige por las partes laterales á formar estos repliegues, constituyendo una capa superior de un modo directo, y una capa inferior por ranversarse la misma mucosa.

De esto se deduce que, siendo así que todas las regiones en las cuales hay tejido celular flojo, encerrado en vainas de diversa naturaleza, se prestan á la infiltracion; estos repliegues, que participan de dicho carácter patogénico, son los que se disponen á infiltrarse en los casos de edema del aparato respiratorio.

Las causas que dan origen á este proceso se agrupan en dos órdenes; externas é internas. Las externas son todas aquellas que como hemos dicho en las laringitis precedentes, obran de fuera á dentro sobre la mucosa, determinando un estado fluxionario en ella. Las causas internas son más bien estados generales; por lo tanto, las afecciones de corazon y de los grandes vasos, así como las del pulmon, ocasionando todas ellas éxfasis venoso, y de consiguiente trasudaciones de carácter seroso, serán consideradas como tales.

La hidroemia, la anemia, leucemia, la clorósis, la albuminuria, etc., son estados morbosos, que por su índole producen infiltraciones, cuyo asiento puede ser muy bien el aparato laríngeo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Para no ser difusos, sólo hay que decir que la infiltracion serosa de la laringe se caracteriza en el cadáver por dos elevaciones alargadas de color céreo y con marcada transparencia, que estrechan muy considerablemente el orificio glótico.

Con respecto á los trastornos generales, no tenemos

para qué decir nada, puesto que corresponde, ya á la anatomía patológica de la intoxicacion del ácido carbónico, ya á las distintas causas morbosas provocadoras de estos estados.

SÍNTOMAS. — Como dicho está en la etiología, el edema de la glótis es idiopático y sintomático. El edema idiopático, el de causa externa, va precedido casi siempre de un cuadro inflamatorio que toma asiento en el órgano laríngeo. El de causa interna ó general, va antecedido de los fenómenos que dan fisonomía al estado morbozo, productor del edema.

Sea de una manera, sea de otra, los enfermos comienzan á sentir una molestia en la laringe, que simula como un cuerpo extraño detenido en ella; la respiracion por grados se va haciendo difícil hasta que aparece el silbido en cada inspiracion, la cual se hace prolongada, por costar mucho trabajo la entrada del aire; la espiracion puede tambien aproximarse algo á estos caracteres.

Si se lleva un dedo á la cámara posterior de la boca y se reconoce en lo que se pueda la laringe, chocará al momento la pulpa de él con un reborde grueso y pastoso, que nos indicará ser el edema.

En tal estado, el enfermo está cianótico; la cara abotagada y el labio inferior cárdeno y péndulo; las yugulares salientes; el pulso pequeño y casi siempre irregular; hay frialdad en la periferia y tendencia al calorí; con tales síntomas pueden suceder dos cosas, ó que rompa el reservorio del suero y de momento los enfermos, haciendo una profunda inspiracion, entren en convalencia; ó tambien puede de un modo lento irse verificando la reabsorcion del derrame, el alivio de los síntomas y la curacion de la enfermedad.

En los casos funestos, los enfermos pueden sucumbir asimismo de dos maneras: ó de un modo rápido, quedan-

do el enfermo en una inspiracion no verificada, ó de un modo gradual, que es lo más comun, acusando el enfermo los síntomas de la asfixia lenta, ofreciendo los fenómenos de intoxicacion del ácido carbónico.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso es continuo con carácter progresivo; su duracion varía segun los casos; su terminacion se desprende de la sintomatología.

DIAGNÓSTICO.—Hállase en los cuadros al final.

PRONÓSTICO.—En todos los casos debe hacerse reservado; pero es grave, mortal, en aquellos cuya patogenia es una enfermedad general de las ya citadas.

TRATAMIENTO.—Esta parte se presenta de dos maneras: una que se dirige á combatir la causa del mal; otra que ataca al mal una vez establecido.

Como tratamiento general del edema, debemos fijarnos muy bien en la causa de él; si ésta ha sido el enfriamiento, los diaforéticos están muy indicados, ya tomados al interior, ya produciendo la diaforesis por revulsiones cutáneas.

Si un éxtasis sanguíneo, por afeccion del sistema vascular ó del aparato respiratorio, es productor del edema, á más de los medicamentos que se recomiendan para cada una de estas afecciones, se harán uso de los dialíticos, ya evacuantes intestinales, ya diuréticos. A más se administran drásticos de poca ó mucha intensidad, segun los casos.

Si la hidroemia, la anemia, leucemia ú otro estado de empobrecimiento hemático provoca el accidente, empleémos los tónicos, á ver si la sangre adquiere alguna plasticidad, capaz de evitar su trasudacion serosa.

Tócanos añadir á lo expuesto, que el sulfato de quina, administrado juiciosamente, da muchas veces bellísimos resultados.

Dicho lo concerniente al tratamiento general, pasemos al que va á dirigirse de un modo directo contra el proceso en cuestion.

Los medicamentos locales, son: en primer lugar, el uso de un emético, con el objeto de desembarazar el árbol respiratorio de mucosidades, y ocasionar desgarro en la mucosa infiltrada, que dé salida al suero.

Apliquemos un extenso vejigatorio al cuello, ó pomadas irritantes y enérgicas.

Haremos que, como al enfermo le sea posible, tome gargarismos de sustancias astringentes bastante concentradas. Se aconseja con éxito llevar sobre el edema una disolucion de nitrato argéntico, ó la misma barra.

Si con el medicamento no se consigue nada, nos vamos sobre el rodete seroso, ora con la uña cortada su punta, ora con un bisturí vestido de esparadrapo: de un modo ó de otro se da paso al suero.

En ciertas ocasiones da resultado este tratamiento; pero en otras, todo es ineficaz, nada responde á los deseos del Profesor, y una agonía penosa y pertinaz arrebatada á los enfermos.

Únicamente nos queda como final del tratamiento indicar que en determinados casos, puede y debe emplearse la traqueotomia.

## CAPÍTULO X.

### Neurosis laríngeas.

La laringe, como todo órgano, presenta en su patología perturbaciones de inervacion, ya por aumento, ya por disminucion de sus funciones.

Ancho campo se nos abre en este lugar, para entrar en consideraciones teóricas, en cuestiones doctrinales, pero sólo nos incumbe tocar el punto de un modo clínico.

Dos desequilibrios del sistema nervioso se nos brindan: uno por exceso, hiperquinesia laríngea; otro por defecto, aquinesia laríngea.

La hiperquinesia laríngea, el espasmo de la laringe, el espasmo de la glótis, es lo mismo de que hablamos en la sintomatología de la laringitis.

En la inflamacion de la laringe, veíamos nacer á veces una excitabilidad laríngea, de carácter reflejo por lo comun, que acarrea accesos de sofocacion con asfíxia inminente; pues bien, sin cuadro inflamatorio preexistente, pueden estallar tales accesos, conociéndose entónces bajo el nombre de *espasmo de la glótis, asma tímica, asma de Millan, etc.*

Como esto es lo mismo que lo dicho en el estridulismo inflamatorio, hacemos relacion al capítulo anterior que le corresponde.

La otra afeccion nerviosa, que nos interesa conocer en la laringe, es la parálisis, la aquinesia de la glótis.

La parálisis laríngea reconoce por causa una lesion central ó periférica del sistema nervioso, ya nacida primitivamente en este sistema, ya propagada ó determinada por un afecto pneumónico ó circulatorio.

Difícil es que el Profesor, sólo por el conmemorativo, se persuada de la existencia de una parálisis laríngea; esto es imposible; necesita la ayuda del laringóscopo, que haciéndole ver las cuerdas vocales, pueda apreciar su grado de contractilidad.

Para asegurarnos, conducimos un agitador que provoque la contraccion de la cuerda, resultando que las dos pueden estar aquinésicas, ó una sí y otra no,

y finalmente que cada una posea un grado distinto de contractilidad, teniendo el enfermo la voz bitonal.

No queremos llegar en este asunto más allá; señalemos sólo, que muchos patólogos de gran renombre, lo que usan con gran éxito es llevar un agitador metálico, por donde corre una corriente, sobre la cuerda vocal, que está paralizada.

Respecto á la medicacion que se emplea, es la misma que en casi todas las de igual índole.

## CAPÍTULO XI.

---

### Traqueitis simple.

Difícil es que la inflamacion se limite á este órgano; las más veces es efecto de la laringitis ó de la bronquitis, por lo cual poco nos detendremos en describirla.

La impresion de un aire frio, en la parte anterior del cuello, estando sudando, ha sido considerada por Roche como la causa principal de esta enfermedad.

Sus síntomas pueden reducirse á los que siguen: molestia, tension y dolor en la parte inferior del cuello y parte posterior y superior del esternon; tos, que será más ó ménos intensa, segun la incomodidad ó dolor que experimente el individuo; dificultad en la respiracion, acompañada de opresion; y por último, esputos, que si bien faltan al principio, no tardan en presentarse, siendo primeramente transparentes, filamentosos, despues perlados y luego opacos, amarillentos y áun verdosos.

La auscultacion puede révelar el estertor bronquial en el origen de los bronquios. Por lo que respecta al aparato febril, no existe en aquellos casos en que la flegmasia se limita á la tráquea.

Su curso es rápido, y su duracion no excede de seis dias, siendo el pronóstico lisonjero.

El tratamiento se limita al uso de bebidas demulcentes, y alguna vez están indicadas las sanguijuelas, si se teme que la inflamacion se propague al resto del aparato respiratorio; por lo demás, los medios sencillos que se recomiendan para la bronquitis, tienen en este caso justa aplicacion.

### Traqueitis ulcerosa, tísis traqueal.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA. — No bien apreciada esta enfermedad, sólo se nos habla en las obras de Medicina que están en nuestras manos, de algunas observaciones aisladas y publicadas en Memorias y tesis de algun interés.

Cayol es el primero en tratar con más extension la tísis traqueal, y de cuanto ha referido acerca de dicha afeccion deducimos lo siguiente: que el estudio de las causas es muy incompleto; pues los casos que se citan recaen en individuos que han presentado síntomas de padecimientos de laringe ó de bronquios, ó han tenido antecedentes venéreos.

Podemos decir tambien, que no está aún demostrado que las úlceras de esta parte del aparato respiratorio sean independientes de toda otra afeccion. Los prácticos opinan de muy distinto modo, creyendo unos que no existe semejante enfermedad, sino que se confunde con la tísis laríngea; otros admiten que las úlceras de la tráquea coinciden con la presencia de tubérculos pulmonares; y no faltan autores de nombradía que sospechan en este caso la existencia de una infeccion venérea.

SÍNTOMAS. — Debemos llamar la atencion hácia el si-

tio del dolor y la conservacion más ó ménos completa del timbre de voz, por ser los signos de más interés para el diagnóstico. Por lo demás, podemos admitir con Cayol, que hay dolor constante ó pasajero; tos molesta por lo frecuente con alguna opresion; esputos viscosos y filamentosos al principio, amarillos y espesos despues; disnea, que llega á veces á producir accesos de sofocacion; fiebre, que al adquirir intensidad, es acompañada de extenuacion y marasmo.

CURSO Y DURACION.—Siempre es lento el curso de esta entidad morbosa; y su duracion se prolonga hasta dos años.

PRONÓSTICO.—Este debe ser reservado.

TRATAMIENTO.—No difiere del de la laringitis ulcerosa, teniendo, sin embargo, más confianza en las fumigaciones y aspiraciones de sustancias medicamentosas.

Los revulsivos se aplicarán más bien en la parte superior del pecho, que en la inferior del cuello.

---

No merece descripcion especial lo que algunos autores refieren de la traqueitis pseudo-membranosa: esta inflamacion se propaga, como reconocen todos los prácticos, con rapidez á la laringe y á los bronquios; en el primer caso tenemos la laringitis pseudo-membranosa; y en el segundo la bronquitis pseudo-membranosa, ó croup bronquial. Así es que esta afeccion, cuya existencia es dudosa, como separada y distinta, podemos prescindir de su estudio por hallarse comprendido en el de la laringitis y bronquitis pseudo-membranosas.

No hemos hablado del diagnóstico, por señalar en lo que antecede los datos de cada afeccion.

## CAPÍTULO XII.

Enfermedades de los bronquios, pulmon  
y pléura.

EXPLORACION.—La exploracion pneumónica cuenta para realizarla con la percusion, auscultacion, sucucion, medicion y espirometría.

Para percutir y auscultar el pecho, es conveniente figurar divisiones en las paredes torácicas, pues no en todos los puntos de ellas se notan ruidos iguales.

Consideremos tres grandes regiones: anterior, posterior y lateral; y en ésta á su vez otras dos comunes á las tres: izquierda y derecha. Las regiones anteriores, tanto izquierdas como derechas, se subdividen en las que siguen:

La region torácica anterior izquierda tiene la supra-clavicular, subclavicular, espacios comprendidos entre la primera y la cuarta costilla; el limitado por la cuarta y sétima; y por último, el de la sétima en adelante.

Los espacios supra é infra-claviculares ofrecen por la percusion un sonido claro en el estado normal; pero con especialidad el primero. Estos nos indican, por sus modificaciones, las lesiones del vértice. Aplicando el oido sólo ó con estetoscopio, percibimos el murmullo respiratorio; soplo que ya por su aumento, disminucion, ó sus distintas perturbaciones, nos aclara mucho el diagnóstico de los afectos pneumónicos.

El espacio que media desde la primera hasta la cuarta costilla, tiene los caracteres mencionados en los anteriores, sólo que sus lesiones se refieren al lóbulo superior.

El que existe entre la cuarta y séptima costilla corresponde al corazón; el que nos pervierte la claridad pneumónica y ofrece obscuridad en la percusión, á no ser cuando coinciden ciertos estados patológicos, como la interposicion de una lámina pulmonar que enfisematosa por distintas causas, cambia la obscuridad en timpanizacion.

La porcion comprendida entre la séptima costilla y las falsas varía de tono, se hace claro, y al descender se convierte en timpánico, coincidiendo con la gruesa extremidad del estómago. El bazo, órgano macizo, que sabemos ocupa el hipocondrio izquierdo, no determina signos ostensibles en el estado fisiológico, sólo cuando toma mayor volúmen del normal es capaz de obscurecer la timpanizacion gástrica.

La observacion de los fenómenos del lado anterior derecho del tórax son comunes á los del izquierdo, desde la region supra-clavicular hasta la cuarta costilla; pero desde ésta en adelante, no pasan del mismo modo las cosas. La matitez cardiaca, no existiendo en esta region, deja que el sonido pulmonar se continúe; deja que la percusión nos dé el timbre pneumónico, y por la auscultacion, á pesar de percibirse lejanamente los ruidos cardiacos, nos hace distinguir el murmullo vesicular.

Apénas seguimos percutiendo y auscultando hácia abajo, cuando la sexta ó séptima costilla modifican la claridad, obscurecen el murmullo, y es, que el hígado, situado en el hipocondrio derecho, da por la percusión sonido mate, é impide los signos estetoscópicos.

Para terminar la porcion torácica anterior, mencionaremos la region external, region media, que desde su principio, desde la horquilla del esternon hasta la tercera ó cuarta costilla da claridad, sonoridad en sus rui-

dos, pero al descender hácia el apéndice xifóides, el corazon y los grandes vasos la obscurecen.

En las regiones laterales, el summum de claridad, tanto de la percusion como de los ruidos respiratorios, son en la region axilar, amoldándose desde aquí á los fenómenos que descritos quedan en las anteriores.

En la porcion torácica posterior tenemos que considerar: 1.º La region interescapular, que percutida y auscultada, da claridad en el sonido hasta la segunda ó tercera falsa costilla. 2.º La sub ó infra-espínosa, en la que existiendo músculos no de tanta potencia, hace más claro el sonido respiratorio, convirtiéndose en obscuro por la presencia del hígado y bazo, en sus bordes inferiores.

Este relato de fenómenos fisiológicos, no parecerá á primera vista acomodado al estudio de los afectos del pulmon; pero siendo así que cada uno tiene su fisonomía propia, reclamando determinado cortejo de síntomas, parece más á propósito, al echar una simple ojeada en la semiología pneumónica, exponer los sitios donde se debe percutir y auscultar, y los sonidos que se oyen en el estado fisiológico.

La sucucion, medicion y espirometría, medios tan conocidos por la patología general, nos creemos relevados por este motivo de ocuparnos en hacer mérito de ellos.

## CAPÍTULO XIII.

### Bronquitis.

DEFINICION.—Es la inflamacion de los bronquios, entendiéndose que el proceso flegmático no ocupa regu-

larmente más que la túnica mucosa de estos tubos aéreos.

Para su estudio, la dividiremos en aguda y crónica, subdividiendo, sobre todo la primera, en bronquitis de los gruesos troncos y bronquitis capilar.

### Bronquitis aguda.

SINONIMIA.—Perineumonía catarral, de Sauvages; perineumonía nota, Sydenham, Boerhave, Morgagni y Cullen; catarro sofocante de Baglivio; catarro de la mucosa bronquial, etc.

DEFINICION.—Es la inflamacion aguda de la membrana mucosa bronquial.

DIVISION.—Bronquitis de los gruesos troncos, y bronquitis capilar.

### Bronquitis de los gruesos troncos.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Como causas predisponentes, pueden considerarse la propension de ciertos individuos de temperamento linfático, á padecer frecuentes catarros; las edades extremas, en cuyas épocas de la vida el individuo, con pocas fuerzas orgánicas, se encuentra en condiciones á propósito para ser afectado por este orden de flegmasias.

La primavera y el otoño, favorecen tambien su desarrollo bajo la forma epidémica.

Como causa ocasional, se ha considerado siempre la impresion del frio, sobre todo si el cuerpo está sudando; el paso brusco del calor á una baja temperatura; la inspiracion de gases excitantes ó de polvos que obren

de igual manera. No debe pasarse por alto el papel que juega la gripe; varias fiebres eruptivas, muy particularmente si hay retropulsión del exantema: además, ciertas pirexias infectivas, como fiebre tifoidea, tífus de Europa, etc. Existen además otras muchas, de que no hacemos mención.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las lesiones que se manifiestan en el cadáver, son: en un principio hiperemia, como acontece en todas las flegmasias, la que da por resultado se observen ramificaciones vasculares muy pronunciadas en la superficie de la mucosa; más adelante, en una época más lejana, siguiendo su curso la lesión, se determina la trasudación serosa, que llega á veces hasta el tejido submucoso, y puede producir la estenosis bronquial; por último, en un período mucho más avanzado comienza la proliferación celular, la cual da por término que la trasudación que ántes era clara y líquida, se vuelva amarillenta y espesa.

SÍNTOMAS.—Los fenómenos semiológicos, son: tos, expectoración de mucosidades, primero ténues, luego opacas, de color amarillento verdoso; disnea de intensidad variable; en la base de ambos pulmones, ruidos estertorosos subcrepitantes, que serán más ó menos húmedos.

Tales signos, que pueden ó no ser acompañados de fiebre, tienen una duración variada, según se refieran á tres formas distintas de la enfermedad, que debemos conocer.

Hay el catarro vulgar, generalmente precedido de coriza, que no es más que una bronquitis que se localiza en los gruesos troncos y se presenta sin fiebre; en este caso, la tos es producida por una titilación hácia el esternon; en ocasiones hay ronquera; la expectoración la hallaremos mucosa anacarada, color que luego varía en

verdoso obscuro. No busquemos en la base de los pulmones el estertor subcrepitante, porque falta en esta variedad de bronquitis.

Otra de las formas es la bronquitis intensa febril, que unas veces empieza por inflamacion ligera en la fosa nasal, faringe y laringe, y otras desde luego se afectan los bronquios: hay dolor subesternal, que es lo primero en manifestarse, que si bien es ligero no tarda en adquirir intensidad; fiebre alta, tos y dolor dislacerante en el interior del pecho; falta de respiracion, y expectoracion al principio difícil, mucosa y escasa; despues más abundante y vercosa. Por la percusion, hay sonoridad anormal timpánica, generalmente en los sitios donde por la auscultacion se percibe ruido estertoroso.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Contínuo con exacerbaciones y remisiones, durando uno, dos ó tres setenarios, y siendo su terminacion ya favorable, ya pasando al estado crónico, ó transmitiéndose á regiones limítrofes.

DIAGNÓSTICO.—Aunque en los cuadros finales hablaremos de esto, vamos á hacer algunas consideraciones.

Aseguraremos que existe una bronquitis aguda, si le acompaña el estertor subcrepitante en la base de los pulmones, el dolor detrás del esternon, y hay expectoracion mucosa, haya ó no fiebre.

En ocasiones, el ronquido lo hallamos más pronunciado en el ápice que en la base de los pulmones; es probable que entónces sea sintomático de tubérculos en el pulmón. Si tan sólo se nota en un lado, podemos creer en la existencia de una pneumonía; la bronconeumonía infantil suele producirlo, y no olvidemos que su existencia puede ser el anuncio de una dilatacion bronquial.

El estertor sibilante no caracteriza por sí solo la bronquitis intensa; en muchos casos una hiperemia, y en los más una congestión pulmonar pueden presentarlo.

La tos, disnea, expectoración y dolor del pecho, tienen gran valor diagnóstico en la bronquitis, cuando coinciden con el estertor subcrepitante.

Sospecharémos que existe una traqueo-bronquitis, si aunque falten en la base posterior de los pulmones los ronquidos húmedos, hay tos más ó menos pertinaz, y dolor con titilación al nivel de la parte superior del esternon.

PRONÓSTICO.—Como no sea de forma intensa ó tenga alguna complicación, no debe darse á la bronquitis aguda un pronóstico reservado.

TRATAMIENTO.—No hablaremos nada, sino después de decir dos palabras de la bronquitis capilar.

### Bronquitis de los finos bronquios.

SINONIMIA.—Bronquitis capilar; catarro sofocante; bronquitis infantum.

DEFINICION.—Es la inflamación de estos bronquios, que puede presentarse, ya á expensas de una causa que obra directamente flogoseando la mucosa bronquial, ya á expensas de un estado general, de un estado morboso preexistente.

Respecto á lo primero, nos referimos á lo expuesto en la etiología de la bronquitis de los gruesos troncos, teniendo que añadir que en los niños se presenta con más predilección que en los adultos; y respecto á lo segundo, puede la inflamación presentarse por transmitirse de un órgano inflamado, bronquios gruesos, pulmon, pléura; por responder á la retropulsión de un

exantema, sarampion, escarlatina, viruela; por ser causada por un éxtasis sanguíneo, afecciones del corazon y de los grandes vasos; finalmente, por formar parte de un cuadro de síntomas discrásicos, albuminuria, fiebre tifoidea, difteria, etc.

SÍNTOMAS.—Pudiendo tener tantas fisonomías la bronquitis capilar, sólo apuntamos en esta parte los fenómenos que le son propios.

Para estudiarlos convenientemente, dividámoslos en generales y locales.

Los generales tienen dos períodos: uno de exaltacion, inflamatorio, caracterizado por fenómenos flogísticos y fiebre alta; y otro de sedacion, revestido de los fenómenos que acompañan á la intoxicacion por el ácido carbónico.

Los locales, hay que estudiarlos ordenadamente del siguiente modo:

Se presenta disnea acompañada de dolor más ó menos gravativo en la region afecta; esta disnea se caracteriza por ser superficial.

Por la percusion podemos apreciar dos fenómenos: 1.º Si la obstruccion de los pequeños bronquios ha sido de un modo rápido, dejando aire encerrado en la parte más allá del obstáculo, se nos presentará un sonido timpánico muy marcado. 2.º Si la obstruccion se ha hecho de un modo lento, y el aire de las celdillas pneumónicas ha salido al exterior, no penetrando otro nuevo, el sonido es mate.

Por la auscultacion, apreciamos un estertor subcrepitante de pequeñas burbujas, seguido del sibilante característico de dicha afeccion.

Tanto los fenómenos locales como los generales, van poco á poco acompañándose de los propios de la anoxemia, sucumbiendo el enfermo en la mayoría de casos, sobre todo si es de corta edad.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Continuo, con exacerbaciones y remisiones, teniendo de uno á dos setenarios su duracion, y terminando casi siempre por la muerte.

DIAGNÓSTICO.—Lo referimos á los cuadros generales.

PRONÓSTICO.—Reservado.

TRATAMIENTO.—Segun hemos visto por la division hecha anteriormente, tiene éste que serlo á su vez en tratamiento de los gruesos bronquios y de los finos.

El primero, para más claridad, subdividámoslo en general y local.

El general, cuando no es sintomático, es decir cuando afecta una forma leve, no exige una gran medicacion; pero cuando su forma es intensa, por el contrario, nos apresuraremos á administrar los diaforéticos, que siempre serán los primeros en prescribirse: á éstos se une el abrigo, las tisanas pectorales, alimentacion conveniente, y todos los preceptos que hemos repetido en las formas intensas de inflamaciones de órganos importantes.

Podemos unir á estos medios, las pastas pectorales, los balsámicos, los narcóticos, los eméticos, etc.; y si hay fiebre que despierte algun síntoma violento, debe ser combatida.

Como remedios locales, figuran en primera línea los revulsivos cutáneos, colocados á todo lo largo del tubo bronquial lesionado; de éstos haremos uso en tiras, de la forma y magnitud conveniente, del esparadrapo de Tapsia; pomadas irritantes, aceite de croton tíglio, y otros rubefacientes.

Sobre la mucosa misma, usaremos los balsámicos en pulverizaciones, prescritos de igual modo que en las laringitis.

Respecto á la medicacion á que deben sujetarse los

enfermos de bronquitis capilar, tenemos que llenar las mismas indicaciones, tanto generales, como locales; pero con más circunspeccion, pues como hemos visto, su pronóstico no es tan lisonjero.

Como tratamiento general, daremos lo mismo que en el caso anterior, los diaforéticos, como polvos de Dower, tisanas calientes de salvia, luisa, manzanilla, flores de borraja, pétalos de amapolas y otras, ya sólas, ya con la adición de los polvos antedichos, ó con algunas gotas de espíritu de Minderero; los baños de vapor pueden igualmente emplearse, con el objeto de llenar esta indicacion.

Los eméticos tienen por regla general que ocupar un papel importante en esta forma, y mucho más cuando se presenta en los niños de corta edad; úsase á igual dosis y del mismo modo que en las laringitis; deben ser administrados en un período oportuno, pues su objeto es evitar al paciente la asfixia, librándolo de la obstruccion que produce la hipersecrecion de la membrana mucosa inflamada.

Combátanse tambien los fenómenos de tos, disnea, dolor, etc., como queda dicho.

Entre los medios locales, deberemos, en los casos leves, usar el mismo tratamiento revulsivo que colocamos en párrafo anterior; pero por regla general hay que recurrir desde luego, cuando su forma es intensa, á grandes y extensos vejigatorios, ventosas volantes, etc.

Esto es lo que interesa hacer cuando las bronquitis no son sintomáticas; pero cuando lo son, averiguemos en primer lugar cuál es la enfermedad que le ha precedido, y combátase cual corresponde; no abandonando en ningun caso el estado general de los atacados, y con mucha más precaucion á los niños, usando los tónicos, ya reconstituyentes, ya neurosténicos, y

cuantos medios tiendan á reparar las grandes pérdidas que sobrevienen.

### Bronquitis crónica.

SINONIMIA.—Catarro de los antiguos; pituitoso, seco, mucoso.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Esta enfermedad consiste en la inflamacion de la mucosa bronquial, la que puede aparecer de repente, ó precedida de la bronquitis aguda.

Es propia de la ancianidad y más frecuente en los individuos linfáticos, débiles, ó que habitan sitios húmedos; en los niños se desenvuelve á consecuencia de la coqueluche.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las veces que esta afeccion termina por la muerte, permite que observemos en el cadáver, á más de los fenómenos producidos por la intoxicacion de ácido carbónico, cosa muy frecuente, engrosamiento de la mucosa bronquial é induracion de la misma, focos de reblandecimiento, y caida del epitelium en algunas porciones.

Se encuentran depositadas sobre dicha membrana mucosidades abundantes de carácter viscoso, y ricas casi siempre en glóbulos purulentos: asimismo se nos pueden presentar dilataciones bronquiales; esto es, bronquiectasias, como tambien alteraciones pneumónicas, enfisema, puntos congestivos, porciones hepaticizadas en dicho órgano y hasta fusiones purulentas.

SÍNTOMAS.—La tos y la expectoracion son los síntomas más culminantes de este padecimiento. La primera llega á ser habitual; y la segunda, que tambien lo es, presenta diverso carácter, en lo que se han fundado los autores para darle distinta denominacion. Unas veces

es fluida, abundante y transparente (catarro pituitoso); otras es espesa, opaca, con coloracion amarillo-verdosa (catarro mucoso); algunas veces semi-transparente, poco abundante y perlada (catarro seco).

A la tos y la expectoracion acompaña un ruido subcrepitante, que por la auscultacion se percibe más especialmente en la parte posterior.

No suele presentarse fiebre, á no ser que la enfermedad sufra alguna complicacion ó se exacerbe.

La tos y la expectoracion persisten mucho tiempo, sin alterar en gran manera la salud; pero hay casos en que las fuerzas se abaten, la demacracion sobreviene y se presenta la fiebre héctica, sucumbiendo los pacientes en completo marasmo; otras veces, y son las más, la disnea aumenta con los progresos de la edad; hay poca accion para arrojar las mucosidades, éstas obstruyen los bronquios, y sobreviene una asfixia lenta que hace sucumbir á los enfermos.

Por lo demás, es afeccion que no ofrece gravedad, sino cuando coincide con alguna lesion del corazon ó con el enfisema pulmonar.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso es continuo, pero remite en el verano; su duracion no puede limitarse, pues á veces es de unos dos á tres años, y aún más; la terminacion es dudosa, depende de circunstancias diversas.

PRONÓSTICO.—Reservado.

DIAGNÓSTICO.—Véase el lugar que le señalamos al final.

TRATAMIENTO.—En los medios higiénicos están recursos poderosos para contrarestar esta afeccion, usando los enfermos una alimentacion reparadora, evitando los enfriamientos, y cubriéndose de franela el pecho, etcétera.

Como medios farmacéuticos, cuando la expectoración sea difícil, sigamos el consejo de Laennec, administrando los vomitivos y expectorantes; si son fuertes los accesos de tos se combaten con el ópio, sus preparados y las tisanas pectorales; como tambien los balsámicos, agua de brea, de trementina, los bálsamos del Perú, tolú y copaiya; balsámicos para cuya administracion se prefiere el uso de inhalaciones.

Además de éstos, se prescriben muchas veces las aguas sulfurosas.

No descuidarémolos la medicacion externa, aconsejando fricciones secas y aromáticas; la aplicacion de emplastos estimulantes y vejigatorios en el pecho, con todo lo que, obtendremos favorables resultados.

### Bronquitis pseudo-membranosa.

Esta variedad es la que conocen los autores con el nombre de bronquitis croupal, croup bronquial.

No es otra cosa más que la inflamacion de los bronquios, caracterizada por la formacion de falsas membranas en la superficie de los mismos.

Casi siempre es debida á la propagacion de la laringitis y traqueitis pseudo-membranosa; pocas veces se presenta como enfermedad aislada, pero cuando lo es, da lugar al croup ascendente en la mayoría de casos.

Se observan en ella todas las lesiones anátomo-patológicas que dejamos descritas en la laringitis de igual índole.

Sus primeros síntomas son: los de un catarro, y luego gran dificultad para respirar; tos, dolor vivo y opresion detrás de la parte superior del esternon.

Por la auscultacion se nota estertor sonoro, ó un rui-

do de válvula, que lo produce algun colgajo de falsa membrana; pero la expectoracion nos facilita el signo patognomónico; fibras blanquizas abarquilladas con ramificaciones elásticas, y peso análogo á las membranas del croup: no hay alteracion de la voz; si existe fiebre es de poca violencia.

La forma crónica presenta síntomas ménos intensos; hay largos accesos, en los que se expulsan falsas membranas, coincidiendo con un alivio notable.

No deja de ser en esta afeccion el pronóstico grave, sobre todo en la primera edad, y cuando complica á otros estados morbosos.

Como tratamiento, podrá estar indicada alguna aplicacion de sanguijuelas, ó tal vez una corta sangría; pero seamos muy prudentes en aconsejar ambos medios. En los enfermos delicados más conviene el uso de los eméticos, y pueden prescribirse los calomelanos á dosis pequeñas y repetidas; las pociones excitantes, los expectorantes y ligeros revulsivos, serán la base de la medicacion.

## CAPÍTULO XIV.

### Broncorrea.

SINONIMIA.—Flegmorrhagia; catarro pituitoso; flujo bronquial.

Esta afeccion es considerada por unos prácticos como una verdadera bronquitis; otros dicen que es una simple irritacion secretoria, con abundancia de moco bronquial.

Este es incoloro, viscoso, trasparente, más ó ménos

mezclado con aire, análogo á la albumina cuando se dilata en agua.

En esta enfermedad hay tos, sin ser una manifestacion notable; no hay movimiento febril, ni existe un trabajo inflamatorio apreciable; pero puede sin embargo ocasionar la demacracion: los autores admiten una forma aguda y otra crónica.

*Forma aguda:* Podemos considerarla como una bronquitis, en la que de repente se presenta una disnea considerable, que la motiva una secrecion brusca y abundante de mucosidades filamentosas y espumosas, arrojadas por vómitos, más bien que por expectoracion. La tos se hace entónces frecuente, corta, poco sonora y fatigada; la disnea llega á un alto grado de violencia; experimentan los enfermos angustias horribles; se congestiona la cara; las venas del cuello se inyectan; se presentan mareos, vértigos, frialdad de extremidades, etc.

Este cuadro alarmante, que constituye lo que muchos llaman catarro sofocante, alguna vez ocasiona la muerte.

Por la percusion sólo obtenemos signos negativos; el pecho está sonoro.

La auscultacion nos manifiesta signos más exactos: oigamos á Laennec sobre este particular. «El ruido respiratorio es más débil en los accesos de tos que en sus intervalos; le acompaña, como tambien á la tos, un estertor sonoro grave ó sibilante que imita el canto de los pájaros, el sonido de una cuerda de violoncelo, ó el arrullo de la tórtola. Suele alternar con el anterior el estertor mucoso.»

*Forma crónica:* Esta es la que principalmente se designa con el nombre de catarro pituitoso.

Se presenta en las personas débiles, linfáticas y en los viejos.

Veamos como caracteriza el práctico de los Hospitales, Andral, en su Clínica médica, esta afeccion.

«Ciertas bronquitis crónicas son notables, por la gran abundancia de la secrecion bronquial. Esta secrecion excesiva, es en muchos casos la causa del aniquilamiento y de la muerte de los enfermos. Tales flujos mucosos, serosos ó purulentos, son el principal elemento de la enfermedad.»

Esta afeccion es más comun que la aguda, rara vez acomete de pronto, casi siempre es consecuencia de bronquitis aguda ó de catarros crónicos.

Lo ordinario es que se observen dos accesos al dia, por mañana y noche, con disnea y sofocacion: los enfermos palidecen y enflaquecen, sobre todo cuando produce esta entidad patológica el asma: otras veces la vida es miserable, llegando algunas á ocasionar la muerte por sofocacion ó por asfixia.

Las causas de la broncorrea aguda y crónica son las propias de la bronquitis: su curso variable; larga su duracion y funesto su término; pues siempre ataca á los viejos y á los que padecen alguna otra afeccion del aparato respiratorio.

TRATAMIENTO.—Cuando se presente una broncorrea aguda en su más grave manifestacion, esto es, cuando se trate del catarro sofocante, los vomitivos están indicadísimos, sin dejar de ser convenientes los purgantes, expectorantes y balsámicos.

La broncorrea crónica, ó sea el verdadero catarro pituitoso, se combate por los mismos medios, cuando es muy fuerte; en los casos leves se usarán los amargos, los tónicos, los resinosos y balsámicos; los irritantes como tópicos, completan el cuadro terapéutico de esta afeccion.

## CAPÍTULO XV.

## Asma bronquial.

SINONIMIA.—Calambre de los bronquios.

DEFINICION.—Es una neurosis que está caracterizada por accesos disneicos, y por la convulsion de los músculos inspiradores y bronquiales.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Varias clases de asmas describen los autores, mucho ántes de haberse comprobado la existencia de músculos en los bronquios, y visto que á consecuencia de una irritacion del nervio vago y áun de la mucoca, éstos se contraian.

En este lugar vamos á describir la neurosis de la motilidad del nervio vago, que ocasiona la contraccion convulsiva de los músculos bronquiales, á consecuencia de lo cual se estrecha el calibre de los mismos.

El estudio de la etiología es muy obscuro; alguna vez el estado patológico de los centros nerviosos y tumores que puedan comprimir el nervio vago serán causa de esta enfermedad; y si bien el asma bronquial, acompañado de otras neurosis, complica ciertos estados patológicos, como afecciones crónicas del útero, constituyendo un asma histérico, otras veces idiopáticamente ataca á individuos que al parecer gozan la mejor salud; y no sólo reina la mayor obscuridad en las causas predisponentes, sino que lo mismo podemos decir de las determinantes; pues ya veremos aparecer los accesos por la inspiracion de polvos más ó ménos estimulantes; ya observaremos que individuos que jamás son acometidos de esta afeccion en su domicilio habitual,

lo son constantemente cuando mudan de localidad.

Entre las causas ocasionales, nos hablan los autores de las emociones morales, del abuso del coito, neumatos intestinal y otras, todas problemáticas.

**SÍNTOMAS.**—Como todas las neurosis, tiene el asma bronquial un curso típico, alternan los paroxismos con intervalos libres.

Si el acceso de asma ataca al enfermo cuando duerme, el sueño es agitado y le acompañan ensueños penosos; si está despierto, comprende la necesidad de hacer fuertes inspiraciones, pero nota que el aire no penetra en el pecho sino hasta cierto punto; hay entónces ruidos sibilantes y roncós; la opresión aumenta; las ventanas de la nariz se mueven con fuerza; la cabeza se lleva hácia atrás, buscando con los brazos puntos de apoyo; el rostro expresa la fatiga, pues los ojos están muy abiertos, la cara pálida, sudor frío en ella; los latidos del corazón son fuertes y desiguales; el pulso débil y pequeño; la temperatura difiere bastante de la normal por su descenso.

Pasado un tiempo más ó ménos largo, el acceso cesa unas veces de repente, el aire se precipita con violencia en los bronquios y alveolos, y se percibe una respiración pueril; pero otras cesa lentamente por eructos, bostezos, suspiros, y áun por una hipersecreción de la mucosa bronquial.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—Como hemos dejado expuesto, aparece por accesos, siendo por lo tanto su curso intermitente; la duración de los accesos varía entre dos ó tres horas, á uno ó dos días; la terminación es brusca ó gradual.

**DIAGNÓSTICO.**—Léanse los cuadros al final.

**PRONÓSTICO.**—Reservado; pues si bien en un principio, cuando la enfermedad no ha dado lugar á compli-

caciones, puede ser lisonjero, esto no es tan frecuente como pudiera desearse.

TRATAMIENTO.—La medicacion causal es dificil de cumplir, porque en la inmensa mayoría de casos ignoramos el motivo de la enfermedad.

La indicacion morbosa reclama dos clases de auxilios: una que abrevie y modere los accesos; otra que sea capaz de evitar la repeticion de ellos.

El primer objeto se cumple desembarazando á los pacientes de toda pieza de vestir que pueda oprimirle; colocar á éstos donde se respire un aire puro, seco y caliente; y el medio más higiénico y eficaz consiste, siempre que sea posible, en la respiracion de aire comprimido.

Entre las prescripciones medicinales de más eficacia, tenemos los narcóticos, administrando de ellos el ópio y sus anexos; si son insuficientes, las inyecciones de una disolucion de atropina.

Escaso resultado dan los cigarrillos de extramonio, las fumigaciones con las hojas de dicha planta, la administracion de la tintura de lobelia, y aún las inhalaciones de cloroformo; pudiendo decir otro tanto de los cigarrillos de papel nitrado, pues los asmáticos soportan mal el humo que exhalan. Pueden hallarse buenos efectos, en los casos más graves, con la administracion de un vomitivo.

Si el acceso se hace largo y pesado, es útil la administracion del tártaro emético, y mejor de la ipecacuana, á corta dosis, con el objeto de producir simplemente náuseas.

Combínense con los medios internos los revulsivos cutáneos, como fricciones, sinapismos, pediluvios, maniluvios, etc.

Para precaver los accesos, evítese todo lo que segun

los enfermos haya motivado los ataques anteriores, aconséjese á éstos respirar siempre aire seco y puro; que eviten el humo, el polvo, toda clase de excesos, y que procuren no dormir largo tiempo.

Entre los medicamentos, recomendamos el uso del sulfato de quinina, cuyo buen efecto es seguro cuando el intervalo de los accesos es corto, no estando reconocida su eficacia cuando media mucho tiempo entre ellos y son irregulares.

El bromuro de potasio, á la dosis ya mencionada varias veces en otros capítulos, goza de una justa reputacion entre los moderadores reflejos.

## CAPÍTULO XVI.

### Coqueluche.

SINONIMIA.—Tos convulsiva; tos ferina.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Esta enfermedad, propia de los niños, es de naturaleza desconocida; pues para la inmensa mayoría de Médicos es una neurosis del neumogástrico, ó al ménos creen que en el curso de la enfermedad la neurosis del nervio vago se une al catarro de los conductos aéreos.

No son pocos los que la consideran como enfermedad específica, y otros no miran en ella más que una inflamacion de los ventrículos de la laringe.

Niemeyer opina que es un catarro de la mucosa respiratoria, distinto de las demás afecciones catarrales, no sólo por su origen, sino por los accesos de tos convulsiva, debidos á una hiperestesia particular de los conductos aéreos.

Es difícil conciliar que esta enfermedad sea un catarro, por más que exista un estado hiperestésico particular en los conductos aéreos, con la naturaleza contagiosa de la misma; parece juicioso creer que la coqueluche depende de causa morbífica desconocida, pero específica; que tiene carácter epidémico y contagioso, y que si bien su manifestacion es en las vias aéreas, no debémos desechar la idea de que el carácter espasmódico de los accesos de tos y los intervalos perfectamente libres que la enfermedad deja, nos recuerde el curso típico de la mayor parte de las neurosis, y por lo tanto, difícil es penetrar en el secreto de las condiciones etiológicas de esta insidiosa afeccion, conviniendo en que se necesitan nuevos estudios que precisen su naturaleza y concilien las distintas opiniones sostenidas por los más célebres prácticos; pues aventurado es, sin negar los hechos más evidentes, dejar de admitir que la coqueluche sea una neurosis.

**SÍNTOMAS.** — Los autores admiten tres períodos en esta enfermedad: el catarral, el convulsivo y el de declinacion; algunos hay que no admiten más que los dos primeros.

*Primer periodo:* Manifiéstanse los síntomas de un simple catarro, con fenómenos análogos á los de la invasion de una fiebre eruptiva, la tos es seca, poco frecuente, pero la voz es ronca; la fiebre existe unas veces, y otras falta del todo; la duracion de este período es de siete á veinte dias por lo comun.

*Segundo periodo:* Los paroxismos empiezan con un ruido prolongado, sibilante, producido por el aire que difícilmente atraviesa la glótis estrechada; tos corta y seca, siendo seguido este acceso de una inspiracion prolongada y sonora; estas sacudidas se repiten sin interrupcion, hasta que la secrecion viscosa es expelida,

otras veces extraída ó arrojada por vómito, al mismo tiempo que lo es el alimento contenido en el estómago.

Estos ataques, que si bien pueden durar ménos de un minuto, se prolongan hasta un cuarto de hora, se anuncian por cosquilleo en la garganta, y entónces con angustia se agarran los niños á su madre ó á cualquier objeto próximo, y si bien despues de cada acceso quedan desfallecidos, pronto se reponen, juegan como si tal cosa, hasta que se anuncia otro.

Durante éstos, la cara se pone tumefacta; el color rojo y áun violado; la cabeza se congestiona; suele haber hemorragias por la nariz, las conjuntivas, los oidos y la boca; los esfuerzos de la tos ocasionan vómitos de mucosidades ó de alimentos; las orinas y las materias fecales se expelen involuntariamente; la cabeza y el cuello se cubren de sudor frio; las arterias laten con fuerza, y una expectoracion abundante de moco filamentososo más ó ménos espeso termina el acceso, durante el cual, por la auscultacion, no se observa la respiracion vesicular, pero en los intervalos se perciben roncidos sonoros ó mucosos, y por la percusion sonoridad timpánica del pecho; su duracion es muy variable, si bien este período en ocasiones sólo es de tres á cuatro setenarios, suele prolongarse hasta igual número de meses.

*Tercer período:* Conócese por la disminucion notable de los síntomas, sobre todo de la tos, y por la mayor distancia que hay entre los accesos. La tos toma el carácter catarral como al principio; la secrecion catarral tambien pierde su transparencia y viscosidad, adquiere opacidad, color amarillento y liquidez; el niño vuelve á su animacion, pero delicado y propenso á recaidas. Durante los intervalos, ningun signo patognómico se presenta; la percusion es normal, y por la

auscultacion no hallamos más que los síntomas de un catarro. La duracion de este período es de diez á veinte dias.

DIAGNÓSTICO.—Al final de esta seccion tiene un lugar el del afecto que nos viene ocupando.

PRONÓSTICO.—En esta enfermedad siempre debe ser reservado; pues en ciertos casos presenta esta afeccion una gravedad manifiesta, por más que la terminacion sea favorable, á ménos que sobrevenga alguna complicacion.

La coqueluche es más grave cuanto ménos edad tenga el enfermo, y las complicaciones rápidamente mortales, entre otras se presentan las bronquitis, la broncopneumonía y la asfixia.

La reserva en el pronóstico de esta enfermedad debe tenerse hasta su término, pues entónces suelen venir complicaciones que comprometen la vida.

Son numerosas las que se presentan en esta afeccion; la congestion pulmonar, la bronquitis y la broncopneumonía, no sólo son las más frecuentes, sino quizás las más graves. La tuberculizacion, la glicosuria, el enfisema, y áun las hemorragias, pueden tambien manifestarse, como asimismo, durante el acceso, la asfixia, hérnias y relajacion del recto.

TRATAMIENTO.—El profiláctico es de importancia, pues reinando esta enfermedad por lo comun epidémicamente, y trasmitiéndose por contagio, lo primero será alejar á los niños de los sitios donde se padece; por eso el cambio de localidad produce buen resultado, por sustraerse los enfermos del influjo de la causa morbífica; es tambien precepto de interés en la profilaxis el precaverse lo posible de los catarros, y el atender á éstos con todo esmero si llegan á presentarse; y no siéndonos posible cumplir la indicacion causal, ni alejar

ó neutralizar la causa específica que motiva la afección, combatamos los catarros en su principio, pues son los que conducen á tan tenaz enfermedad.

El tratamiento que se pone en práctica para llenar la indicacion morbosa, es análogo al que se recomienda para el catarro bronquial y laríngeo, siempre que no sea epidémico.

Consideramos eficaz un plan diaforético bien dirigido, y debemos atender á indicaciones sintomáticas, con objeto no sólo de abreviar la duracion de los accesos, sino tambien con la de disminuir el número de los mismos.

Los carbonatos sódico y potásico, por la propiedad que tienen de disminuir la viscosidad de las mucosidades, son útiles, pues de ese modo se separan con más facilidad y son ménos molestos los accesos: tambien los narcóticos son eficaces dando preferencia á la belladona.

Segun las últimas experiencias, el medicamento que parece da mejores resultados es el sulfato quínico, administrado á alta dosis y con constancia. Su modo de obrar, aunque no está suficientemente demostrado, debe ser por un lado como neuro-muscular, dando por otro mayor tono al organismo, por privar de vida, como se sabe, á los leucocitos.

Cuando se acumule crecida cantidad del producto segregado en los bronquios, debemos acudir á los vomitivos, y ya en el tercer período podrán estar indicados los ferruginosos, si hay empobrecimiento de la sangre y demacracion general, unidos á una buena alimentacion, cuya base sea el vino, huevos, carne y leche.

---

## CAPÍTULO XVII.

**Hemotísis.**

SINONIMIA.—Pneumorragia; hemorragia pulmonar; expectoracion; vómito de sangre.

La hemotísis, cualquiera que sea su causa, exige un pronto y enérgico tratamiento; por esa razon en todos los tratados de Patología se le dedica un artículo especial, y si bien es cierto que en la inmensa mayoría de casos se presenta como síntoma de una afeccion más ó ménos grave, no por eso debemos olvidar que hay muchas especies de hemotísis que nos importa conocer.

Como acontece en todas las hemorragias, se ha admitido una hemotísis activa y pasiva, y tambien una esencial, y otra sintomática, division más aceptable y de mayor interés. La esencial rara vez se presenta, y no depende de lesion anatómica apreciable; la sintomática es frecuente y la origina la formacion de tubérculos pulmonares, una lesion del corazon ó de los grandes vasos. Los autores admiten otras muchas divisiones que no tienen importancia reconocida.

ETIOLOGÍA.—Entre las predisponentes, tengamos en cuenta que es patrimonio exclusivo de la juventud, y más frecuente de los 20 á los 25 años de edad, en que se manifiesta la tísis pulmonar.

La constitucion que predispone á esta hemorragia es la tísica; y si bien en todos tiempos se ha asegurado que se trasmite por herencia, semejante facultad debemos buscarla en la enfermedad que la produce, en la tísis.

La supresion de un flujo que fuera habitual no deja de provocar esta hemorragia muchas veces; tambien debemos considerar el influjo de ciertas estaciones, como la primavera, para producirla con preferencia.

Ciertas profesiones, como la de sastre, zapatero, etc., la presencia de una lesion de corazon, y los tubérculos en el pulmon, debe tenerse presente en esta clase de causas, y entre las ocasionales enumeraremos el ejercicio de la voz, golpes, heridas penetrantes de pecho, disminucion rápida de la presion atmosférica, las inspiraciones de vapores irritantes y otras secundarias.

SÍNTOMAS.—Alguna vez hay síntomas precursores; lo comun es que falten.

Cuando la hemotísis ha de ser abundante, si se presentan los síntomas precursores, consisten en escalofrios, alternativas de encendimiento y palidez del rostro; peso y dolor sordo en el pecho; aceleracion y plenitud del pulso; mas cuando ésta ha de ser de mediana intensidad, sólo se observa cierta alteracion en la respiracion, que se caracteriza por alguna disnea, tension y pesadez de pecho; pero como la hemotísis puede ser ligera, en este caso tan sólo la precede cosquilleo detrás del esternon ó en la tráquea, débil disnea, tos corta y seca, sabor dulzaino ó salado, y algun malestar.

Ya durante la hemorragia, sobrevienen otros síntomas que llaman nuestra atencion. Precédale ó no síntomas precursores, generalmente á consecuencia de un esfuerzo de tos se presenta la hemotísis, ofreciendo la sangre casi siempre el carácter de ser roja, espumosa y rutilante, arrojada con golpe de tos, y siendo en gran cantidad sale por boca y nariz ó bien por vómitos; cuando la cantidad es corta, se arroja por espuicion y se detiene en los bronquios, su color es negruzco.

Muy distinta es la cantidad de sangre que se expelle,

pues si bien unas veces sólo se presentan algunos espantos, hay ocasiones en que se arrojan varios cuartillos.

Si percutimos el pecho, hallamos sonoridad normal, alguna vez el sonido será circunscrito macizo, y entonces convendremos en la existencia de la apoplejía pulmonar.

Por la auscultacion, notamos estertores húmedos de grandes burbujas, diseminados en las divisiones de los bronquios, y cualquiera que sea la graduacion de la hemotisis, observamos cierta disnea, en relacion con la intensidad de la hemorragia.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—Son variables el curso y la duracion de las hemorragias pulmonares, pues en ocasiones cesa de pronto; otras paulatinamente al cabo de algunas horas, y no deja de haber casos en que cesa, para volver á presentarse con distinta intensidad.

La terminacion igualmente es diversa, contándose esta variacion desde la muerte en un acceso hasta la curacion, aunque en casos excepcionales.

**DIAGNÓSTICO.**—En los cuadros al final, ocupa su lugar esta entidad patológica.

**PRONÓSTICO.**—No es grave si es esencial, á ménos que sea tal la cantidad de sangre que obstruya los bronquios, llegando á impedir la entrada del aire, y por lo tanto sobrevenga la asfixia: cuando sea sintomática, y esto es lo más frecuente, el pronóstico es gravísimo; y si la hemorragia es abundante ó se repite con frecuencia, llega á ser mortal.

**TRATAMIENTO.**—La primera indicacion es tranquilizar el ánimo del enfermo, pues siempre se halla más ó ménos sobrexaltado, colocándolo en una temperatura fresca, y aconsejándole quietud y silencio. Se le prescribirán bebidas ácidas frias y dieta; si la hemotisis

es abundante, y el enfermo es robusto, se emplearán sangrías generales; si la hemorragia es supletoria de la menstruacion, se hará ésta del pie; si depende de alguna supresion habitual, aplíquense sanguijuelas en puntos determinados, y agréguese á estos medios pediluvios, sinapismos, etc.

Las compresas empapadas en agua fria ó helada, y que Niemeyer aconseja se pongan al pecho, tienen por regla general más inconvenientes que ventajas.

No olvidaremos que una de las más importantes indicaciones es moderar los accesos de tos, y á ser posible impedirlos: por lo tanto, los jarabes y píldoras opiadas tienen útil aplicacion, como tambien la administracion de la digital, asociada al centeno corniculado y al ópio.

Si con estos medios no se consigue el efecto, podemos acudir á los más activos astringentes, dando la preferencia á la ergotina, ratania, tanino, y goma quino; como asimismo á las inhalaciones de una solucion de percloruro férrico, medicacion cuya eficacia necesita aún sancionar más la experiencia.

## CAPÍTULO XVIII.

### Edema del pulmon.

SINONIMIA.—Hiperemia pulmonar; hipóstasis del pulmon.

DEFINICION.—Esta enfermedad consiste en la infiltracion de serosidad en el tejido del pulmon, segun Laennec, y el celular que separa las vesículas aéreas, segun Andral, motivando esa infiltracion que el pulmon sea mucho ménos permeable al aire.

La hiperemia del pulmon puede considerarse activa y pasiva, como sucede en las de otros órganos; pero es apropiada la denominacion de fluxion, que Virchow da á las activas, reservando el nombre de estancaciones sanguíneas para las pasivas.

Es raro que el edema del pulmon constituya por sí sólo una enfermedad; sin embargo, cuando eso acontece, se llama el edema primitivo ó idiopático, y cuando sobreviene como consecuencia de una afeccion del corazon, pulmon ó algun órgano, entónces se le llama secundario ó consecutivo, lo cual acontece en la mayoría de casos; y si alguna vez su curso es rápido (edema agudo), lo frecuente es que afecte la forma crónica.

ETIOLOGÍA. — Si bien suele padecerse esta enfermedad en la vejez y en las convalecencias de ciertas afecciones, tanto más si las personas se encuentran en extremo debilitadas, es necesario convenir que el edema del pulmon se presenta como complicacion última de determinadas afecciones que empobrecen la economía: tambien se observa bajo el influjo de todas aquellas causas que producen la anasarca, por cuya razon coincide con una hidropesía general en gran número de casos.

SÍNTOMAS. — La disnea es constante, pero más considerable cuando hay estancacion sanguínea, que no cuando se presenta sólo la fluxion, tos poco frecuente, expectoracion casi acuosa, abundante; alguna vez no hay esputos, y cuando se observan ya son acuosos, ya formados por moco, semejantes á la clara de huevo disuelta en agua; contienen gran cantidad de burbujas de aire, y se adhieren á la vasija.

Por la percusion, observamos un sonido obscuro en las partes declives del pulmon; y á pesar de los grandes esfuerzos que los enfermos hacen para respirar, hay disminucion notable del ruido respiratorio.

Por la auscultacion, estertor subcrepitante de anchas burbujas y húmedas: no hay fiebre.

Fournet en sus recuerdos clínicos sobre la auscultacion, describe magistralmente el estertor del edema pulmonar, y siendo equívocos los síntomas de esta afeccion, consideramos de mucha importancia el estudio de la auscultacion en ella, para más seguridad del diagnóstico, por lo cual hacemos estas reflexiones de acuerdo con las de tan distinguido práctico. El estertor que se presenta en el edema pulmonar es húmedo, vesicular y de burbujas finas, distintas y redondeadas; se suceden con regularidad, no siempre iguales entre sí, fáciles de desarrollar, poco numerosas, que dejan la sensacion de una humedad no viscosa y que se forman en la parte declive de los pulmones, coexistiendo tan sólo con la inspiracion. En este signo es en lo que principalmente debemos fijarnos, segun el referido autor, para apreciar bien el edema pulmonar.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso de esta afeccion es variable, pues Andral asegura hay un edema que invade de pronto con gran intensidad y produce la muerte; pero por lo comun, su marcha es lenta y su terminacion se subordina á la enfermedad, en cuyo curso se presenta.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico no es fácil; la pneumonía aguda y crónica, una simple hiperemia pulmonar y la bronquitis capilar, son afecciones que con el edema tienen muchos puntos de contacto, y no pocas veces se presenta en el curso de ellas: para más claridad, véanse los cuadros con que termina esta seccion.

PRONÓSTICO.—Es distinto, segun sea agudo el edema, ó afecte la forma más comun que es la crónica: en el primer caso mata y pronto; en el segundo es grave, pero está en relacion con la enfermedad primitiva.

TRATAMIENTO.—En el edema agudo, sangrías generales, revulsivos cutáneos, y provoquemos una exhalacion cutánea saludable en la mucosa de los intestinos, por medio de purgantes drásticos: á altas dosis puede administrarse el tártaro estibiado.

Pero en el crónico, es necesario supeditar la medicacion á la enfermedad principal, absteniéndonos siempre de las sangrías, y contando no sólo con la eficacia de los vejigatorios y purgantes, sino como medios capaces de activar la resolucion del edema, con los diuréticos y el tártaro emético, pues son los medios de más confianza, recomendando tambien algunos prácticos el acetato de plomo, sulfato de cobre é ipecacuana.

## CAPÍTULO XIX.

---

### Enfisema del pulmon.

Se caracteriza esta enfermedad, no sólo por la dilatacion de las vesículas pulmonares, sino tambien por el derrame de aire en el tejido intersticial y subpleurítico.

Laennec distingue con el nombre de enfisema vesicular á la dilatacion patológica de los alveolos pulmonares; dilatacion á veces tan considerable, que produce la rotura de alguna pared de las vesículas aéreas, formándose cavidades de más ó ménos extension; y llama enfisema interlobular á la infiltracion del aire en el tejido celular que rodea dichas células.

Nosotros creemos con Andral que, aunque haya esos dos estados patológicos, la enfermedad puede y debe describirse como una misma; en el enfisema vesicular de Laennec, el fluido gaseoso bien puede dilatar las

vesículas aéreas, pero no sale del sitio que ocupa fisiológicamente: no hay, pues, verdadero enfisema, sino cuando invade el tejido que rodea á las mismas vesículas: consideremos, pues, como distintos grados de una misma enfermedad esas alteraciones, y en una descripción abracemos las dos formas que estudia separadas Laennec, que las aprecia unidas Louis, y que igualmente las describe el práctico de los Hospitales.

Muy discordes están los autores para explicar el origen del enfisema del pulmon; así es que varias son las teorías de que se han valido para ello; pero debemos hacer notar que ninguna de ellas puede aplicarse á todas las formas de la afección indistintamente, sino cada una de las teorías á formas especiales.

Hay la teoría de la inspiración, en la que el enfisema se atribuye á la tensión exagerada de las vesículas, en las inspiraciones forzadas.

En la de la espiración, si bien se conoce por causa del enfisema la tensión prolongada de las paredes de las vesículas, pero es en la espiración cuando fuere sostenida y violenta.

Otra teoría consiste en hacer depender la enfermedad de cierta anomalía de la nutrición del tejido del pulmon, y en manera alguna de tensión en los alveolos en el acto respiratorio.

Y hay la de Freund, que atribuye el enfisema á una amplificación del tórax con rigidez en sus paredes, produciendo de un modo secundario la dilatación de las células del pulmon.

ETIOLOGÍA. — Muchos prácticos aseguran es enfermedad hereditaria, y la creen como la principal predisponente; así como la ocasional que ocupa el primer lugar es el catarro pulmonar seco ó pituitoso, en los ancianos predisponen la tos, como en los niños la coqueluche;

en los jóvenes los esfuerzos de la voz, de la inspiración, el tocar instrumentos de viento, que obligan á retener por mucho tiempo el aire inspirado, todo lo que hace disminuir la elasticidad de las vesículas, y favorece el trabajo de tuberculización pulmonar.

Bien pueden contarse entre las causas las afecciones crónicas del pulmón y su impermeabilidad; las flegmasias pleuríticas, que terminan por extensas adherencias de sus hojas; aquellas profesiones que obligan á grandes esfuerzos respiratorios, y no son pocos los casos en que sus causas no son apreciables.

SÍNTOMAS.—Enfermedad esencialmente crónica, unas veces se inicia desde la niñez, otras en época más avanzada; hay disnea, tos, palpitaciones, conformación viciosa del tórax y ruidos morbosos, que se aprecian por la auscultación y percusión; tales son los síntomas en que debemos fijarnos y detenidamente estudiar.

La disnea es síntoma constante; cada vez adquiere más intensidad; la hacen más notable los trabajos corporales y las emociones vivas; se exacerba por accesos que se manifiestan generalmente de noche, y alguna vez amenazan sofocar á los pacientes.

La tos es ménos constante que la disnea; sin embargo, es frecuente que esté ligada á una bronquitis concomitante de la enfermedad.

Las palpitaciones sólo aparecen en época avanzada del mal, y no es raro que de intermitentes pasen á continuas, y la hipertrofia del corazón complique la enfermedad pulmonar.

La conformación del tórax varía; unas veces se arquea la parte anterior, los dos lados del pecho se hacen prominentes ó uno sólo; otras veces se limita á un punto circunscrito, lo comun es á las regiones periclaviculares.

La percusion y la auscultacion nos da una exageracion en la intensidad del sonido; hay debilidad en el ruido respiratorio; la espiracion es prolongada; respiracion sibilante ó ronca; el ronquido subcrepitante es más pronunciado ó se limita á la base de los pulmones, y algun fenómeno estetoscópico de menor importancia.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Es crónico el curso de esta entidad morbosa, camina con lentitud, siendo por lo tanto su duracion larga, y sobreviniendo alguna vez la muerte por asfixia lenta; pero lo más comun es que una complicacion, principalmente orgánica del corazon, ó una enfermedad intercurrente aguda, ponga fin á los dias del paciente.

Son complicaciones frecuentes del enfisema, la congestion del pulmon, la bronquitis, la hipertrofia del corazon (cuando el padecimiento es antiguo), la pneumonía y el pneumotórax.

DIAGNÓSTICO.—En los cuadros finales.

PRONÓSTICO.—Siempre es grave; pues áun cuando puede vivirse largo tiempo con tal afeccion, la vida es molesta; y si sobreviene una complicacion por enfermedad cardiaca, entónces se abrevia prontamente.

TRATAMIENTO.—Es indudable que los vomitivos son eficaces cuando la expectoracion es difícil, y la secrecion mucosa bronquial abundante: no lo son tanto los tónicos, que se recomiendan con el objeto de poner más tenso el tejido relajado del pulmon, y más estrechos los alveolos pulmonares.

El catarro seco es, segun Niemeyer, la complicacion más temible del enfisema, y aconseja como los más útiles medios el abrigo con franela, revulsivos al pecho, y el uso de aguas alcalinas cloruradas.

La disnea, que es uno de los síntomas más molestos y constantes, es necesario combatirla con la quietud y

los pectorales, absteniéndose de alimentos flatulentos y comer de noche, siendo conveniente mantener libre el vientre por medio de laxantes.

Hay casos en que con toda precaucion debemos recomendar las sangrias, si encontramos extraordinaria disnea, cara lívida é inyectada, entorpecimiento en la circulacion y plenitud de pulso.

Es un medio muy difícil de emplear, y tambien costoso, pero eficaz, hacer respirar el aire comprimido.

Los balsámicos asociados á la belladona, tridax ú ópío, son útiles, como tambien la digital, si hay complicacion con enfermedad del corazon, y si hay hidropesía, este medicamento asociado á la escila. En los veranos, deben pasar temporadas en el campo, en sitios donde puedan respirar aire muy oxigenado.

## CAPÍTULO XX.

---

### Pneumonía.

SINONIMIA. — Inflammacion del pulmon; pulmonía.

Esta afeccion es una de las más graves y frecuentes del aparato respiratorio. En todo tiempo ha llamado la atencion de los prácticos; pero hasta los últimos años no ha sido estudiada con detenimiento y buen resultado. Nosotros haremos abstraccion de las distintas especies ó variedades que admiten y describen algunos autores, puesto que no tienen más valor que el que les da una importancia secundaria; pero sí admitirémos la inflamaçion aguda y crónica del pulmon; y si bien en esto seguimos á los autores, precisarémos aún más la descripcion de esas variedades, conformes con lo que últimamente

han escrito, respecto á esta enfermedad, prácticos de tanta valía como Niemeyer y Jaccoud. Hablarémos, pues, primero de la pneumonía que de ordinario tiene un curso agudo, esto es, de la crupal ó fibrinosa; de la catarral y despues de la intersticial, que consiste en la inflamacion de las paredes de las células pulmonares y el tejido conjuntivo que está entre los lóbulos, forma que casi siempre constituye una afeccion crónica.

### **Pneumonía aguda, crupal ó fibrinosa.**

DEFINICION.—Esta forma se caracteriza por depositarse en la superficie del pulmon una exudacion en que abunda la fibrina, que con facilidad se coagula, llegando á envolver las células epiteliales normales de los alveolos y células recién formadas; y en este caso, la pared alveolar puede reconstituirse íntegramente en cuanto se separa la exudacion.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Entre las causas predisponentes, hallamos todas las edades; si bien es más rara en la primera época de la vida, más frecuente es en los hombres; los que anteriormente padecieran esta afeccion están más dispuestos á contraerla; como tambien los achacosos ó convalecientes de enfermedades graves; se presenta como intercurrente en los que permanecen largo tiempo en los hospitales, y en todos aquellos que á consecuencia de padecimientos crónicos están extenuados, ó hay en los mismos pobreza de sangre.

Podemos convenir en que en el mayor número de casos nos son desconocidas las causas determinantes ú ocasionales de esta afeccion: unas veces el génio epidémico es inflamatorio, y al mismo tiempo de observarse afecciones de tal naturaleza, son numerosos los casos

que se presentan de pneumonía; parece que los inviernos crudos y largos, sobre todo si reina constantemente el viento Nordeste, son frecuentes éstas, como lo son más en las comarcas altas; el respirar aire muy frio ó muy cálido, la introduccion en las vias aéreas de cualquier sustancia irritante ó cuerpo extraño; las heridas del pecho, las contusiones con ó sin fracturas y otras circunstancias, son consideradas favorables para determinar la pneumonía; pero en verdad que no ha llegado á sancionar completamente la experiencia la certeza de ello.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las lesiones de pneumonía las funda Laennec en los caractéres exteriores del tejido, admitiendo el infarto, la hepatizacion roja y la gris. Nosotros las describimos en tres períodos, tomando por base de clasificacion, al ocuparnos de la anatomía patológica, la evolucion del exudado, dando lugar á que consideremos cuatro períodos: el de fluxion y exudacion; el de coagulacion; el de liquefaccion y eliminacion, y el de trasformacion purulenta: dicho se está que el tercer período es el que conduce á la curacion, esto es, á la restitucion del tejido, así como el cuarto á la supuracion del pulmon, y por consecuencia á la muerte.

En el período primero, ó sea en el de fluxion y exudacion, el color del pulmon es rojo, violado ó moreno; hay en él aumento de densidad, es ménos elástico, y por el corte hallaremos en las cavidades un líquido fibrinoso, que mezclado con la sangre tiene color variable, desde el amarillo al rojo subido. Si nos valemos del microscopio, observaremos que la aglomeracion de glóbulos sanguíneos ha producido distension en los vasos capilares y en el líquido, que es viscoso; y no sólo hallaremos los elementos de la sangre, sino célu-

las de epitelio, que se desprenden de las paredes de los alveolos.

En el período de coagulación, el exudado, aumentado considerablemente, arroja el aire y pierde el tejido su permeabilidad; viene la coagulación del líquido, y ocupa las cavidades lóbulo-alveolares; aumenta el volumen del tejido y su densidad se hace friable; pero el corte del instrumento es limpio, y de color rojo con puntos oscuros, debidos al pigmento: hay otros claros que corresponden á la sección de los vasos y bronquios: la superficie del corte es granulosa, porque los coágulos fibrinosos han sustituido á las cavidades alveolares; por lo demás, el aspecto del pulmón tiene analogía con el del hígado; de aquí el haber dado Laennec á este período el nombre de hepatización roja, y como quiera que algunas veces es friable y poco resistente, oportunamente el práctico de los hospitales le ha designado con el de reblandecimiento rojo. El microscopio nos servirá para apreciar la sustancia fibrino-albuminosa amorfa, con cantidad variable de glóbulos blancos y rojos. La formación de nuevas células y los leucocitos, no permiten que se restrinja la existencia del pus, el exudado le contiene, y bajo el punto de vista clínico, lo que interesa es la cantidad, no el que contenga algunos elementos purulentos.

Como dato práctico, debemos consignar que en las pneumonías secundarias, en los viejos y en los niños, se presenta el corte liso, no hay granulaciones y sí aumento de consistencia; esto se explica en los niños por el poco desarrollo de los alveolos, y porque siendo el exudado ménos abundante de fibrina, el coágulo que forma es ménos denso.

En el tercer período, que es el de liquefacción y de eliminación, nos encontramos con que un líquido se-

roso trasuda en los alveolos que lícua el exudado; la fibrina y las células se trasforman en grasa; la masa sólida se convierte en emulsion espesa, que una parte se reabsorbe, y la otra se expelle mediante la expectoracion con mucosidades procedentes de los bronquios. Este cambio permite la llegada del aire á los alveolos, la permeabilidad es completa, es reemplazado el epitelio destruido y el tejido recobra su integridad.

En el período último de trasformacion purulenta, lo que domina es la formacion celular y la regresion gradiente de la fibrina: se convierte el exudado en una masa purulenta de color gris amarillento; el tejido se hace friable; la más ligera presion lo dislacerá; por la compresion se ve salir á la superficie, donde se haga un corte, gran cantidad de pus espeso, gris, súcio; habiendo la particularidad de que el exudado en supuracion no altera los elementos que son propios del tejido del pulmon, pues éste permanece intacto ó al ménos como se encuentra en el período de coagulacion.

Hay casos en que las pneumonías terminan por abscesos, gangrena, estado crónico ó tuberculizacion.

El absceso puede ser único ó múltiple, de variable dimension, llena su cavidad de pus homogéneo ó mezclado con restos de tejido; unas veces se abre en los bronquios, constituyendo la vómica pulmonar; si se efectúa en la pléura, constituirá el pnoneumotórax, y otras queda una úlcera crónica en el pulmon, que conduce á la tísis. La gangrena, siempre terminacion más rara, comienza desde el segundo estadio; su forma es difusa, y es la expresion de un estado general, que domina la evolucion de la enfermedad. El estado crónico, se teme sobre todo en las pneumonías constitucionales, y en las que recaen en individuos débiles y escrofulosos. El destrozo producido en el pulmon se

actúa con más ó menos rapidez, y lo mismo en esta terminacion que en la de tubérculos, vemos los progresos del mal, conducir lentamente á la tisis á estos desgraciados.

SÍNTOMAS.—Marcándose muy claramente en esta enfermedad los tres períodos, de ascension, estado y terminacion, convenimos en que para la mejor inteligencia de afeccion tan frecuente como grave, debe hablarse de los síntomas en cada uno de dichos períodos. Conformes estamos con Jaccoud, en que éstos corresponden á las tres fases de la evolucion anatómica: el primero á la fluxion y exudacion; el segundo á la coagulacion, y el tercero á la eliminacion ó supuracion.

*Primer período, ascension (fluxion y exudacion):* Casi siempre se indica la pneumonía por un escalofrío más ó menos duradero, desde un cuarto de hora hasta dos y aún tres; en los niños suele reemplazarse éste por un ataque de convulsiones; la temperatura durante el frío aumenta considerablemente y despues, llegando á 39 y 40° centígrados; terminado el escalofrío, se observa rubicundez de mejillas, cefalalgia, alguna postracion dolorosa, molestia errática en la espalda y extremidades, pulso fuerte, lleno y frecuente, sed, pérdida de apetito, lengua con película blanco-amarillenta, y en ocasiones vómitos el primer día. Tales son los síntomas que se presentan en un principio; ninguno de ellos llama la atencion hácia el pecho; es un cuadro el que se ofrece idéntico al de la fiebre intermitente; pero el extraordinario aumento de temperatura de que hemos hecho mérito es lo significativo; y en seguida, esto es, al concluir el primer día ó en el comienzo del segundo, veremos aparecer el dolor de costado, la tos y la disnea, que son los tres síntomas que revelan la localizacion de esta enfermedad, en la parte de más

interés del aparato respiratorio. En los más de los casos, estos importantes síntomas se presentan después del escalofrío, y algunas veces se manifiestan al mismo tiempo.

El dolor es síntoma que sólo falta en algún caso excepcional; y esto acontece si se presenta esta afección en una persona débil, en un anciano, ó si se trata de una neumonía de vértice. Su duración es variable; pero sólo existe en los primeros días; su sitio de ordinario es el lado afecto, pero alguna vez ocupa distinto punto del pecho; lo exaspera la inspiración profunda, la espiración violenta, los movimientos, tos, presión, etc.; su carácter es gravativo.

La disnea se caracteriza por una respiración acelerada, breve é incompleta, dando lugar á que la palabra sea entrecortada. Está en relación con la intensidad de la fiebre; y si la dificultad de respirar es grande y penosa, observaremos la facies pneumónica, que se caracteriza por el encendimiento del rostro, su animación, dilatadas las ventanas de la nariz, como también elevadas sus alas, etc. Varias son las causas de la disnea; la congestión y exudación, el edema colateral, el dolor que obliga á que las inspiraciones sean superficiales, la alteración de la sangre por el aumento de fibrina, y la disminución consiguiente de los vehículos de oxígeno, podemos considerarlas como tales, más otras que están en segundo término.

La tos, al principio seca ó acompañada de mucosidades insignificantes, en el segundo ó tercer día se presenta con esputos patognomónicos, viscosos y adherentes, transparentes y aireados, con distintas coloraciones según la proporción de sangre que contiene el líquido fibrino-albuminoso: en ocasiones, son análogos á una solución gomosa, alguna vez azafrana-

dos, muy á menudo se parecen al jugo de regaliz, otras al de ciruelas, pudiendo tambien ser oscuros y fétidos. Esta distinta coloracion en el esputo puede apreciarse cuando la enfermedad progresa, pues en el primer período solo será estriado ó herrumbroso. En algunos casos puede faltar la expectoracion, y esto coincide en personas débiles, ó cuando se trata de una pneumonía de vértice.

A más de estos tres síntomas, que son de tanta importancia, tengamos en cuenta la fiebre, que aumenta el segundo y tercer dia: el ascenso del termómetro al máximum es uno de los caracteres principales en el primer período de la enfermedad. En el primer dia marcará el termómetro 39°, y aunque se note ligero descenso en la mañana del segundo, por la tarde asciende á 40 y aún 41°, notándose despues ligeras oscilaciones al rededor del máximum. Luego que la exudacion está terminada, la coagulacion empieza; ya estamos en el segundo período de la enfermedad.

Hay en esta afeccion algunos síntomas de importancia relativa. La cefalalgia se manifiesta desde el principio y persiste toda la enfermedad; hay insomnio ó sueño interrumpido por pesadillas; en algunos enfermos irritables, delirio, todo en relacion con la intensidad de la fiebre.

Aunque no haya complicacion gastro-intestinal, lo comun es que falte el apetito, que la lengua esté blanquecina con tendencia á researse, que haya sed y deposiciones secas y tardías. El hígado suele estar sensiblemente aumentado, y aún se presenta ligera ictericia, lo cual puede depender de la dificultad que encuentra la sangre á salir de dicho órgano, por la estancacion que experimenta.

El proceso pneumónico tambien ejerce su influencia

en la composición de la orina; la parte acuosa disminuye mientras dura la fiebre, porque está en aumento la perspiración insensible, y entonces están poco abundantes, tienen color y está elevado su peso específico: entre los elementos sólidos de ella, se aumenta considerablemente la urea.

La piel áspera y seca, se hace madorosa pasados los primeros días, y aún se cubre de abundante sudor, sin que coincida esto con notable alivio.

El pulso al principio ancho y lleno, se hace luego pequeño y contraído: su frecuencia varía de 90 á 130 pulsaciones.

A pesar de lo expuesto, en los signos físicos es donde encontramos datos de gran valor para el diagnóstico de esta enfermedad, y que los hay propios de cada período, por lo que debemos fijar en ello particularmente nuestra atención. Respecto á esto, téngase presente que si la lesión es central los signos son nulos; en cambio son característicos cuando invade la superficie. La palpación nos dará á conocer una exageración ligera de las vibraciones vocales. La percusión deja percibir debajo del dedo un acrecentamiento de la resistencia torácica, y obtenemos un sonido obscuro ó timpánico, pero nunca mate. Por la auscultación, en un principio hay debilidad del murmullo vesicular, luego el característico estertor crepitante; en los niños y viejos, más bien el subcrepitante fino.

*Segundo período, estado (coagulación):* La fiebre y temperatura persisten con ligeras variaciones; la tos y la expectoración continúan; el dolor cuando ménos ha disminuido, pues en muchos casos cesa. La disnea no es tan molesta, pues la fiebre no aumenta y los movimientos respiratorios son más libres; el pulso está frecuente, pero unas veces persiste fuerte y lleno, y otras

se empequeñece y contrae: esto puede depender ó de verdadera debilidad, en cuyo caso la auscultacion del corazon nos dará á conocer su escaso impulso y poca energía en los latidos, ó tal vez en una viciosa reparticion de la sangre en las dos mitades del corazon, y entónces puede ser fuerte la impulsión cardiaca, y el corazon izquierdo y las arterias llenarse relativamente poco de sangre, siendo la onda poco voluminosa y estando dificultada su progresion, por la mayor cantidad de sangre en el sistema venoso: tal cosa constituye ese estado que llamaban los antiguos de falsa debilidad, cuya comprobacion podemos hacer mediante la recur-rencia palmar.

En este período es cuando más se marcan los síntomas de ictericia y de alteracion en la orina, como igualmente el delirio, de los que hemos hecho mérito al reseñar el primero, porque á su final llegan á presentarse en gran número de casos. La duracion de este período de estado, es de tres á seis ó siete dias.

Los signos físicos nos dan á conocer que el aumento de vibraciones vocales llega al máximum; por la percusion se obtiene un sonido mate, y al mismo tiempo falta de elasticidad y resistencia marcada; por la auscultacion, hallamos la voz y la respiracion bronquial; el tejido que está impermeable no produce sonido por sí, así es que en vez del ruido respiratorio nos encontramos el soplo bronquial ó tubario, en vez del zumbido vocal suave, la broncofonía. En el principio de la coagulacion, frecuentemente se percibe una mezcla de soplo y de estertores crepitantes, y cuando la hepaticacion ha terminado sólo se observa el soplo; pero en la periferia de la zona mate puede percibirse el estertor crepitante ó subcrepitante, debido á la hiperemia y edema colateral.

*Tercer periodo, terminacion (eliminacion ó supuracion):*  
Cuando el resultado ha de ser favorable, el descenso de la fiebre ó defervescencia es el fenómeno primero que llega á presentarse, y éste se efectúa con rapidez, llegando la temperatura á hacerse normal ó más baja, en el plazo de treinta y seis ó de treinta y ocho horas ad summum. El momento en que esto se realiza es variable; unas veces está comprendido el principio de la crisis entre el tercero y el quinto día; en las más entre éste y el sétimo, en otros casos despues del sétimo, y no deja de ser bastante comun entre el sétimo y noveno.

Tres fenómenos de interés coinciden con el de que nos ocupamos; el exudado empieza á hacerse líquido, el enfermo no se adelgaza, la orina recobra sus fisiológicos caractéres, alguna vez ésta se vuelve albuminosa; suelen, en fin, manifestarse otros actos morbosos, como abundantes sudores, epistaxis, diarrea, etc.

Desde que comienza la defervescencia, el enfermo siente volver la salud; ya no acusa el dolor en el costado, ni tiene disnea; los fenómenos que más ó menos intensos se presentaron de éxtasis venoso desaparecieron, como que restablecida la permeabilidad del pulmon se quitó el obstáculo que lo produjera, hay sueño reparador, apetito, sólo acusa el enfermo tos; pero no importa, es un fenómeno saludable que favorece la eliminacion del exudado; la expectoracion es fácil y abundante; los esputos, en vez de presentarse sanguinolentos, tienen distinto matiz; el color es amarilloso y luego verdoso, perdiendo al cabo su viscosidad y transparencia; se hacen opacos, poco ó nada adherentes, y mezclados con mucosidades bronquiales de más ó ménos consistencia.

En los signos físicos, lo más notable es el estertor crepitante de retorno; él revela la vuelta de la per-

meabilidad del pulmon. Si la liquefaccion del exudado no se efectúa en todos los puntos á la vez, éste estertor coincide con el soplo y la broncofonía, y á medida que la liquefaccion se lleva á efecto, pierden los estertores el carácter crepitante, se hacen ménos numerosos y más gruesos, llegando á desaparecer y haciendo se marque el ruido normal respiratorio, cuya vuelta señala la completa reparacion del parénquima del pulmon. La exageracion de las vibraciones vocales y la matitez disminuyen, pero tarda en restituirse el sonido normal; si la pléura ha sido engrosada con falsas membranas, el sonido permanece obscuro, y entónces el ruido respiratorio y la resonancia de la voz darán á conocer en ese punto aspereza, y en ocasiones timbre sibilante.

Pero no siempre la terminacion es favorable, y en este caso tambien debemos conocer qué síntomas son los que nos anuncian la muerte.

Llega el tercer período, no se presenta indicio alguno de defervescencia, ó ésta es falsa; la disnea aumenta, el abatimiento conduce al estado adinámico, el semblante se pone lívido ó cianótico, la lengua seca y ennegrecida, las evacuaciones ventrales suelen ser involuntarias, hay sudores viscosos, el subdelirio precede al coma en ocasiones, y el pulso decae, se hace más frecuente, ménos perceptible, intermitente y aún desigual; entre tanto la expectoracion se suprime ó modifica; á la viscosidad sustituye la fluidez; los esputos se hacen serosos, tienen un tinte gris rojizo ó moreno, y la parte líquida suele estar cubierta de espuma blancosúcia.

Por los signos físicos, encontramos tambien datos de valor; alguna vez se observa el estertor crepitante de retorno, pero la muerte puede sobrevenir sin que se

perciba una sólo burbuja fina de estertor: los bronquiales son más gruesos cuando el colapso avanza, y en las últimas horas hay estertor traqueal, producido por la estancacion de líquidos.

El colapso es la causa más frecuente de la muerte; pero no es la única. La gran extension del mal, la fluxion, el edema colateral y el entorpecimiento cardiaco, pueden producir un estado asfético: los síntomas de colapso y de infeccion pútrida pueden ser precursores de la gangrena del pulmon: la formacion de un absceso, en muchos casos, ocasiona la muerte: con los esfuerzos para toser y aún para vomitar, se arroja una cantidad de pus flemonoso ó sanioso y fétido, dejando la vómica en pos de sí signos físicos muy marcados, como voz y soplo cavernoso, pectoriloquia y murmullo. Alguna vez sobreviene el estrechamiento cicatricial de la caverna, pero lo más comun es continúe la expectoracion purulenta y el marasmo; la fiebre héctica pone fin á la vida.

Otras veces pasa la enfermedad al estado crónico; ni se presenta defervescencia, ni crisis; la fiebre disminuye como la disnea, el enfermo se haya más aliviado, pero no se juzga curado; tose y la expectoracion es moco-purulenta; la nutricion es escasa; el individuo no recobra fuerzas, y son notables los progresos que hace el adelgazamiento.

Debemos hacer observar que la muerte puede ser efecto de alguna complicacion en el período agudo, y la pericarditis, endocarditis y la hepatitis parenquimatosa, son las más frecuentes afecciones que, complicando el triste estado de estos enfermos, ocasionan tan desastroso fin.

Por último, como enfermedad secundaria, encontramos la pneumonía en el curso del sarampion, fiebre tifoidea y tuberculosis pulmonar.

CURSO, DURACION Y TERMINACION. — Al finalizar la descripción de lo que concierne á la sintomatología, hemos hecho algunas reflexiones que corresponden á este particular, y por lo mismo nos limitamos á decir en este párrafo que el curso de la pneumonía aguda es continuo, apreciándose claramente los períodos que hemos admitido; su duracion general de uno á dos setenarios, aunque en ocasiones se prolongue más; termina por resolucion, supuracion, gangrena ó pasa al estado crónico. Cuando la terminacion es feliz, sólo recorre los dos primeros períodos, y anuncia el buen desenlace el carácter de los esputos, la vuelta del ex-tortor crepitante y la disminucion de tos, opresion y fiebre; y por el contrario, se podrá predecir fatal terminacion, si el semblante se descompone, la disnea aumenta, la expectoracion es difícil, el pulso se deprime y se hace irregular, con otras particularidades que consignadas quedan al hacer la descripción de la afec-cion que nos ocupa.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO. — Si bien la pneumonía, en el mayor número de casos, es fácil de conocer, pues además de los signos físicos, la disnea, tos, dolor y carácter de los esputos, con facilidad nos sacan de duda, hay ciertos casos en que la exploracion tiene que ser minuciosa para evitar un error diagnóstico: los niños no expectoran, no marcan el sitio del dolor, la disnea se atribuye á la fiebre alta, tienen poca tos, y el escalofrio de la invasion se sustituye algunas veces por convulsiones: en los viejos al principio tiene la pneumonía mucha semejanza con una fiebre tifoidea, por haber carencia de los síntomas más constantes de la enfermedad; en muchos casos téngase en cuenta, para no incurrir en error, que en la pneumonía no hay tumefaccion esplénica, ni manchas sonrosadas, ni

sensibilidad en la region íleo-cecal; en ambos casos, pues, debemos hacer un minucioso exámen; debemos explorar los signos físicos para asegurarnos en el diagnóstico.

Respecto al pronóstico, no olvidemos que la gravedad de él está siempre en relacion con la extension del proceso inflamatorio, por cuya razon la pneumonía más peligrosa es la doble. Si en el curso de la enfermedad la temperatura excediese de 41° centígrado, y el número de pulsaciones de 120, el resultado será dudoso.

Si la pneumonía se complica con la tuberculosis, con alguna afeccion del corazon ó con la enfermedad de Bright, hay motivos fundados para creer en una terminacion fatal.

Hay ciertos síntomas que tienen un valor pronóstico notable, entre otros la expectoracion; si falta desde el principio, mal signo; si son los esputos oscuros, color de ciruelas pasas, denotarán mala nutricion, fragilidad de los capilares del pulmon, estado caquético: si son muy abundantes, edematosos y líquidos, ofrecen mal agüero; si falta la expectoracion y hay grandes estertores, se anuncia un mal fin.

El delirio es otro síntoma digno de estudio: si se presenta en el principio no es de mal presagio; pero si acompaña á la extenuacion y á la adinamia, cuando ménos agrava el pronóstico.

Tambien puede éste fundarse en la terminacion de la enfermedad; si hay síntomas de infiltracion purulenta, el pronóstico es peor que cuando hay signos de reabsorcion en el período de hepaticacion; y cuando la afeccion termine por abscesos, infiltracion caseosa, ó por gangrena, el pronóstico llega á su mayor gravedad, pues casi siempre es mortal.

TRATAMIENTO.—Para combatir una enfermedad tan

frecuente como grave, necesario es no ser exclusivistas, único modo de que el resultado pueda ser liasonjero.

Recomendables los preceptos de Jaccoud y de Niemeyer, no podemos seguir ciegamente sus consejos; la pneumonía es enfermedad que se presenta en todas las edades, no respeta condicion, estacion ni clima, y esto hace que el tratamiento sea distinto, por más que nos sirva de guia la constitucion médica que reine; la constante observacion de todos los tiempos, el carácter de esta enfermedad, tipo de las inflamatorias, y la naturaleza eminentemente vascular del órgano que padece, son circunstancias del mayor interés, para que ajustemos nuestra conducta á cuanto exige el tratamiento de dicha afeccion.

El uso de las sangrías repetidas á ciertos intervalos es, como dice oportunamente Tardieu, el medio más heroico para triunfar de la pneumonía aguda; con ellas conseguiremos una franca y pronta resolucion en el primer setenario de la enfermedad. Y siempre que su uso sea convenientemente modificado, tiene justa aplicacion aún en las mujeres que se hallan en el embarazo, en los viejos y en los niños, que pasan de la primera infancia, con tal que tengamos en cuenta el estado anterior de los enfermos, la constitucion epidémica y la forma franca ó catarral de la afeccion.

Produciéndose la mayor parte de las pneumonías por causas telúricas desconocidas, claro es que la indicacion causal no puede satisfacerse sino rara vez; pero no acontece lo mismo con la indicacion morbosa, que exige un estudio detenido, para poderla llenar con el acierto que reclama enfermedad de tanta importancia.

Tanto Niemeyer como Jaccoud, dicen que no hay en esta enfermedad más que llenar indicaciones sintomá-

ticas, y éstas, si bien unas veces dependen de la intensidad de los fenómenos, otras son motivadas por condiciones individuales.

De cuantas reflexiones hacen respecto á la importancia de la sangría, en la enfermedad de que tratamos, deducen y la admiten cuando la temperatura excede de los 40° y la frecuencia del pulso es tal que marca 120 pulsaciones por minuto: cuando un edema colateral en las partes del pulmon que han sido respetadas por la pneumonía amenaza la existencia, y siempre que los síntomas de compresion cerebral produzcan estado comatoso, etc.: aceptables en verdad estos preceptos, no desvirtúan lo aconsejado anteriormente, por lo que hace al uso de la sangría.

Mucho encomia Niemeyer las aplicaciones frias para combatir esta afeccion, y se apoya en gran número de resultados favorables: nosotros aún no podemos hacer la recomendacion que de la aplicacion del frio hace el práctico de Tubinga; dudoso su éxito en los casos empleados, creemos es indispensable repetir este medio de tratamiento, y esperar los resultados que nos dé la experiencia.

En cambio sí recomendamos la eficacia de la digital: es un anti-febril que hace descender la temperatura, disminuye la frecuencia del pulso y no debilita el organismo como otros medios terapéuticos. La infusion de digital ó el extracto en pequeña dosis,  $\frac{1}{5}$  de grano asociado á los antimoniales bajo la forma pilular, para tomar de dos en dos horas próximamente, produce los mejores efectos.

El uso del tártaro emético ha caido algo en descrédito en los últimos tiempos; sin embargo, este medicamento, á la dosis de cinco ó seis granos en cuatro ó seis onzas de agua edulcorada con jarabe de ipecacua-

na, es un excelente medio para disminuir la actividad del corazón y la temperatura, viniendo á moderar la fiebre; pero sin tener una influencia directa en el desórden local de la nutrición del pulmón. Mas no olvidemos la acción hipostenizante del tártaro estibiado, que hace sea peligroso su uso cuando es duradero; también lo difícil que es establecer la tolerancia en ciertos sujetos, y para conseguirla, estando indicada su administración, asóciase al antimonial algún opio-dó; pero no debe prolongarse el uso de este medicamento ni tampoco el de la digital, por regla general más de 48 horas. Siempre que los enfermos sean de robustez mediana ó de constitución endeble, la medicación tónica es útil siga á la anti-pirética, pues este tratamiento mixto es el que da satisfactorios resultados, cuando no hay indicación especial que cumplir.

El sulfato quínico, la veratrina y las inhalaciones clorofórmicas, son recomendadas, sobre todo el primero de estos medicamentos; y en efecto, cuando el peligro dependa de la excesiva elevación de temperatura, seis ú ocho granos de sulfato de quinina, dos ó tres veces en el trascurso de algunas horas, produce favorable resultado, no siendo nunca tan eficaz el que obtenerse puede ni de la veratrina ni de la acción del cloroformo.

La administración del alcohol en el tratamiento de esta enfermedad nos debe ser conocida; muy recomendado está por Jaccoud, y comprendemos su eficacia por su manera de obrar, y de aquí que lo aceptemos como un medio al cual debemos recurrir en ciertos y determinados casos.

Siempre que aparezcan los primeros síntomas de adinamia, adminístrese el alcohol á dosis variables hasta la resolución; claro es que no hay momento fijo en que recomendar su aplicación, pero atendiendo á

las condiciones del enfermo, se usará desde el principio ó cuando los síntomas adinámicos se inicien.

Dice Jaccoud que su eficacia está bien probada para combatir el delirio, que considera como la expresion de un estímulo insuficiente en el cerebro; si se trata de formas violentas, agréguese al alcohol la tintura de Sydenham, así como debe tenerse presente que en las personas excitables, cuando no haya una lesion pulmonar extensa, el delirio no debe achacarse á una anemia cerebral, más bien existe una ataxia, y entónces el alcohol, á dosis cortas con almizcle, producirá buenos resultados.

Muy bien explica este autor la utilidad de la medicacion alcohólica, diciendo que la accion de esta sustancia determina descenso de la temperatura, da estímulo al sistema nervioso, y ofrece un elemento fácilmente combustible, que restringe la consuncion orgánica y se convierte en un agente de gasto.

No poseemos aún datos bastantes para declaramos decididamente partidarios de la medicacion alcohólica; pero la aceptamos y creemos de importancia su recomendacion, pues no han sido desfavorables los resultados que de ella hemos obtenido en la práctica; pero debemos consignar y llamar la atencion sobre los peligros de toda medicacion activa: estudiemos mucho los hábitos del enfermo, recordemos que las dosis crecidas de alcohol pueden producir un estímulo que en pos de sí traiga el estupor y el coma, y ajustemos nuestra conducta á observar los efectos, revistiéndonos de prudencia y circunspeccion para fijarnos como es debido en el resultado que llega á obtenerse de este tratamiento.

La fase de resolucion de la pneumonía muchas veces no exige indicacion particular, pero otras, bien sea por su mucha extension, ó por la debilidad del paciente, es

indispensable ayudar á la eliminacion por medio de vejigatorios y expectorantes. El óxido blanco de antimonio, el kermes, la gomo-resina de amoniaco, medicamentos que se asocian á un looc, pocion mucilaginoso ó demulcente y á la que en ciertos casos puede agregarse algun ligero calmante, como la cinoglosa, el tridacio, beleño, belladona, etc., producirán buen resultado, acompañando la revulsion exterior con vejigatorios volantes. Si la pneumonía condujese á los enfermos á un estado dispéptico ó anémico, terminemos el tratamiento con el uso de los amargos y ferruginosos.

Hagamos notar, por último, que los diaforéticos, revulsivos cutáneos y medicacion tónica, vienen á constituir el plan de las formas crónicas, así como medicaciones especiales, segun los casos que se presenten á nuestra consideracion; si se trata de la forma indurada en los individuos robustos, trátese de favorecer la reabsorcion del exudado, bien por los mercuriales ó por el yoduro potásico á alta dosis: en los escrofulosos, entáblese una medicacion conveniente, manteniendo en plena actividad las funciones de la piel; si se trata de la forma caseosa, preciso es fijarse ántes de todo en el estado constitucional, pues cuantos esfuerzos se hagan para observar y tratar esta afeccion, deben ser perseverantes, pues no sólo produce grandes sufrimientos, sino que tales enfermos corren el peligro de ser conducidos á la tísis pulmonar.

---

## CAPÍTULO XXI.

**Pneumonía catarral.**

SINONIMIA.—Bronconeumonía.

No se desarrolla esta enfermedad sin ser precedida de una bronquitis capilar, y sus manifestaciones patológicas son análogas á ella; y hay casos en que esta afeccion se debe á la extension del proceso morbozo de la mucosa bronquial á los alveolos.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Podemos decir que en general lo son las de la bronquitis y pneumonitis, y es frecuente se presente como complicacion del sarampion y de la coqueluche, pudiéndose considerar como causa de esto, que la bronquitis capilar es bastante comun en el curso de esas afecciones.

SÍNTOMAS.—Si tenemos en cuenta que no es enfermedad primitiva, sino que se une á la bronquitis capilar ó al colapso pulmonar, tendremos modificados los fenómenos de esos estados, y por lo mismo no es fácil que la descripcion sintomática sea precisa y peculiar de la pneumonía catarral.

La tos y la naturaleza de la fiebre, tal vez sean los signos de más interés para reconocer la pneumonía catarral, pues no pocas veces los signos físicos son insuficientes para caracterizarla. El miedo que tienen los niños al toser, los quejidos en que prorumpen, la fisonomía de tristeza que los acompaña, todo lo que expresa el sufrimiento y dolor que experimentan, debe tenerse presente; como tambien tiene valor diagnóstico la temperatura del cuerpo, pues segun Ziemssen,

cuando esta afeccion complica á la bronquitis, á medida que en ésta rara vez llega á 39° la temperatura, en la pneumonía catarral en pocas horas se fija en 40 y más grados del centígrado. El pulso se acelera, la cara se enciende, hay inquietud y áun agitacion; mas si el caso es grave, hay postracion con sopor ó soñolencia.

No extrañemos que la percusion y la auscultacion no nos den datos diagnósticos, si la enfermedad se presenta como complicacion del sarampion, bronquitis ó coqueluche; pero si es consecutiva á una atelectasia extensa, por la percusion encontraremos, pasado algunos dias, matitez simétrica á los lados de la columna vertebral; esto tiene de característico el formar una faja, que sólo se extiende á las partes laterales del pecho; si el colapso tambien aumenta en extension, la matitez es mayor y se nota más hácia afuera, como el estremecimiento del pecho, la respiracion vesicular será bronquial, y si hay estertores, éstos tendrán en la inmensa mayoría de casos el carácter sonoro.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—En la forma catarral de la pneumonía, es poco frecuente el curso sobreagudo, y cuando lo es, dura la enfermedad pocos dias y termina por la muerte, sobre todo si los niños son endebles: más comun es que el curso sea subagudo y áun crónico. Como la pneumonía crupal termina por infiltracion tuberculosa é induracion, por formacion de abscesos, etc., en cuyos casos no difieren de los que se presentan en aquellos.

**DIAGNÓSTICO.**—Referimos esta parte al final de esta seccion.

**PRONÓSTICO.**—Aconseja la prudencia que siempre sea reservado en esta enfermedad, por buenas que sean las condiciones de los individuos atacados: la importan-

cia de las partes afectas, y la insidia que en ocasiones observamos, hacen que sigamos tan acertada conducta.

TRATAMIENTO.—No tienen utilidad reconocida las sangrías generales y locales, sino en casos muy aislados; pues siempre tendremos el temor de que puedan disminuirse las fuerzas de los enfermos, y favorecerse tal vez la extension del colapso pulmonar. Los vomitivos recomendados por algunos prácticos, producen frecuentemente mal éxito. Bartels y Ziemssen recomiendan, como Niemeyer en la pneumonía crupal, las aplicaciones frias al pecho; si para combatir aquella clase de pneumonía por tal medio, creemos debe esperarse á que la experiencia sancione su eficacia, tratándose de la pneumonía catarral, nos parece aún más arriesgado el uso de tales aplicaciones; así es que sólo consideramos de utilidad é importancia en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa, los medios encarecidos al describir la bronquitis capilar, entre los cuales ocuparán el más distinguido lugar los mucilaginosos, pectorales y calmantes, revulsivos exteriores, acompañados de una alimentacion conveniente, que sostenga las fuerzas y se oponga á la postracion en cuanto sea posible, unido á los medios higiénicos que la naturaleza de la enfermedad reclama.

## CAPÍTULO XXII.

### Pneumonía intersticial.

SINONIMIA.—Esclerosis del pulmon.

DEFINICION.—Esta enfermedad, que rara vez se observa como primitiva, consiste en la vegetacion exagerada

del tejido conjuntivo, que entra en la composición del pulmón, siendo por lo mismo el sitio de la lesión el tejido interlobular, el interalveolar y el que acompaña á los vasos.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Afección bastante frecuente como secundaria, se produce de ordinario por la neumonía fibrinosa, y por la catarral crónica, por el catarro bronquial de igual naturaleza, por el enfisema y alguna otra ménos notable.

SÍNTOMAS.—En su primer período es casi imposible reconocer esta lesión, y son nulos los síntomas cuando es limitada; sólo hallamos en el período primero disnea consiguiente á la disminución de la capacidad pulmonar y tos; signos físicos de induración difusa ó limitada, exageración de las vibraciones vocales y broncofonía; á veces en medio de la zona sibilante hay signos de cavidad bronquial ó tuberculosa, en cuyo caso el diagnóstico es claro. Jaccoud asegura haber oído siempre ruido de soplo y broncofonía en los sitios de la esclerosis, mas esto no es constante, y Niemeyer y Parrot indican la disminución del ruido respiratorio. En el segundo y último período, no sólo persisten los signos enunciados, sino que se presentan síntomas de dilatación é hipertrofia del corazón derecho, y cuando ya ésta no basta á compensar el obstáculo á la circulación, aparece la cianosis con edema parcial, y aún hidropesía: todo producido porque el obstáculo pulmonar ha invadido el corazón, y entónces el enfermo está en asistolia, y podemos percibir en la región del orificio tricúspide, en el primer tiempo, un soplo que indica la insuficiencia valvular.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—La marcha de esta enfermedad es lenta, y si bien su duración es variable, pues influye mucho la enfermedad primitiva que la

produzca, por lo general es larga, pero de término funesto.

PRONÓSTICO.—Este, que siempre es grave, está también en relacion con la enfermedad de que dependa la esclerósis; alguna vez grandes porciones de pulmon quedan impermeables, á consecuencia de las pneumonías crónicas ó de los catarros bronquiales de igual naturaleza, y áun cuando haya cavernas bronquiectásicas, viven los enfermos mucho tiempo, viniendo luego á sucumbir hidrópicos ó marasmódicos.

Si la pneumonía intersticial es extensa, el pronóstico es gravísimo, la hematósis se entorpece, la nutricion está comprometida y mata la lesion por asistolia.

También las hemorragias de la pared de la caverna ó la gangrena difusa, hacen que el pronóstico sea mortal.

TRATAMIENTO.—Este podemos considerarlo como impotente; sólo podemos llenar indicaciones sintomáticas, facilitando la evacuacion de las cavernas, con objeto de que la secrecion fétida no corroa las paredes ó el parénquima del pulmon. Disminúyase á más la secrecion en las cavernas bronquiectásicas y en los bronquios que con las mismas comunican, y para esto se recomienda, por su indudable utilidad, las inhalaciones de esencia de trementina; con ellas, al disminuirse la secrecion, se promueve tos por accesos que vacian las bronquiectásias: es conveniente se repitan dos y tres veces al dia, empleando los balsámicos, y procurando una alimentacion nutritiva á estos enfermos, en que juegue el principal papel los alimentos lácteos.

---

## CAPÍTULO XXIII.

## Tuberculóisis.

SINONIMIA.—Tísis tuberculosa; tísis caseosa.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Esta comun enfermedad se caracteriza anatómicamente por granulaciones que tienen una estructura célula-nuclear, y que carecen de aptitud para organizarse progresivamente.

Los tubérculos ó granulaciones, que son esos productos anormales, se llaman tambien por algunos granulaciones grises, amarillentas, miliars ó tuberculosas; pero es necesario tener en cuenta que el nombre de granulacion gris ó miliar sólo puede referirse á la fácie inicial del producto, y las otras denominaciones expresan período más avanzado de su evolucion.

Bajo el punto de vista anatómico y clínico, dos formas distintas nos ofrece la tuberculóisis del pulmon, y como dice Jaccoud, esta dualidad no tiene más origen que la rapidez y la confluencia variables de la erupcion granulosa.

Tales formas anátomo-clínicas de la afeccion que nos ocupa, debemos considerarlas: la una como erupcion granulosa confluyente, general y simultánea; esta forma no es la más comun, los enfermos mueren en pocas semanas, el resultado autópsico sólo nos ofrece granulaciones miliars grises, alguna vez amarillentas, sin vestigios de ulceracion; mucho más comun la otra forma, hallamos en ella la erupcion granulosa limitada ó generalizada por empujes sucesivos, la existencia entónces es larga, permite la trasformacion y áun la

eliminacion de productos: lo que más resalta en la autopsia es la ulceracion del pulmon. Designemos con Jaccoud á la primera tuberculósis miliar ó granulosa, esto es, tuberculosa no ulcerada; y á la segunda, tuberculósis comun ó ulcerosa. Aquella nunca produce el estado de consuncion que se conoce con el nombre de tisis pulmonar, en ésta es su causa ordinaria, ya que no sea la única.

Debemos convenir en que no hay más que una causa constante de tuberculósis, y que consiste en una manera de ser particular del organismo, que conocemos con el nombre de diatésis tuberculosa. Esta puede ser hereditaria, innata ó adquirida, y por eso nos fijamos en que la causa de la tuberculósis es en primer lugar la herencia, en segundo término la disposicion innata, y en tercero aquellas condiciones exteriores ó individuales que, obrando sobre el sugeto despues de nacer, modifican unas veces y alteran otras su constitucion, intacta en un principio.

En la herencia no es fácil precisar si hay mayor poder trasmisor por parte del padre ó de la madre, ó si cuando ambos están afectados del mal es casi constante: la tuberculósis no se trasmite en sustancia, los hijos es raro nazcan con tubérculos: lo que desde luego traen en sí es la debilidad constitucional; por eso es frecuente ver en ellos como se desenvuelven dos afecciones propias de esa misma debilidad en la niñez, primero la escrofulósis, más tarde la tuberculósis.

La disposicion innata la observamos en hijos de padres no tuberculosos, pero sí debilitados por sífilis, escrófulas, por excesos, ó bien á causa de hallarse bajo la influencia de malas condiciones higiénicas.

Son causas de diatésis adquirida cuantas circunstancias, ya sean higiénicas ó patológicas, lleguen al

cabo á determinar una debilidad constitucional: enumerarémos entre aquellas la alimentacion insuficiente, la falta de aire libre, los partos numerosos, la lactancia prolongada, que ésta fuese escasa ó artificial, los excesos del onanismo y del coito, las influencias morales que tanto deterioran, un trabajo intelectual precoz ó excesivo, el corporal forzado, los pesares contínuos y tantas más, cuyo modo de obrar fácilmente se comprende. Puédesse agregar á lo dicho causas patológicas, como flujos intestinales crónicos, supuraciones abundantes y persistentes, caquexia diabética, sífilis terciaria y enfermedades agudas, como el tífus, ciertas fiebres eruptivas, flegmasias bronco y pléuro-pulmonares, y otras que, si bien no pueden considerarse sino como causas ocasionales, no por eso dejan de influir, provocando por irritacion local la manifestacion de la diatésis, que se hace completa si el individuo está preparado para ello.

La tuberculóisis es rara en los dos primeros años de la vida; frecuente de los 2 á los 5 años; poco comun en la segunda infancia, tiene su máximum de los 20 á los 30 años; no pocos casos se presentan despues de los 35 y 40, y entónces por lo comun es adquirida, presentando la forma ulcerosa: el sexo tiene influencia poco conocida; las condiciones higiénicas, propias de la clase menesterosa, nos explica en ella su mayor frecuencia, así como el ser más castigada; por esta misma razon abunda en la raza negra. Igualmente se padece en todos los climas, pero más frecuente es en los templados, y más comun, rápida y grave en los calientes.

Respecto á la cuestion que viene ya ocupando á los anatómicos más distinguidos, acerca del contagio de afeccion de tanto interés, debemos decir que la inoculabilidad del tubérculo y su multiplicacion despues de

estar inoculado, ha sido demostrada por varios experimentos; pero la trasmisibilidad del tubérculo por inoculación en algunos animales (experiencias de Villemin), no establece el contagio de la tuberculosis en el hombre, por más que desde luego facilite á esta doctrina un gran apoyo.

Discútase más ó ménos sobre la contagiosidad y el carácter virulento ó infeccioso de la tuberculosis; pero siendo la ingestión y la inoculación de las materias morbosas, los s6los medios de trasmisión hasta hoy conocidos, f6cil es el conseguir preservar á las personas que se relacionan con estos enfermos; aconsej6mosles, pues, limpieza, buena ventilación, mucho cuidado con las ropas manchadas por la expectoración; y revestidos de prudencia y de autoridad, veamos la manera de conseguir la separación de los c6nyuges, pues á éstos ni se les debe permitir cama comun ni habitar en un mismo cuarto.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—*Forma miliar no ulcerosa (tuberculosis, tisis aguda)*: Además de encontrar granulaciones en todo el par6nquima del pulm6n, tambien se hallan en el tejido peribronquial: en ciertas ocasiones las hojas pleuríticas est6n sembradas de n6dulos an6logos, pueden ser grises, duros, semitransparentes, esto es, presentarse en estado de crudeza, mas si se hallan en estado de regresión, no s6lo el proceso necrobi6tico se junta á la porción central, sino que est6n en minoría. Anemia ó enfisema compensador se nota en el tejido sano que rodea dichas granulaciones, suele haber en ese mismo punto estado de colapso con hiperemia é infiltración inflamatoria, y ent6nces debemos buscar, y casi siempre hallamos, lesiones de bronquitis capilar.

En esta forma de tuberculosis, encontramos, en la piam6ter, en el pericardio y en los principales 6rganos del

aparato digestivo y sus anejos, granulaciones que tienen mucha semejanza con las que ofrece el pulmon.

En la mayoría de casos no existen estas lesiones aisladas, sino que hay alteraciones antiguas, unas veces tubérculos, residuos de pleuresía, otras núcleo de pneumonía crónica, focos de flegmasia en los gánglios bronquiales, y aún en los mesentéricos. De esto indudablemente se deduce que, si bien parece ser súbita su invasión, rápida su marcha, no es enfermedad que hiere de repente á los que disfrutan buena salud; estalla sí despues de un tiempo más ó ménos largo, unas veces en el curso de una tuberculósis crónica, otras cuando ha llegado á presentarse una flegmasia bronco-pulmonar, que se ha considerado curada cuando puede haber sido latente é insidiosa; tambien pueden existir inflamaciones ganglionares, que tal vez hayan pasado desconocidas; y por último, enfermedades agudas pueden dejar infiltraciones alveolares persistentes, que motiven el desarrollo de la tuberculósis ó tísis aguda.

*Forma ulcerosa (tuberculósis crónica, tísis pulmonar):* Atendiendo á la extension que ocupa, podemos diferenciar las dos formas de tuberculósis. En ésta, las granulaciones no se esparcen por todo el pulmon, tienen preferencia á ocupar los lóbulos superiores, muchas veces sólo invaden la punta, lo general es que los dos pulmones estén afectados, y Andral y Lóuis dicen que cuando un sólo pulmon padece, el izquierdo lo es de ordinario. Además, si en los lóbulos inferiores hay tambien granulaciones, tendremos ocasion de observar distinto grado en el desarrollo, que es debido á formaciones sucesivas; si en la base del pulmon hay granulaciones grises, en la parte media éstas serán grasientas, y en el vértice veremos tubérculos en estado de reblandecimiento, y ulceracion en el tejido.

En el segundo estadio, período de atrofia grasienta, se efectúa la transformación de la granulacion gris en tubérculo amarillo, metamorfosis que ya es nociva para los tejidos inmediatos: ésta se verifica en grupos confluentes, y la fluxion no ha podido actuarse sino á expensas del tejido normal, siendo los primeros en ser destruidos los tabiques interalveolares.

En el período tercero, ó sea en el de reblandecimiento y ulceracion, las alteraciones en los tejidos inmediatos son más manifiestas. El reblandecimiento tiene analogía con la supuracion; por el exámen microscópico no encontramos glóbulos purulentos perfectos en el detritus que forma el tubérculo cuando se reblandece; y sin embargo, en las partes inmediatas produce un trabajo flegmático y de supuracion, que da lugar á la destruccion del tejido, á una pérdida de sustancia; esta es la ulceracion que se distingue con el nombre de caverna; pues ese carácter ulcerativo es el que diferencia la caverna tuberculosa, de aquellas que son consiguientes á la bronquiectasia, por cuya razon dice oportunamente Jaccoud, la caverna es la úlcera crónica del pulmon.

El líquido que procede del tubérculo cuando se reblandece, es de aspecto flúido homogéneo, cremoso agrisado, ó gris verdoso: suele contener copos sólidos amarillentos, de desigual forma; la cavidad puede estar limitada á un lóbulo, ó á algunas vesículas; pero lo comun es que se vayan destruyendo los tabiques de los alveolos y de los lóbulos, se reunan las cavernas, lleguen á hacerse considerables, y sigan en aumento hasta ocasionar la destruccion del órgano pulmonar.

Pero tambien pueden presentarse ulceraciones secundarias, producidas por pneumonías de las inmediaciones, y en verdad que no difieren de las que son de origen granuloso.

Además, á medida que los tubérculos se desarrollan, los vasos inmediatos á la arteria pulmonar se obturan por trombosis, y cuando el campo de dicha arteria está disminuido, determina la dilatacion é hipertrofia del ventrículo derecho; si bien estas lesiones no son permanentes, pues al llegar el período de marasmo, cuando el corazon participa de la degradacion general de los órganos, no sólo le hallamos atrofiado, sino aún acometido de alguna degeneracion grasienta.

Por último, en otros órganos se encuentran lesiones que tambien nos deben ser conocidas. Los gánglios bronquiales están aumentados con notable alteracion en su estructura: la pléura, rarísima vez intacta, ofrece unas veces adherencias, otras granulaciones; suele abrirse paso una ulceracion pulmonar en la pléura y constituir un hidro-pneumotórax: pocas veces veremos sana la laringe, ó señales de una flegmasia reciente habrá, ó de laringitis ulcerosa, lesiones que se extienden muchas veces por la tráquea y bronquios. En el aparato digestivo, podemos hallar ulceracion en el esófago y estómago, alguna vez en la boca, frecuentemente en el íleon é intestino grueso, y cuando existen tales lesiones intestinales, coincide la presencia de granulaciones en el peritoneo: en el hígado es bastante comun el encontrarse la degeneracion grasienta, así como es muy raro hallar la amiloidea en los riñones; al contrario, más frecuente es la infiltracion amiloidea que la esteatosis, no siendo extraño que presenten ulceraciones tuberculosas, esto es, cavernas.

Terminemos diciendo que no es la única causa de la ulceracion pulmonar y de la tisis la tuberculóisis; que la pneumonía es causa poderosa, siendo por lo mismo preciso admitir hoy una tisis tuberculosa, y una tisis pneumónica ó caseosa; que los procesos pneu-

mónicos tisiógenos son múltiples, debiendo citar como principales las pneumonías lobares, esto es, la fibrinosa convertida en crónica y caseosa; las catarrales que describen algunos autores con el nombre de infiltración gelatiniforme, y las ulcerativas peribronquiales que resultan de catarros crónicos de mal carácter.

Estas nociones anátomo-patológicas nos conducen á estudiar, con más aprovechamiento, una de las afecciones más frecuentes y terribles del dominio de nuestra ciencia.

SÍNTOMAS.—Para la más fácil y perfecta descripción, nos ocuparemos, primero, de la tuberculósis miliar no ulcerosa, granulosis confluyente. Esta forma es la que se distingue con la denominación de tísis aguda, tísis granulosa; mal llamada tísis, porque los enfermos no presentan verdaderamente ese estado, y mal denominada aguda, porque la forma ulcerosa puede también serlo; sin embargo, como que es en ella constante la agudeza, puede conservarse tal denominación, pero rechazamos el de tísis, que en este caso expresa lo que no existe.

La observación demuestra que hay tres formas diferentes en la tuberculósis miliar no ulcerosa, ó granulosis confluyente, que son: la sofocante, la catarral y la tifoidea.

*Forma sofocante:* El gran práctico de los hospitales, Andral, y después Graves, no sólo nos hablan de su existencia, sino que designan sus caracteres. Sin preceder pródromos notables, se presenta fiebre subcontínua, y sin manifestarse dolor, tos ni expectoración, una disnea tan considerable llama la atención, que pronto pasa á ortofnea y llega á amenazar con sofocar al paciente.

Dice oportunamente Andral, que semejante estado

simula una lesion de corazon, ó un acceso de asma agudo; pero desecharémos toda duda al ver su duracion y los resultados negativos que obtenemos del exámen del órgano, centro del sistema circulatorio.

Por la auscultacion percibirémos estertores insignificantes, y éstos serian numerosos y agudos en ambos pulmones, si se tratase de una bronquitis capilar, que tenia que ser generalizada. A la disnea se agrega á los pocos dias la cianosis, debida á la insuficiencia de la hematosis.

El hábito exterior y sus antecedentes hereditarios podrán servirnos para formar el diagnóstico, obscuro por ser forma rara y su duracion corta, pues lo comun es que no exceda de treinta dias, sucumbiendo los enfermos, segun la expresion de Graves, en asfixia tuberculosa aguda.

*Forma catarral:* En los dos primeros setenarios se confunde con una bronquitis capilar; pues hay fenomenos catarrales, disnea, fiebre que remite, estertores subcrepitantes y sibilantes finos, tos y expectoracion. El diagnóstico se aclara si se presenta diarrea incoercible, si el enfermo es de constitucion débil, si hay antecedentes de familia, ó si ha padecido alguna de las enfermedades que favorecen la granulosis: el diagnóstico no dará lugar á dudas cuando hayan pasado quince ó veinte dias, pues la bronquitis capilar se juzga en ese tiempo, y tratándose de la forma catarral de tuberculosis miliar no ulcerosa, persisten los síntomas otros tantos dias más, y sin marasmo ni abatimiento marcado, sucumbe por asfixia el paciente.

*Forma tifoidea:* La fiebre, que es lo que marca el principio de la enfermedad, tiene el carácter térmico de las dos formas anteriores, 39°. Es precedida ésta de un largo período, que puede ser de dos ó tres sete-

narios, caracterizándose por malestar general, desaliento y disgusto á cuanto rodea al enfermo, postracion de fuerzas, inapetencia, cefalalgia y dolores musculares. Alguna vez se presenta desde el principio tos penosa, el abatimiento se señala más, el semblante pierde su expresion, la lengua se seca, se manifiesta fuligo, aparecen pulverulentas las ventanas de la nariz, de noche suele haber delirio tranquilo; en una palabra, se constituye un estado adinámico.

Vienen despues los síntomas de catarro bronquial, y si al principio se limita á los vértices, cuando más tarde se generaliza, hay los signos estetoscópicos de la bronquitis capilar; en la fosa supra-espínosa y debajo de las clavículas hay submatítez, respiracion ruda, poco clara, espiracion prolongada y sibilante, en muchas ocasiones broncofonía, y si hay una hemotísis, lo cual es raro, queda entónces resuelta la cuestion.

En ciertos casos, la presencia de síntomas abdominales, como diarrea, meteorismo, tumefaccion del bazo, etc., aumentan la semejanza con la fiebre tifoidea y hace inseguro el diagnóstico: recurramos entónces á los antecedentes y fijemos nuestra atencion en los síntomas de pecho, único modo de poder resolver las dudas que se ofrecen.

Como en las dos formas precedentes, la terminacion es funesta; y aunque puede matar en poco tiempo, lo general es que la duracion sea idéntica á aquellas, fijándose más en ésta el carácter de la forma tífica, que el que es propio de las otras dos, en lo más avanzado de la enfermedad.

Tales son las tres formas distintas que tenemos ocasion de apreciar en la tuberculósis miliar no ulcerosa, ó sea granulósis confluyente, siendo la más frecuente la catarral.

*Tuberculóisis ulcerosa, tísis pulmonar:* Para el estudio de esta enfermedad, primero es preciso fijarse en los signos presumibles, y entre ellos llama la atención el hábito exterior, que tiene rasgos característicos de la diatésis tuberculosa, estrechez de pecho, largura de cuello, delgadez y altura de cuerpo, cabellos, y piel fina, ojos expresivos, etc.; los individuos así constituidos, son impresionables é irritables, propensos á catarros, á cansancio y á que se altere el timbre de su voz: si un individuo en tales condiciones reúne algún antecedente sospechoso de familia, ó en la primera edad ha tenido alguna manifestación escrofulosa, ese hábito exterior constituye un signo precursor de gran valor diagnóstico.

Luego podemos estudiar los verdaderos signos precursores de la afección, que vienen á ser modos de invasión de la misma, tales como disnea habitual, alteración de la voz, desarreglos menstruales, también de vientre; hay pérdida de fuerzas y adelgazamiento. Estos trastornos son los que en primer lugar podemos apreciar, pues si hay hemotísis, lo cual no es frecuente, entonces está clara la naturaleza de la afección.

Sean cuales fuesen los signos de presunción, desde el principio hay tos seca, pertinaz por la tarde y aún de noche, cortedad de aliento habitual, dolores en distintos puntos del pecho, tal vez sudor parcial, adelgazamiento y disminución de fuerzas: también se presenta alteración importante en las funciones digestivas, como inapetencia, dificultad en digerir, diarrea, que si bien puede ser la expresión de un catarro simple, puede serlo muy bien de la granulóisis intestinal.

La presencia de estos fenómenos nos explica el por qué se debilita el organismo; pero según sea la mayor ó menor intensidad de ellos, así el enfermo

llegará más ó ménos pronto al estado de consuncion ó tísis confirmada, influyendo principalmente en esto el carácter de la fiebre. Esta no tiene época fija para presentarse; pues si bien en la mayoría de casos se manifiesta ántes de empezar el reblandecimiento de los tubérculos, en otros sólo se presenta cuando han llegado los tubérculos á su último período. Su carácter es intermitente, con variedad de tipo, el cotidiano, doble cotidiano y doble terciano, siendo remitente ó subcontinua cuando sobreviene alguna complicacion.

Establecida definitivamente la fiebre héctica, todos los síntomas se agravan en alto grado: si faltaba la diarrea, se presenta; si ya existía, toma incremento; la tos se hace frecuenté, sus accesos provocan el vómito, la expectoracion aumenta, la voz se hace ronca y áun se extingue en ocasiones; pequeñas úlceras en la epiglótis motivan una dolorosa disfagia, y una demacracion creciente, lleva á los individuos al más alto grado de marasmo. Entónces es cuando se ha llegado al estado de consuncion, que es el que constituye el de tísis. Carácterés muy culminantes hay en éste período; fiebre héctica, tos, expectoracion purulenta, diarrea, adelgazamiento; hé ahí el cuadro de la tísis; sin esos carácterés, estamos conformes con Jacoud, el individuo estará tuberculoso, no tísico. Por esta razon, la sinonimia que se establece entre la tuberculósis crónica y la tísis, se justifica porque ésta sigue á aquella, esto es, la tísis viene á ser la consecuencia de la tuberculósis crónica.

La expectoracion presenta un carácter muy distinto segun el período de la enfermedad; ántes de que haya ulceracion, provienen los esputos del catarro broncopulmonar, que acompaña al desarrollo de los tubérculos;

son entónces blancos, transparentes, mucosos, análogos á los esputos crudos; luego ofrecen el carácter del esputo propio del período de coccion, la opacidad y consistencia sustituye á la transparencia y fluidez que tenian; despues son ya moco-purulentos, verdosos y no aireados; si en esta época presentan algunas estrías amarillentas, será un signo de importante valor diagnóstico, pues es el esputo que precede á la ulceracion. Cuando ésta se actúa, se observa en los esputos ciertas fibras elásticas, que proceden de las paredes alveolares destruidas; pero cuando ya hay cavernas, experimentan los esputos la última transformacion; se componen entónces de un líquido mucoso aireado y de masas nummulares verdosas ó grises, opacas, no aireadas, que nadan, y por reposo se reúnen en las capas medias ó profundas; suelen tener estrías de sangre, glóbulos de pus, detritus granulosos y aún fragmentos de membranas, que proceden de las cavernas; la cantidad de expectoracion es variable, segun el período de la enfermedad, la extension del catarro bronquial, número de cavernas, tamaño de éstas y otras circunstancias que fácilmente puede apreciar el práctico.

Veamos ahora cuáles son los signos físicos que podemos recoger, y que tanto ilustran el diagnóstico de esta enfermedad.

La inspeccion nos dará á conocer la conformacion particular del tórax y cuanto en el individuo podemos apreciar, hasta llegar en determinados casos á reconocer lo que se llama hábito tísico; piel fina, mejillas sonrosadas, esclerótica azulada, tejido celular pobre en grasa, sistema muscular poco desarrollado, cuello largo, caja torácica estrecha, depression anterior del tórax, disminucion de amplitud en los movimientos respiratorios, y otros rasgos que caracteriza la predisposicion orgánica tísica.

La palpacion, si unas veces no nos suministra dato de interés, otras nos facilita un signo que lo tiene por ser el más anticipado, y es la exageracion de las vibraciones vocales: tambien al principio se nota aumento del choque cardiaco, perceptible en la punta, á lo largo del borde derecho del esternon y en la region epigástrica.

La percusion, nos ofrece signos de la mayor importancia; si están los tubérculos aislados por tejido permeable, los signos que da la percusion son tardíos; pero si están reunidos por una infiltracion pneumónica, cuando tan sólo está disminuido el aire y no ha sido expulsado, el sonido será agudo y timpánico; más si se ha expulsado el aire, desaparece tal carácter y el sonido es mate. Cuando hace progresos la enfermedad, la macidez se gradua, predominando siempre en el vértice.

Estos fenómenos no sufren cambio, ni durante el reblandecimiento, ni cuando se inician las excavaciones; pero ya formadas las cavernas, si son profundas y múltiples, dan matitez; pero si son grandes, superficiales y vacías, hay sonoridad normal ó exagerada, y si comunica una con otra ó con un bronquio, el ruido que se obtiene es de olla cascada, debido á que el aire, por una fuerte percusion, es arrojado de una cavidad á otra; percibiéndose la rescnancia metálica, cuando debajo del sitio percutido exista una caverna grande y vacía, que sea de paredes lisas.

La auscultacion, nos da al principio ruido vesicular débil, si se hallan obliterados muchos bronquios pequeños; será duro, si los conductos solamente están estrechados; al mismo tiempo la espiracion es prolongada y fuerte. Más tarde se manifiesta un signo de gran valor, estertores finos y secos subcrepitantes, esto es, chasquidos secos, debidos á que el catarro progresa,

entrando en el período de hipersecrecion. Cuando aumenta la exudacion catarral, percibirémos los chasquidos húmedos ó estertores subcrepitantes húmedos. Algunas veces vemos coincidir con estos estertores, el soplo bronquial y la brúncofonía, y esto no indica la existencia de excavaciones, sino la impermeabilidad del tejido al rededor de los focos de liquefaccion. Para poder afirmar la existencia de cavernas, es necesario que por la auscultacion se obtenga soplo cavernoso, pectoriloquia ó voz cavernosa, zurrido á la respiracion ó á la tos, y que en un punto limitado exista, no sólo el soplo, sino tambien la voz anfórica, pudiendo observarse unas veces el retintin metálico, pero no teniendo nada de extraño que falte este notable signo.

CURSO, DURACION Y TERMINACION DE LA ENFERMEDAD. — Lo general es que la marcha de esta afeccion sea continúa, que vayan desarrollándose los síntomas y progresando la dolencia, y que los adelantos de la consuncion pongan fin á la vida.

Poco frecuente es que la enfermedad se detenga; alguna vez hace progresos paulatinamente por empujes sucesivos, que separan fases de remision.

Otras veces, un estado agudo precipita el trabajo destructor, y viene esa forma aguda de la tuberculósis ulcerosa, que conocen algunos con el nombre de *túsis florida*.

En las formas crónicas, no es siempre la muerte resultado de la consuncion; una hemorragia, la infiltracion laríngea, la perforacion de la pléura y accidentes cerebrales, pueden producirla.

La curacion es posible, pero rarísima, siendo más fácil precaver esta enfermedad, que curarla. Solamente en el caso de que el desórden pulmonar esté limitado á uno ó dos puntos, cuando se estacione ó sea su marcha

lenta, cuando se trate de jóvenes que tuvieran manifestaciones escrofulosas, ó de adultos que adquirieran la diatésis, ó bien se reúnan circunstancias altamente favorables; óbrese entónces con perseverancia, y si se consigue que la fiebre cese, que desaparezca la tos y la expectoracion, y que esto coincida con el aumento persistente y notable del peso del cuerpo, redóblense los esfuerzos y combátase el desaliento y la inercia con que se mira el tratamiento de esta enfermedad, tal vez por la sentencia contra ella fulminada de incurabilidad absoluta. Fuera de este caso, su duracion es variable, pero siempre triste su fin.

PRONÓSTICO.—Cualquiera que sea la clase de tisis, siempre es éste gravísimo, nunca deja de ser reservado, en atencion á su fatal término, cuando ménos probable; la tisis tuberculosa es más triste en su curso que la caseosa; en ésta hay más probabilidad de alivio, y en las condiciones de que ántes queda hecho mérito, si bien muy rara vez hasta de curacion; mas no por esto pierde su reserva el pronóstico de la enfermedad que nos ocupa, por ser en general su término la muerte.

TRATAMIENTO.—Consecuentes con la descripcion hecha de esta enfermedad, hablaremos primero del de la tuberculósis miliar aguda, y despues del de la ulcerosa ó tisis pulmonar.

Pobre uno y otro para combatir tan insidiosa afeccion, casi reducido á llenar indicaciones sintomáticas, y á aconsejar medios, higiénicos, consignamos tan sólo lo que la experiencia sanciona como de utilidad positiva y reconocida importancia.

*Tuberculósis miliar aguda:* Como quiera que sólo se conocen algunos medios capaces de contener en ciertos casos los progresos de esta dolencia, ya que no es posible impedir la presencia y desarrollo de la misma,

dicho se está que el tratamiento de esta forma tiene que ser puramente sintomático.

Y toda vez que en este caso son indicaciones fundamentales, disminuir la disnea, quitar la fiebre y sostener las fuerzas, debemos recurrir, para llenar la primera indicacion, á los revulsivos cutáneos repetidos: cumpliremos con la segunda, usando con discrecion la quinina, sólo ó asociada á la digital: el alcohol, la quina y el vino, serán los principales medios de que podamos valernos, unidos á una buena alimentacion reparadora, para satisfacer la tercera.

En las formas sofocante y catarral, el tratamiento será impotente; ya dijimos cuán rápida es su marcha en la forma tifoidea; quizás podamos conseguir en alguna ocasion contener el curso de la enfermedad y que varíe de carácter, pasando al cronicismo, esto es, á la granulosis aguda. En este caso, es el origen de la tuberculosis ulcerosa; pero los únicos medios son los que aconseja la higiene y algunos farmacológicos, que la prudencia nos hará emplear para combatir los más molestos síntomas.

*Tuberculosis ulcerosa, tisis pulmonar:* Hagamos primero algunas reflexiones que se refieren á la profilaxis de esta enfermedad, pasando luego á ocuparnos de aquellas principales indicaciones sintomáticas que la misma exige y la experiencia recomienda.

Cuando los niños son endebles, y sobre todo si proceden de padres tísicos ó tuberculosos, no deben lactarlos las madres ni tampoco conviene que la lactancia sea artificial; oportuno es tengan buena nodriza y por mucho tiempo; debe tenérseles bajo la influencia de un aire puro; por lo tanto, si es posible, que vivan en el campo con buena alimentacion. Ya mayores, ésta tiene que ser sustanciosa; su base, carne

asada y vino, y si esto no bastase para que su constitucion se fortifique, propíneseles el aceite de bacalao, el jarabe de yoduro de hierro y quina, sustancias hidrocarbonadas y otras, segun la manifestacion que en el individuo resalte de escrofulosis ó tuberculosis: si se trata de personas pudientes, aconsejemos que pasen el invierno en poblaciones del Mediodía, como igualmente que difieran los estudios por un tiempo más ó ménos largo, y aunque no exista la trasmision hereditaria, no está demás se adopten estos consejos, como deben tenerse tambien muy presentes los que siguen.

Evítese cuanto pueda producir hiperemias pulmonares y afecciones bronquiales, cuidándose con el mayor esmero el más insignificante catarro.

La eleccion del clima en que deben habitar estos individuos, en estaciones determinadas, es del mayor interés por regla general: les favorece escoger puntos donde puedan permanecer fuera de sus habitaciones la mayor parte del dia, y la permanencia prolongada en lugares situados sobre las alturas, en donde casi nunca se produce la tisis.

En esas condiciones de que hacemos mérito, de pobreza de constitucion y de marcada debilidad, está indicada la medicacion ferruginosa: si las circunstancias de los enfermos les permite hacer uso de aguas de tal naturaleza, siempre eso será lo preferible; si no á dosis creciente, empléese algun preparado de hierro, siendo el más eficaz el yoduro férrico; pero si los enfermos son impresionables, si su aparato cardio-vascular se encuentra excitado, si están propensos á fluxiones sanguíneas cefálicas, el uso del hierro será nocivo, tal vez aumente la excitabilidad cardiaca ó se provoque una hemorragia bronquial, que apresure el desarrollo de la enfermedad: victoriosamente puede reemplazarse

este medicamento con el arsénico, que mejora el proceso nutritivo, calma la hiperquinesia vascular y satisface una indicación de la mayor importancia. Combínese, pues, con las medidas que recomienda la higiene, la administración en casos dados del hierro, de la quina y del arsénico, y empléese sobre todo la alimentación animal, para que queden cumplidas las indicaciones de más interés en el tratamiento.

Si la anorexia, la insuficiencia digestiva ó la diarrea, contraindicasen la alimentación que hemos aconsejado, recórrase á la carne cruda, que restaura el trabajo nutritivo, y siempre que el uso de ella pueda combinarse con el del arsénico y el alcohol, asegura Jaccoud que se obtienen los resultados más felices, y fácilmente comprendemos que así sea.

*Indicaciones sintomáticas:* Lo que más fija nuestra atención y exige un tratamiento especial es la fiebre, que conviene hacerla desaparecer ó disminuirla, si otra cosa no es posible, y para conseguirlo, los mejores medios terapéuticos disponibles son la quinina y la digital, de justa reputación en estos casos.

La tos y el insomnio, trátense por los opiados; pero cámbiense frecuentemente para evitar que se habitúen los enfermos: entre los narcóticos debemos usar el extracto tebaico, morfina, codeína, narceína, inyecciones hipodérmicas morfinadas y el hidrato de cloral, éste usado de noche y á la dosis de 20 á 30 granos en cada poción. Si la tos es brusca y se recrudece, aplíquense revulsivos, tintura de yodo, emplasto de Tápisia y vejigatorios volantes.

Los sudores, que tanto fatigan y debilitan á estos enfermos, pueden combatirse con el agárico blanco, también con el acetato plúmbico cristalizado; nosotros señalamos estos medios, pero sin abrigar gran confianza en su decantada eficacia.

Tenemos en gran aprecio para atacar el estado de debilidad general, al uso del aceite de hígado de bacalao, y si es posible se le puede asociar el régimen alimenticio lácteo, que no siempre soportan bien estos pacientes.

Los vómitos, en el mayor número de casos, son producidos por los repetidos golpes de tos; entónces no exigen más medio que los opiados; pero otras veces son de origen gástrico, ya dependen de un catarro del estómago, y entónces está indicado un ligero emético, ya son producidos por intolerancia de ese importante órgano, y es cuando debemos usar el láudano de Sydenham ó el cloroformo; así como si esto no bastase, podemos recurrir al ácido clorhídrico, algunas gotas en agua, á las bebidas gaseosas, á la creosota, nieve, etc., por más que otras veces sean todos estos medios insuficientes para corregirlo.

La diarrea, que puede depender de un catarro intestinal concomitante, llega á tratarse eficazmente por medio del subnitrito de bismuto, ó la tintura vinosa de ópio ántes dicha.

En el período más avanzado de la enfermedad, cuando hay cavernas, suele acontecer que los individuos están muy fatigosos, no expectoran con facilidad. Para provocar accesos de esta clase y favorecer de ese modo la expectoracion, con lo cual se consigue tranquilizar al enfermo, siquiera esto no sea más que pasageramente, recomendamos el uso del jarabe balsámico con trementina, sometiendo á más al paciente al influjo de las inhalaciones terebintinadas.

Tales son las principales indicaciones sintomáticas que deben llenarse al tratar tan comun enfermedad; alguna otra podrá haber, pero que indudablemente tiene una importancia secundaria, bastando lo dicho

para estudiar, comprender y tratar una de las enfermedades más frecuentes, rebeldes y temibles.

## CAPÍTULO XXIV.

---

### Gangrena pulmonar.

CAUSAS.—Si bien debemos considerar como causas de esta enfermedad todas las propias de la gangrena en general, es innegable que en el mayor número de casos es motivada por la compresion de la red capilar: los focos hemorrágicos, los infartos metastáticos, las cavernas tuberculosas y la pñeumonía, son las principales que debemos enumerar: tambien se presenta cuando hay alteracion de la sangre; se desenvuelve en la declinacion del tífus; alguna vez en el sarampion, en la caquexia de miseria, etc.; los vapores ó gases irritantes introducidos en el aparato respiratorio, la inspiracion prolongada de un aire muy frio y alguna otra, pueden llegar á desarrollarla.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—No puede ponerse en duda que la gangrena circunfusa es la más frecuente; se presenta en ella transformado el pulmon en puntos separados y de pequeño tamaño, formando escara fétida, viscosa, oscura, constituyendo un foco mortificado, que despues se transforma en líquido corrosivo, pero quedando en el centro un flocon negruzco, mezclado con restos de tejido friable. Casi siempre estos focos se presentan en la superficie del pulmon, prefiriendo los lóbulos inferiores.

En ciertas ocasiones, se gangrena la pléura y se desarrolla una pleuritis gravísima: si coincide el co-

municar el foco con un bronquio, resultará un pyo-neu-motórax.

Pero en aquellos casos en que la gangrena sea difusa, suele atacar á un lóbulo del pulmon por completo; entónces se presenta transformado en tejido friable, negruzco y pútrido, empapado en icor fétido. También alguna vez se propaga á la pléura, ésta se destruye, y el enfermo sucumbe más pronto por la gravedad general.

SÍNTOMAS. — Como que es enfermedad secundaria, sus síntomas, hasta que la afeccion esté en un período avanzado, tienen que estar obscurecidos por los de la enfermedad que la provoque, y sólo notaremos al principio debilidad de fuerzas, cambio de carácter en la fiebre, y elevacion térmica excesiva, lo cual es propio de las enfermedades pútridas. Todos estos son signos de presuncion, tenemos que esperar para que se confirme el diagnóstico, á notar fetidez de aliento y de la expectoracion, y esto sólo se observará cuando el foco esté en comunicacion con los bronquios. Los primeros fenómenos estetoscópicos no son característicos; los que se presentan más tarde, tan sólo son cavitarios.

El cuadro clínico es más claro cuando se presenta la expectoracion, fiebre de carácter pútrido, matitez, estertores subcrepitantes y broncofonía; pues esto nos indica el reblandecimiento del pulmon, y cuando se produce la excavacion, la macidez disminuye, los estertores son mayores y hay murmullo, viene el soplo cavernoso y la pectoriloquia. Los esputos, que alguna vez son de sangre, no es lo comun que sean sino sanguinolentos, saniosos, de color de hollin desleido, negruzco, y si se estudian químicamente, encontramos en ellos leucina y tirosina, como productos de descomposicion de materias albuminoideas y de ácidos grasos.

Lebert opina que la fetidez que exhalan se debe al ácido valerianico que contienen.

Durante la evolucion de los accidentes locales, se agrava el estado general, la adinamia se pronuncia, sobreviene diarrea, y la fatal terminacion no tarda en presentarse.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.— Tanto la marcha de la enfermedad como su duracion será más ó ménos rápida, segun se trate de la gangrena difusa ó circunscrita; influye mucho en ello la causa que la haya motivado, cuando se manifiesta algun accidente se abrevia siempre su curso; en general éste es rápido y el término mortal.

PRONÓSTICO.— Nunca deja de ser gravísimo, por más que alguna vez pueda haber caso de curacion, esto sólo será cuando la gangrena esté circunscrita y sea muy poco extensa, lo cual sucede rarísima vez.

TRATAMIENTO.— La base de la medicacion es la quina, el vino, el alcohol, los cloruros y el ópio; el estado de adinamia que los enfermos presentan, hace tengamos que recurrir á los antisépticos y desinfectantes; las infusiones de quina con el licor de Labarraque, las píldoras de ópio con cloruro cálcico ó sódico, ó esta sustancia asociada á la trementina, son los medios más recomendables, teniendo tambien presente que Skoda hace elogios de las inhalaciones terebintinadas, y en estos casos creé debe usarse la pulverizacion de permanganato de potasa, sal desinfectante de gran poder, de notoria eficacia y de fácil administracion.

---

## CAPÍTULO XXV.

## Cáncer del pulmon.

CAUSAS.—Tan obscura es la etiología de esta enfermedad, que no podemos apreciar qué causas provocan la manifestacion de la diátesis cancerosa del pulmon. En el estado primitivo es enfermedad rara, no así en el secundario; esto es, casi siempre empieza por manifestarse en otros órganos, y muy principalmente en la glándula de los pechos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Lo general es que la variedad que se presente de esta enfermedad, sea la conocida con el nombre de encefaloides, en masa ó difuso. La forma más comun es la primera, constituyendo una porcion homogénea, en la que no hay vestigio de tejido pulmonar. No tan frecuente la forma difusa, consiste en depositarse el producto morboso en el parénquima, mediante núcleos aislados, notándose el pulmon ligeramente hiperemiado. En ambos casos es homogénea la morbificación, de color blanco súcio consistente, divididos los núcleos, destilan un líquido blanco turbio que aumenta por la compresion.

En las dos formas se infartan los gánglios intrapulmonares, bronquiales, traqueales, etc., que pueden presentar una adenitis crónica, ó una neoplasia cancerosa, y los vasos linfáticos del pulmon pueden anormalmente distenderse, y llenarse de sustancia blanquizca, que por metastasis produzca infecciones secundarias y la discrasia caquética.

SÍNTOMAS.—En la mayoría de casos no se advierten

cuales sean los característicos del cáncer del pulmon. En la forma en masa, fenómenos de compresion en los órganos contenidos en el mediastino, vendrán á constituir signos de tumores intratorácicos, difíciles de diagnosticar si falta la caquexia cancerosa, y en la forma difusa áun es más difícil el diagnóstico, no hay fenómeno alguno de compresion como no haya un cáncer del mediastino, y sólo se encontrarán signos de condensacion y de induracion, diseminados en los pulmones.

Los dolores difusos ó fijos en el tórax, la disnea más ó ménos considerable, son síntomas que si bien se presentan en esta afeccion, no sólo son muy equívocos, sino de escasa importancia.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Generalmente es enfermedad de curso rápido, sobre todo cuando se trata de la forma en masa; cuando el cáncer es difuso, su duracion es variable, y tanto en uno como en otro caso, su terminacion constante es la muerte.

PRONÓSTICO.—Si tenemos en cuenta la naturaleza de esta afeccion, siempre lo haremos reservado, por terminar de una manera funesta.

TRATAMIENTO.—Desgraciadamente sólo podemos decir que éste es puramente sintomático, é impotente para corregir los desórdenes que esta lesion produce. Las hiperemias, casi siempre extensas, que rodean al cáncer, el edema que frecuentemente le acompaña, y áun la hemotísis, que no pocas veces llega á presentarse, son accidentes que reclaman nuestros cuidados; debemos tratarlos de un modo conveniente, y la conducta que podemos seguir queda trazada y claramente expuesta al hablar de cada uno de ellos en particular.

---

## CAPÍTULO XXVI.

## Pleuresía aguda.

SINONIMIA.—Inflamacion de la pléura; pleuritis.

Esta frecuente enfermedad es, segun su curso, *aguda* y *crónica*; por su extension puede ser simple, si se limita á un sólo lado, doble si afecta la pléura costal y pulmonar ó ambos costados; parcial, si se fija solamente en un punto reducido; tambien primitiva ó secundaria, y segun la causa que la produzca, interna ó traumática. Laennec y otros autores admiten una pleuresía latente.

Nosotros, para la más fácil comprension, nos ocupáremos de la pleuresía aguda y de la crónica, haciendo algunas consideraciones respecto á las distintas especies y variedades que admiten los autores.

CAUSAS.—La pleuresía aguda es poco frecuente en la infancia, no deja de ser comun en la juventud y edad media de la vida, acomete más á los hombres que á las mujeres, y en el mayor número de casos reconoce por causa la accion del frio; por lo cual, en las estaciones medias, cuando son frecuentes las variaciones, y en el invierno, cuando reina aire frio y seco, son numerosos los casos de esta afeccion; no por eso deja de presentarse sin causa apreciable, así como otras se debe á la penetracion de cuerpos extraños en la cavidad pleurítica, sobre todo líquidos y aire, la propagacion de la flegmasia de los órganos inmediatos, principalmente del pulmon al tejido pleurítico, y la influencia de causas telúricas desconocidas, abonan la

presencia de esta enfermedad, como tambien las contusiones torácicas y las heridas penetrantes de pecho. Algunas veces es afeccion secundaria, pues suele presentarse en el curso de no pocas enfermedades.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Desde luego se observan cuantos fenómenos son propios de la inflamacion de las membranas serosas; no sólo hay inyeccion, sino derrame y falsas membranas. Si la inflamacion es aguda, con gran rapidez se actúa el derrame desde el principio y en notable cantidad; las más veces es la serosidad cetrina, clara, no pocas turbia y lactescente, y rara vez rojiza, sobrenadando en ocasiones copos fibrinosos. Las falsas membranas están en relacion de la flegmasia; así es que, si unas veces son pocas, y tan sólo ocupan un punto parietal, ó sea costal ó pulmonar, otras ocupan toda la superficie serosa.

Cuando el derrame se reabsorbe, las falsas membranas se organizan, y unen el pulmon á la pared costal por medio de bridas fuertes y resistentes. Pero cuando el líquido no se reabsorbe, hay ocasiones en que permanece seroso y aún claro, pero lo comun es que se haga puriforme.

La posicion que toma el pulmon es muy variable; unas veces está rechazado hácia la parte superior y hácia adentro contra el mediastino, y otras está más ó ménos destruido, tapizando la parte inferior la falsa membrana, reflejándose sobre los lados del pecho. No obstante, puede el pulmon estar aplastado hácia la parte anterior; esta cara se halla normal, pues no tiene adherencias; en la posterior es donde se encuentran las falsas membranas. Adherencias antiguas que modifican el curso del derrame, dan tambien al pulmon posicion diversa.

Es muy posible que la pléura pulmonar se ulcere de

fuera adentro, y llegue á establecer comunicacion por fistula entre el saco pseudo-pleurítico que se forma y algun bronquio.

Por último, en la conformacion de la cavidad del pecho, puede la enfermedad de que hablamos producir cambios más ó ménos persistentes y notables. Si ha sido grande el derrame, el pecho estará dilatado en el lado correspondiente, las costillas perderán en parte su arqueadura, borrándose algo los espacios intercostales, y cuando el derrame disminuya, volverán las paredes sobre sí; mas no por eso dejarán de experimentar cambios en sus relaciones los órganos próximos, segun las variaciones que presente el líquido derramado, y entre otros el hígado y más el corazón, son los primeros en dislocarse.

SÍNTOMAS.—La pleuresía en ocasiones presenta pró-dromos, disgusto, inaptitud para el trabajo, escalofrios, laxitud y dolores vagos.

Otras veces su invasion es repentina, siendo lo comun empiece por escalofrios más ó ménos intensos, seguidos de calor y acompañados de un dolor agudo en uno de los lados del pecho, ordinariamente en la tetilla, á veces en la base, y rara vez ocupa todo el lado ó se extiende á la espalda; su carácter es vivo, pungitivo y dislacerante, impide el decúbito del lado sano, aumenta con los esfuerzos respiratorios, con la tos, la percusion y áun la auscultacion; hay disnea, tos seca, pequeña y poco frecuente, y si se presentan algunos esputos son fluidos, agrisados, sero-mucosos.

Por medio de la percusion, auscultacion y tambien palpacion, recogemos signos de gran valor diagnóstico. Por la primera, en un principio el sonido es claro, cuando la congestion subsiste será macizo, si el derrame se ha efectuado, obtendremos sonido obscuro en los

sitios que éste ocupe, y siempre que el derrame sea considerable, será completamente mate. Por la auscultación aún cuando no se marque el derrame, encontramos debilidad del murmullo respiratorio, cuando se efectúan los fenómenos exudatorios, las falsas membranas formadas dan lugar á que desaparezca la lisura de la serosa, y se percibe un ruido de frote, debido al deslizamiento de la pléura pulmonar sobre la costal. A medida que el derrame aumenta, hallamos tan debilitado el murmullo respiratorio, que llega á reemplazarle la respiración bronquial; si el derrame es mediano, se percibe la egofonía, y no deja de ser frecuente la bronco-egofonía: la respiración pueril la encontraremos en el lado sano. La palpación nos dejará conocer en unos casos la disminución, en otros la abolición de las vibraciones torácicas.

Enumerados los síntomas y signos más dignos de estudio para el diagnóstico de esta enfermedad, completamos el cuadro de ellos, agregando fiebre más ó ménos intensa, en relación con la violencia del dolor y desarrollo de la enfermedad; hay inapetencia, sed, lengua blanquiza ó rojiza, pulso frecuente, pequeño y contraído, á veces duro y desarrollado cuando el dolor no es muy agudo, calor aumentado, sequedad ó humedad de la piel, escasez de orina, y su color por lo comun rojo, sueño inquieto ó nulo, y pocas veces desarreglo intelectual, consistiendo éste, cuando existe, en delirio.

REFLEXIONES SOBRE LOS SIGNOS DIAGNÓSTICOS Y PRONÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD. — El diagnóstico de la pleuresía ántes de existir el derrame, puede ser difícil como no exista ruido de frote bien caracterizado, la disnea y el dolor en el costado puede referirse á una neuralgia intercostal, á una congestión pulmonar, á una neumonía incipiente, ó á una pleurodinia.

El derrame da lugar á signos físicos, que son los más importantes para el diagnóstico de esta afeccion. La matitez es signo característico de derrame; segun se acueste ó levante el enfermo, se observa que su nivel es variable, y aunque este signo no es fijo por ser comun á la pleuresía y al hidrotórax, será patognomónico de la primera, cuando ésta sea aguda y le acompañe dolor y fiebre.

La egofonia es signo tan decisivo como la matitez, pero éste no se presenta sino cuando el derrame es de mediana intensidad por lo ménos.

El ruido de fuelle inmediato á la matitez y por debajo es signo de auscultacion de gran valor, pero es preciso no confundir el ruido característico de fuelle ó resoplido, que en la pleuresía es muy suave, con igual ruido, pero duro y metálico, que se manifiesta en la pneumonía.

El ruido anfórico rara vez se nota en esta enfermedad, si se presenta indica existe gran derrame, que produce fuerte compresion en el tejido del pulmon.

Louis hizo una observacion que sanciona la experiencia, y es que el ruido respiratorio queda por espacio de años débil en el lado afecto, comparándolo con el que se percibe en el sano.

La medida cirtométrica nos suministra datos evidentes en aquellos casos en que hay confusion ó carencia de los signos más positivos para el diagnóstico. Diariamente puede apreciarse por ella la depresion torácica, segun se efectúe la reabsorcion, sobre todo en el lado afecto, comparándolo con el sano. El cirtómetro, pues, en muchos casos, es el único medio que puede darnos á conocer si el derrame está estacionado, se aumenta ó disminuye.

La aparicion del sudor es signo de excelente valor pronóstico, por lo general coincide con el principio de

reabsorción del derrame, y por lo tanto el alivio que sobreviene es grande.

Hemos manifestado ántes que son varias las formas de esta afección, y su conocimiento nos es de gran interés para el diagnóstico.

Hay la pleuresía seca, y ésta la encontramos principalmente en el curso de la tisis; la pleuresía doble, que por lo comun reconoce un origen tuberculoso: las interlobulares y del mediastino son pleuresías raras; mas por su gravedad é importancia, merece una ligera descripción especial la pleuresía diafragmática.

El práctico de los hospitales, Andral, dice que es la forma que más se aleja del tipo ordinario; y Guereau de Mussy, que ha hecho estudios especiales sobre esta enfermedad, es de idéntica opinión.

Si el derrame pleurítico existe en el costado derecho, puede simularse hasta cierto punto una afección de hígado, y aún faltando el derrame, lo cual acontece frecuentemente. Cuando el hígado se halla hipertrofiado, rara vez empuja al diafragma; y si por encima del límite superior normal del hígado encontramos matitez, probabilidad hay de que exista derrame pleurítico y el órgano esté comprimido. Cuando el hígado eleva mucho hácia arriba al diafragma, será extenso el sonido mate en la pared anterior del pecho, y más alto que en la posterior, aconteciendo lo contrario en los derrames pleuríticos; también observaremos las costillas inferiores algo hácia afuera, cuando el hígado esté igualmente aumentado.

El principio de esta pleuresía es violento, la disnea es tan extremada que no tarda en convertirse en ortopnea, dolor vivo que se extiende al hipocondrio y costado, y que por la presión de abajo hácia arriba en dicho hipocondrio, despierta dos puntos doloridos, uno

que corresponde al trayecto del nervio frénico, entre las ataduras inferiores del esterno-cleido-mastoideo, y el otro á uno ó dos dedos de la línea blanca, poco más ó ménos á la altura de la décima costilla; al mismo tiempo hay respiracion precipitada y jadeante, tos seca y frecuente, muy á menudo náuseas, vómitos é hipo, alguna vez ictericia; si bien se nota aceleracion de pulso, tambien está concentrado, y con las exacerbaciones nocturnas coincide agitacion y delirio, alguna vez coma, lo cual se nota cuando la terminacion es funesta, y esto no deja de ser frecuente.

Además de lo dicho en el cuadro sinóptico correspondiente, terminemos estas reflexiones de diagnóstico diciendo: que la pleuresía sin derrame se distingue por el ruido de frote de la pleurodinia; pero si en el principio no hay más síntoma que el dolor, es inevitable la duda.

Puede tomarse por una pleuresía la submatitez con debilidad del ruido respiratorio, signo que puede ser debido á una ligera congestion del pulmon.

Una pleuresía con trasudacion abundante, es confundible con una pneumonía; pero tengamos presente que la invasion de la segunda empieza por un escalofrio fuerte é intenso, lo cual casi nunca acontece en la primera; el retroceso á la curacion no es tan rápido ni completo, bajo la forma de *crisis*, en la pleuresía, como acontece con la pneumonía; en aquella, si bien alguna vez hay en los esputos estrías sanguinolentas, éstos son catarrales, nunca viscosos ni teñidos de anaranjado ó rojo, que, como queda dicho, son patognomónicos de ésta, y si cuando hay una pleuresía con derrame se nota dilatacion del pecho, matitez completa á la percusion, debilidad ó ausencia del ruido respiratorio, dislocacion del corazon é hígado, etc., en la pneumonía

ni está dilatado el pecho, por la percusion la matitez no es tan absoluta, el ruido respiratorio es casi bronquial, y no muda de sitio el corazon ni el hígado.

Ultimamente, no es raro encontrar la pléuro-pneumonia, pero en este caso, el derrame por lo comun es corto, la matitez notable hácia la base del pulmon, en cuyo punto hay falta absoluta de ruidos respiratorios, y en la parte superior de la matitez es donde se limita algunas veces la percepcion de la egofonia.

CURSO.—Es continuo y regular, si bien es enfermedad que puede ó no presentar fiebre desde el principio; casi podemos decir que en ocasiones sólo la caracteriza el dolor, en otras simplemente el ruido de frote, *pleuresia seca*.

DURACION.—A veces corta, de cuatro á seis dias; en otros casos es larga, pues si bien el derrame puede presentarse pronto, no siempre se efectúa la reabsorcion con rapidez, hay veces en que permanece estacionado y luego se reabsorbe con lentitud.

TERMINACION.—Esta puede ser favorable, y lo anuncia el reaparecer el ruido respiratorio y percibirse más sonoridad á la percusion; pueden presentarse fenómenos *críticos*, como sudores abundantes, hemorragias ó evacuacion bronquial; tambien propende esta afeccion á pasar al estado *crónico*, y en ocasiones termina por supuracion, constituyendo el empiema ó pyo-tórax. Puede en algunos casos terminar por la muerte, y ésta se anuncia por disnea considerable, que llega á convertirse en ortopnea, y se acaba la vida en un acceso de opresion ó síncope.

PRONÓSTICO.—Por lo comun, en la pleuresía aguda, cuando se presenta en el curso de una buena salud, casi siempre es favorable; sin embargo, hay pleuresías primitivas que tienen una forma especial, que ciertos

autores llaman latentes, éstas son insidiosas y se separan de esta regla, que podemos considerar como general.

Cuando las pleuresías son secundarias, con escasas excepciones, el pronóstico es funesto.

Si la pleuresía es seca, el pronóstico es favorable; en la de exudacion sero-fibrinosa abundante, el pronóstico es ménos grave si el curso de la enfermedad es rápido; si por el contrario es lento, entónces es gravísimo, pues aunque sea completa la reabsorcion suele llegarse á manifestar la tísis pulmonar.

Consideremos como signo favorable de gran valor pronóstico, que la reabsorcion sea rápida y sobre todo desde el principio. Por el contrario, tendrá valor pronóstico fatal el presentarse síntomas de edema del pulmon; el encontrar en la orina albúmina y sangre; el estar ingurgitado el sistema venoso (*hidropesia y cianósis*), y sobre todo, el que por largo tiempo persista el derrame.

TRATAMIENTO.—Si bien todo el método anti-flogístico ha sido recomendado para combatir esta afeccion, es necesario hacer ciertas advertencias, que ha sancionado el estudio y la experiencia de distinguidos prácticos.

La sangría no es indispensable para tratar esta enfermedad, sino en aquellos casos en que una indicacion sintomática la reclame; téngase en cuenta que la pleuresía, por su curso largo y penoso, á veces conduce á los estados anémico y consuntivo, y comprenderémos cuán grande es la importancia de este precepto. En cambio, las sangrías locales, en los más de los casos, tienen justa aplicacion.

Niemeyer aconseja en un principio las compresas empapadas en agua fria, y si los enfermos se resisten á su aplicacion ó el dolor y la disnea no se mejorasen, entónces son útiles las aplicaciones de sanguijuelas en

número crecido y aún repetidas, si es que el dolor reaparece, hasta conseguir el deseado alivio.

En el principio de la enfermedad, las fricciones en el costado afecto, una ó dos veces al día, con la pomada mercurial, es de una eficacia reconocida; como es de resultado positivo la aplicacion, en el sitio donde radica el afecto, de extensos vejigatorios en tiempo oportuno, ya para evitar el derrame ó favorecer su reabsorcion en el caso de que exista.

Al interior se ha recomendado el tártaro emético, el nitrato de potasa y más los calomelanos. Sabemos que el efecto de tales medicamentos es anti-flogístico, y estamos conformes con Niemeyer y otros autores modernos, para considerar en este caso su efecto muy problemático; aconséjese alguna tisana atemperante ó sudorífica, una ligera revulsion á los extremos inferiores si es preciso, dieta severa y quietud absoluta.

Pero además de este tratamiento, que constituye la indicacion morbosa, es indispensable tener presente la indicacion sintomática.

La fiebre puede ser muy alta y duradera, y entónces la digital en infusion, ó en sustancia, ó el extracto bajo la forma pilular, sólo ó asociado al sulfato de quinina, produce los mejores resultados.

Si un estado hiperémico colateral motiva gran disnea, se recurrirá á las evacuaciones generales de sangre; si, por el contrario, el estado anémico se inicia, como producido por la trasudacion y consuncion febril, no haya reparo en acudir á los preparados ferruginosos.

Ni los diuréticos, ni los purgantes, tienen eficacia reconocida para el tratamiento de la pleuresía, por más que los encomien algunos prácticos como útiles para favorecer la reabsorcion. Alguna confianza puede tenerse en los preparados de yodo al interior y exterior;

para realizar ese efecto en este caso, el jarabe de yoduro de hierro y la pomada yodada, serian los preparados más eficaces.

Últimamente, si con los medios indicados no se consigue la reabsorción del derrame pleurítico, tengamos presente, como dice Trousseau y recuerda Niemeyer, que cada día que pasa por el pulmón comprimido y el derrame aumenta, la probabilidad de curación disminuye, y crece el peligro de un fin mortal. Acudamos en este caso extremo, no habiendo complicación, á la *toracocentesis*, operación de poco peligro, y las más veces curativa de agudas pleuresías con gran derrame.

### Pleuresía crónica.

La inflamación crónica de la pléura es unas veces consecutiva á la aguda y otras es primitiva, presentando desde luego el carácter *crónico*.

CAUSAS.—Lo mismo que la aguda, es afección más común en el hombre que en la mujer, más frecuente en el lado izquierdo, puede ser parcial ó general; es raro se presente en los dos lados, pues casi siempre es simple. No es extraño se desarrolle en el curso de la tísia pulmonar, de determinadas lesiones del corazón, del cáncer del pulmón, y de ciertas enfermedades febriles, en el período de declinación, como acontece entre otras con la calentura puerperal y escarlatina.

SÍNTOMAS.—Si la pleuresía es primitivamente crónica, falta el dolor, sólo se inicia por un ligero desarreglo en la salud; si es consecutiva á la aguda, hay dolor, y en uno y otro caso tos seca y rara, á veces nula, expectoración ténue sero-mucosa, á ménos que haya bronquitis, pues entónces su carácter será mucoso, hay

opresion, respiracion anhelosa é imposibilidad de acostarse del lado sano, salvo algunas excepciones.

En cuanto á los signos físicos, encontramos muchas veces aumento de volúmen en el sitio donde el derrame existe, hinchazon edematosa en los tegumentos del mismo lado; por la percusion, sonido macizo en el punto afecto; por la auscultacion, el ruido respiratorio se percibe hácia el vértice y columna vertebral, y en muchas ocasiones no se nota; en el lado contrario y por encima del sitio afecto, hallamos la respiracion pueril, y en las inmediaciones del límite superior del derrame, se halla la respiracion bronquial.

Por lo que hace á los demás síntomas que se presentan, diremos que la fiebre es nula ó casi nula, á ménos que el líquido derramado sea purulento, pues entónces no sólo existe sino que es intensa, ofreciendo marcados recargos por las tardes; falta cuando el líquido que se derrama es seroso, como acontece en las pleuresías primitivamente crónicas, hay palidez, demacracion, desarreglos digestivos, etc. Obsérvase además la dislocacion del corazon, hígado y bazo, y si esta enfermedad es consecutiva á la tuberculizacion pulmonar, el enflaquecimiento es rápido, y la presencia de sudores y de diarrea anuncian un próximo y desastroso fin.

CURSO.—Siempre es lento el de esta afeccion.

DURACION.—Puede ser de dos á cuatro meses; pero no es extraño se prolongue año y medio ó dos.

TERMINACION.—Alguna vez es rápida y mortal por un acceso de sofocacion; tambien puede concluir del mismo modo, pero lentamente, á consecuencia de la fiebre héctica.

Cuando mejoren los síntomas generales, aunque no haya en los signos físicos cosa alguna que nos revele alivio, esperemos que la terminacion sea favorable;

acontece despues que se aclara la sonoridad del pecho, se percibe aunque débilmente el murmullo vesicular, el derrame desaparece de un modo paulatino, y suele buscarse paso al exterior, presentándose un tumor blando y fluctuante, acompañado de pastosidad en los tejidos inmediatos hácia el cuarto ó el quinto espacio intercostal; puede tambien el líquido derramarse en el vientre y sobrevenir una inflamacion peritoneal, y un fuerte golpe de tos ó un acceso sofocante dar salida al líquido derramado al través de los bronquios.

PRONÓSTICO.—Siempre es grave, aumentando la gravedad cuando hay complicacion tuberculosa, cuando el derrame es muy abundante, ó bien si esta afeccion sucede á la forma aguda. Si el padecimiento es antiguo y ha llegado á producir demacracion y fiebre consuntiva, no tardaremos en ver como se presenta la terminacion mortal.

TRATAMIENTO.—Si alguna vez está indicada la evacuacion de sangre, es tan sólo en la pleuresía primitivamente crónica, y en ese caso procédase con la mayor prudencia y circunspeccion.

Los principales medios de tratamiento son: exutorios al pecho, vejigatorios y sedales, fricciones con la pomada mercurial y unturas yodadas; al interior, á corta dosis, los antimoniales, dando la preferencia al óxido blanco y al kermes, asociado á los opiados: muchos encomian los diuréticos y laxantes, para favorecer la reabsorcion; úsense los calmantes para mitigar la tos, y sosténganse las fuerzas por los ligeros tónicos y alimentacion conveniente, debiendo colocarse estos enfermos en una habitacion de condiciones higiénicas favorables.

Si la disnea hiciese progresos, si la detencion prolongada de un líquido seroso ó purulento compromete-

tiese la vida del paciente, es indispensable hacer la operacion del empiema, recomendada por muchos autores y ejecutada muchas veces, con buen resultado, por el práctico del *Hôtel Dieu*.

## CAPÍTULO XXVII.

### Hidrotórax.

SINONIMIA.—Hydropleuria piórry; hidropesía de pecho.

Nunca es el hidrotórax una enfermedad idiopática primitiva, siempre es secundaria. En verdad no merece el nombre de enfermedad, por más que en las obras antiguas represente un papel importante, como el anasarca y otros derrames en distintas cavidades del cuerpo; más bien es síntoma de diferentes afecciones; es consecuencia de estados patológicos diversos; es complicacion de enfermedades siempre graves y rebeldes. Nosotros, tan sólo por seguir el uso establecido, incluimos el hidrotórax en las afecciones de la pléura.

CAUSAS.—Unas veces se presenta y desarrolla en el curso de ciertas enfermedades del pulmon, que dificultan la depresion del corazon derecho, y conduce á estancaciones venosas. En ciertas afecciones del corazon, como lesiones valvulares y degeneraciones carnosas, tambien se presenta. Otras veces el empobrecimiento de la sangre, la disminucion de albúmina, da lugar al hidrotórax; así es que lo observamos en determinadas caquexias, afecciones del riñon, disenterías, infecciones palúdicas, etc., y bien sea que dependa de una estancacion venosa, ó de una alteracion de

la sangre por falta ó empobrecimiento de alguno de sus principios constitutivos, siempre el hidrotórax constituirá un síntoma de la hidropesía general.

**SÍNTOMAS.**—La disnea considerable que se aumenta con los movimientos, y que obliga á los enfermos á sentarse, la hinchazon edematosa en los párpados y pequeñas articulaciones, la interrupcion repentina del sueño y algún otro síntoma, no tienen hoy el valor que le dieran los antiguos, llegando á considerar á alguno de éstos como patognomónico; hoy está comprobado, son propios de ciertas afecciones del pulmon, y de no pocas lesiones del corazon.

Indispensable es, por lo tanto, acudir al estudio de los signos físicos, por más que tengan no poca semejanza con los que hallamos en los derrames de la pléura.

Por el aspecto exterior, veremos dilatado el tórax si el derrame es de alguna consideracion. El hígado, que suele estar aumentado por efecto de la estancacion venosa, si el derrame es grande, está rechazado hácia abajo; mas el corazon no se disloca por comprimirle los dos lados del mediastino igualmente.

Por la palpacion, se observa que el estremecimiento del pecho es débil ó nulo, cuando el derrame toca la pared del mismo.

Por la percusion, se nota sonido timpánico por encima del derrame, mate en todo el sitio ocupado por el líquido.

Y últimamente, la auscultacion dejará percibir una respiracion bronquial, entre el homoplato y la columna vertebral.

**CURSO.**—Por lo comun continuo, rápido en alguna ocasion, las más veces lento.

**DURACION.**—Esta se halla en relacion con el curso de la misma.

TERMINACION.—Casi siempre mortal; pero está subordinada á la enfermedad que produjera el hidrotórax.

PRONÓSTICO.—Nunca deja de ser grave, y en el mayor número de casos es mortal, pues las lesiones orgánicas del pulmon y corazon son las que juegan el principal papel, para producir la afeccion que describimos.

TRATAMIENTO.—Lo que interesa es conocer la enfermedad principal, y combatirla con los medios apropiados, aunque para tratar el hidrotórax somos impotentes. Tengamos, no obstante, en cuenta que si la disnea es intensa, y la cantidad de líquido derramado crecida, debemos recurrir á la puncion, tratamiento paliativo recomendado por muchosautores, y sin duda aceptable.

## CAPÍTULO XXVIII.

---

### Neumotórax.

SINONIMIA.—Aeropleuria piorry; aire en el pecho.

Rara vez es afeccion primitiva, esencial; el derrame gaseoso de la pléura, por lo comun, es consecutivo á lesiones traumáticas ó á ciertas alteraciones que debemos conocer.

CAUSAS.—Estamos en este punto conformes con el práctico de Tubinga; los gases que se acumulan en la cavidad pleurítica no se segregan por las hojas de la pléura; un derrame pleurítico, en vias de descomposicion, puede desarrollar gases que se acumulan en el pecho, pero esto se observa rara vez; la produccion del neumotórax se debe á una abertura formada en la

pléura costal ó pulmonar que da paso al aire, reman-sándose éste en la cavidad pleurítica. Las verdaderas causas del neumotórax son indudablemente las distintas afecciones de que es su consecuencia. La rotura de la pléura costal ó pulmonar es la causa determinante del derrame gaseoso, perforacion que sobreviene por el trabajo morbosó, que tiene su asiento en el pulmon ó en la pléura, y que si bien unas veces motiva la rotura los progresos del mal, otras los esfuerzos de la tos, sacudidas fuertes, una contusion ó una compresion violenta pueden producirlo. Tambien una herida con perforacion de la pléura costal, sin que esté interesado el pulmon, puede motivar esta afeccion per la entrada del aire exterior, en el momento en que el pecho se dilata.

La operacion del empiema puede producirla del mismo modo, una fractura de costilla puede hacer que los fragmentos dilaceren el pulmon; pero siempre observaremos que la causa más comun del neumotórax traumático, es la herida de pecho que interese el parénquima pulmonar.

El neumotórax, tambien puede ser un accidente consecutivo á la tísis pulmonar, y la rotura de un absceso y la gangrena del pulmon pueden tambien producirlo. Una ulceracion del esófago ó del estómago puede dar lugar á una comunicacion anormal con la cavidad de la pléura, y determinar como caso raro el neumotórax.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Muy variable puede ser la cantidad de gas que se contenga en el pecho, y bien puede eso depender de la causa de la enfermedad y del estado preliminar del pulmon y pléura; la cantidad de gas será muy crecida si la pléura no tiene adherencias y el pulmon conserva su elasticidad normal.

La calidad de los gases varía en cuanto á la exactitud proporcional de los elementos constitutivos; el ázoe domina, despues sigue el ácido carbónico, y poca es la cantidad de oxígeno. El flúido gaseoso sólo lo consideraremos como un excitante directo de la inflamacion de la pléura, cuando contenga hidrógeno sulfurado, que será siempre que los productos gaseosos provengan de la descomposicion del pus, pues en los demás casos los flúidos aeriformes no ejercen accion nociva y provocan la inflamacion de un modo indirecto.

Atendiendo á los datos estadísticos, podemos consignar que es mucho más comun el derrame gaseoso y líquido, que no sólo el gaseoso.

Si no hay adherencias y solidificacion pulmonar marcada, observaremos que además del pulmon y corazon, los órganos abdominales sufren en el hidroneumotórax una dislocacion análoga á la que experimentan en todos aquellos casos en que hay pleuresía, con derrame más ó ménos notable.

SÍNTOMAS.—Si bien unas veces el desarrollo de esta enfermedad es lento, gradual y obscuro, otras su invasion es brusca y violenta, como sucede cuando se efectúa la rotura de una caverna, sintiéndose entónces una sensacion dilacerante interna, opresion y disnea considerable, que obliga á los enfermos á estar sentados ó acostarse del lado afecto, para permitir al sano todo movimiento; acusan además fuertes dolores en la base del pecho, síntoma que puede explicarse por la tension del diafragma ó por una pleuritis debida á la entrada del aire; tambien puede presentarse la cianosis é hinchazon en la cara y extremidades. A estos síntomas podemos agregar la pequeñez de pulso, frialdad en la piel, escasez de orina y colapso general.

Siempre el exámen físico del pecho puede facilitar-

nos datos de interés, pero éstos serán más perceptibles, cuando una cantidad crecida de aire llegue á acumularse en la pléura.

El aspecto exterior nos dará á conocer la dilatacion del lado enfermo, borrados los espacios intercostales y disminucion en la extension de los movimientos respiratorios, por estar distendidas las paredes del tórax.

Por la palpacion, comprenderémos además si el neumotórax es derecho, que el hígado está deprimido hácia abajo y el corazon dislocado hácia la izquierda; el temblor pectoral será débil y aún puede faltar en el lado enfermo.

La percusion dará un sonido claro, timpánico, si la tension de la pared torácica es muy grande; la percusion no la puede hacer vibrar, y aunque se haga fuertemente, sólo obtendremos un sonido mate, débil.

Por la auscultacion, veremos disminuir el ruido respiratorio, si existe aire y líquido en la cavidad pleural; sacudiendo el pecho se deja sentir la fluctuacion.

Si el neumotórax es producido por una perforacion del pulmon, que da paso al aire de los bronquios á la cavidad pleurítica, muy claramente notaremos el ruido anfórico.

El que exista ruido metálico no prueba que el aire éntre y salga con libertad en la pléura; puede estar cerrada la comunicacion anormal, y se perciben por tener timbre metálico los ruidos que aún en esa circunstancia se producen en el pulmon.

Si el neumotórax está enquistado, habrá carencia de gran número de los síntomas referidos; entónces, como dice Niemeyer, el signo más constante y seguro de esta clase de neumotórax será el sonido lleno de la percusion, unido á la falta de ruido respiratorio.

**CURSO.**—Es variable; ocasiones hay en que es rapidísimo, y otras sumamente largo y penoso.

**DURACION.**—Unas veces sólo dura el neumotórax una ó pocas horas, y otras semanas y áun meses; preciso es atender á la causa productora, pues si una rotura puede motivar que sea brevísima, una simple exhalacion hará que el curso sea lento y la duracion larga.

**TERMINACION.**—Atendiendo á lo que acontece, comprendemos que pueden presentarse súbitamente los más graves síntomas, poniendo fin á la vida en pocos minutos, ó pueden desarrollarse lentamente, pero al cabo siendo el término mortal.

**PRONÓSTICO.**—No hay caso en que pueda hacerse favorable, por ser constantemente mala la terminacion.

**TRATAMIENTO.**—Este es paliativo y sintomático. En aquellos casos en que el pulmon no comprimido está en un estado hiperémico, de tal consideracion que no puede funcionar como es debido, se halla indicada la sangría general, siempre que el enfermo no se halle destruido por padecimientos anteriores. Las sanguijuelas podrán aplicarse cuando los dolores que produce la tirantez del diafragma, ó tal vez una pleuresía, sean muy agudos; los tópicos calmantes y las bebidas béquicas y opiadas serán los únicos recursos de que podamos disponer.

La puncion del tórax, desde muy antiguo recomendada y con frecuencia practicada, últimamente hecha con un pequeño trocar, es una operacion que, si bien no modifica el estado del pulmon afecto, es muy útil para el sano, disminuyendo considerablemente la disnea que asfixia á estos enfermos.

Por lo demás, el neumotórax se tratará por los medios indicados al hablar de la pleuresía.

Algunos observadores nos hablan de quistes serosos desarrollados fuera de la pléura parietal. Su existencia puede sospecharse por los signos propios de los tumores cancerosos que se presentan en el pecho. Tales quistes pueden abrirse en la pléura, y sobrevienen entónces los signos de un derrame en el tórax; la puncion podria evitar la rotura y ser seguida del mejor éxito.

---

El cáncer de la pléura no se observa en estado primitivo, sino en la discracia cancerosa ó como consecuencia de otros que se han desarrollado en órganos inmediatos. Estos consisten en materia cerebriforme, y se conocen por los clínicos con el nombre de esteatomas.

Rara vez puede diagnosticarse el cáncer pleurítico, á ménos que el tumor sobresalga en un punto del pecho, ó bien que la misma enfermedad afecte otros órganos y sea visible al exterior. El desarrollo de este producto morboso es lento, y el tratamiento se reduce á calmar los síntomas que más puedan molestar al paciente.

---

La diatesis tuberculosa, y principalmente la tuberculizacion pulmonar, pueden desarrollar los tubérculos pleuríticos. Estos se presentan en una ú otra superficie de la pléura, ó bien en las falsas membranas que la tapizan.

Los tubérculos miliares forman chapas aisladas ó de una extension que cubre una parte considerable de la pléura, reunidos entre sí por falsas membranas. La materia tuberculosa suele presentarse sin forma marcada. Los tubérculos más comunes son los que se manifiestan en la pléura pulmonar, y de aquí que por sus síntomas no se diferencien de los del pulmon; los extrapleuríticos, que se presentan bajo la pléura costal, ocupan la parte anterior y posterior de la pared torácica; éstos se reblandecen con frecuencia, forman abscesos y perforan la pléura.

Los síntomas generales de esta afeccion son los de la tisis pulmonar, y su etiología, pronóstico y tratamiento puede referirse á cuanto dejamos consignado al tratar la tisis pulmonar y la pleuresía crónica.

---

## CUADROS SINÓPTICOS DEL DIAGNÓSTICO.

EPISTAXIS.	HEMOTISIS.	HEMATEMESIS.
<p>El conmemorativo no suministra dato que pueda referirse á padecimiento gástrico ni pulmonar.</p> <p>Precede al vómito de sangre alguna hemorragia nasal. Sale la sangre en coágulos por espucición ó ligera tos, y es negra.</p> <p>Se observan coágulos en las fosas nasales.</p> <p>Falta de signos de afección alguna de pecho y vientre.</p>	<p>Las más veces hay datos importantes en el conmemorativo.</p> <p>O sale la sangre con grandes esfuerzos de tos ó á bocanadas, y es espumosa y rutilante.</p> <p>No hay coágulo alguno en las fosas nasales.</p> <p>Por la percusión y auscultación, signos de tubérculos pulmonales.</p>	<p>El conmemorativo demuestra la existencia de alguna afección de estómago.</p> <p>Desde luego se presenta el vómito.</p> <p>No hay vestigio de coágulo en la fosa nasal.</p> <p>Carencia de síntomas de pecho.</p>

LARINGITIS CATARRAL AGUDA.	LARINGITIS ULCEROSA.
<p>Causas de carácter catarral.</p> <p>Se presenta concomitante á los fenómenos locales, un cuadro de síntomas catarrales.</p> <p>La voz se pone ronca, casi nunca afónica.</p> <p>Expectoracion mucosa ó moco-purulenta.</p> <p>Termina en general por curación.</p>	<p>Causas discrásicas, como tuberculosis, sfilis, etc.</p> <p>Los fenómenos locales se presentan dentro del cuadro sintomático del afecto productor del proceso.</p> <p>Afonía casi siempre.</p> <p>Expectoracion moco-sanguinolenta y puriforme.</p> <p>La terminacion es al finalizar el mal productor, siendo la muerte la que con avidez se apodera de los afectos.</p>
LARINGITIS CRÓNICA.	LARINGITIS ULCEROSA.
<p>Cuando es simple, su etiología no participa de ningun carácter general discrásico.</p> <p>Ligero dolor.</p> <p>Ronquera grave.</p> <p>Expectoracion puramente mucosa si es simple; si no lo es, moco-purulenta.</p> <p>Nada se descubre en la epiglótis.</p>	<p>Estados discrásicos son los que la determinan.</p> <p>Dolor más ó ménos vivo.</p> <p>Afonía.</p> <p>Expectoracion de materiales moco-purulentos, y áun estriados de sangre.</p> <p>Algunas veces engrosamiento y ulceraciones más ó ménos extensas y profundas.</p>

## LARINGITIS ESTRÍDULA.

Es más frecuente ántes de los 2 años, sin dejar por esto de presentarse de 7 en adelante.

Aparece de un modo esporádico.

Sólo depende de corrientes sensitivas muy aumentadas.

Aparece en el curso de una flegmasia.

Accesos de sofocacion y tiempo de verdadera calma.

Tos y voz de ahullido de perro.

No hay exudado que deba estudiarse.

## LARINGITIS CROUPAL.

Por lo comun se presenta de 2 á 7 años.

La causa obra epidémicamente.

Casi siempre es una modificacion morbosa general.

Puede estallar sin pródomos.

Accesos de sofocacion, interrumpidos por espacios de sosiego y tranquilidad.

Tos y voz afónica.

Presencia de pseudo-membranas en la cámara posterior de la boca y laringe.

EDEMA DE LA GLOTIS.	LARINGITIS ESTRIDULA.	CROUP.
<p>Las causas son, en primer lugar, todas las que producen una alteración en el hígado.</p>	<p>Un estado hiperestésico laríngeo.</p>	<p>Son desconocidas.</p>
<p>Se presenta de un modo gradual.</p>	<p>Los síntomas de invasión son muy ligeros.</p>	<p>Casi siempre la invasión es brusca.</p>
<p>Voz ronca ó baja.</p>	<p>Voz tomada simplemente.</p>	<p>Voz apagada.</p>
<p>Rodete mucoso apreciable al tacto.</p>	<p>Tan sólo enrojecimiento.</p>	<p>Presencia de falsas membranas.</p>
<p>Gánglios no infartados.</p>	<p>Ningun infarto en los linfáticos del cuello.</p>	<p>En los gánglios cervicales, casi siempre infartos.</p>
<p>No se marcan verdaderos accesos de sofocación.</p>	<p>Accesos menos intensos y duraderos, en el intervalo de ellos casi carencia de síntomas.</p>	<p>Accesos de sofocación con inspiración sibilante y espiración prolongada, siendo alarmante el intervalo de los accesos.</p>

<p style="text-align: center;"><b>CONGESTION ACTIVA PULMONAR.</b></p> <p>Temperamento sanguíneo, buena constitución, desarrollo de la caja torácica.</p> <p>Entre los afectos cardíacos causantes de ella, están la hipertrofia sin lesión valvular, y sobre todo la ventricular derecha.</p> <p>Súbita subida de la sangre á los pulmones, causando á veces pronto la muerte una hemotísis violenta.</p>	<p style="text-align: center;"><b>EDEMA DEL PULMON.</b></p> <p>Pueden existir contrarias circunstancias.</p> <p>Pueden existir dilataciones más ó ménos extensas.</p> <p>Trabajo lento, sobreviniendo éste casi siempre antecedido de éxtasis pneumónico.</p>
<p style="text-align: center;"><b>BRONQUITIS CAPILAR.</b></p> <p>Continúa é intensa disnea.</p> <p>Voz con su timbre natural.</p> <p>Respiracion frecuente, corta y anhelosa.</p> <p>Por la auscultacion, estertores mucosos y sonoros, casi siempre extensos.</p> <p>Alguna vez se expulsan falsas membranas ramificadas.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CROUP.</b></p> <p>La disnea aparece por accesos.</p> <p>Voz apagada.</p> <p>Inspiracion sibilante, la respiracion se efectúa con esfuerzo.</p> <p>Hay silbido inspiratorio y debilidad del ruido respiratorio, que se aprecia por la auscultacion.</p> <p>Expulsion de falsas membranas de forma cilíndrica.</p>

BRONQUITIS DE LOS GRUESOS BRONQUIOS.

Las causas son de carácter catarral.

Hay cosquilleo y dolor detrás del esternon.

La percusion nos dá resultado negativo.

Estertor de gruesas burbujas.

Espustos grandes redondeados, aireados y que sobrenadan.

Fiebre de carácter catarral es lo comun acompañe á este cuadro de sintomas.

La terminacion casi siempre favorable.

BRONQUITIS DE LOS FINOS BRONQUIOS.

Ó se presenta propagada la flegmasia de puntos afectos, ó tiene un carácter discrásico general digno de estudio.

Dolor en una parte del pecho.

El sonido puede ser timpánico ó mate.

Estertor sibilante.

Espustos deformes sin aire, mayor densidad, pues se precipitan.

Fiebre alta, sin ser por lo comun la causante del mal.

Muchas veces termina por la muerte.

## PNEUMONIA.

Fiebre intensa.  
 Dolor de costado ó en distinto punto del pecho.  
 Donde hay ruido anormal, obscuridad de sonido.  
 En un sólo lado en la parte posterior estertor crepitante.  
 Son característicos los esputos, presentando los propios de los distintos períodos de la pneumonia.

## PNEUMONIA.

No es la ansiedad muy intensa.  
 Tampoco la disnea es considerable.  
 En una pequeña extension del pulmon, hay estertor subcrepitante.

## BRONQUITIS.

Fiebre de mediana intensidad.  
 Dolor subesternal.  
 Sonoridad normal torácica.  
 En los dos lados del pecho en la parte posterior é inferior, se observa estertor subcrepitante.  
 Los esputos nulos al principio, despues serosos y filamentosos; más tarde voluminosos, opacos, blancosúccios ó amarillentos, pesados y no aireados.

## BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.

Ansiedad extremada.  
 Gran disnea.  
 Estertor subcrepitante en todo el pecho.

## CAVERNAS TUBERCULOSAS.

Enflaquecimiento antiguo bastante notable.

Sudores abundantes nocturnos.

Hemotísis frecuentes.

Diarrea pertinaz.

Presencia de signos estetoscópicos en el sitio que corresponde á los lóbulos superiores.

En el punto á donde corresponden las cavernas, sonido anormal ó macizo.

Respiracion cavernosa.

Hay pectoriloquia.

## DILATACION DE LOS BRONQUIOS.

Enflaquecimiento poco marcado á pesar de la anti-  
güedad.

No hay sudores nocturnos.

Falta de hemotísis.

No existe diarrea habitual.

En cualquier punto del pecho se perciben mejor los  
signos físicos que en el vértice del pulmon.

En algunas ocasiones falta de sonido macizo: en el pe-  
cho sonido normal.

Respiracion bronquial.

En gran extension broncofonía.

HEMOTISIS IDIOPÁTICA.	HEMOTISIS SINTOMÁTICA.
<p>No hay signo alguno de tisis, ni de afección del corazón, ni de los grandes vasos.</p> <p>Coincide con robustez y plenitud.</p> <p>Se presenta por lo comun en reemplazo de otros flujos, principalmente del menstroo.</p> <p>Sigue á la hemotisis marcada mejoría.</p>	<p>Hay signo de tisis, ó de alguna lesion cardiaca, ó de los vasos grandes.</p> <p>Recae en sugetos débiles, mal constituidos.</p> <p>No es hemorragia supletoria.</p> <p>Si hay alivio es corto y pasajero.</p>
PNEUMONIA.	PLEURESIA.
<p>Frio fuerte y duradero.</p> <p>Fiebre intensa desde el principio, en relacion con la extension del mal.</p> <p>Hay estertor crepitante ó subcrepitante.</p> <p>Espustos característicos, herrumbrosos, etc.</p> <p>La agitacion, tos y disnea considerables.</p> <p>Perceptible elasticidad á la percusion: el sonido, si bien macizo, por lo comun es ménos marcado.</p> <p>El soplo bronquial es más superficial, pero más consistente.</p>	<p>Comienza por escalofrios.</p> <p>Ligera fiebre.</p> <p>No hay estertor.</p> <p>Expectoracion mucosa, ó sero-mucosa.</p> <p>Poco notable la agitacion, tos y disnea.</p> <p>Sonido obscuro ó mate completo, y falta de elasticidad por debajo del dedo que percute.</p> <p>El soplo bronquial es profundo y poco frecuente.</p>

TÍISIS TUBERCULOSA.	TÍISIS CASEOSA.	TÍISIS PURULENTA.
<p>Temperamento linfático.</p> <p>Constitucion por lo comun pobre.</p> <p>Edad juvenil.</p> <p>Es hereditaria.</p> <p>Basta un ligero catarro.</p> <p>El curso es constante, mas por lo comun lento.</p>	<p>Temperamento sanguíneo.</p> <p>Constitucion vigorosa.</p> <p>Edad viril.</p> <p>No juega papel la herencia.</p> <p>Antecede una pneumonia.</p> <p>Hay momento de remision aparente antes de la verdadera evolucion de la tisis.</p>	<p>—</p> <p>Es indiferente la constitucion.</p> <p>Vejez.</p> <p>No es hereditaria.</p> <p>Casi constantemente la precede una pneumonia.</p> <p>Segun los perfodos sin interrupcion.</p>

## TÍ SIS P U L M O N A R .

<i>En el principio.</i>	<i>Final del primer período.</i>	<i>Segundo período.</i>	<i>Cavernas extensas.</i>
Tos seca.	Tos frecuente.	Tos rebelde.	—
Espustos mucosos.	Espustos opacos, agrisados ó verdosos.	Espustos estriados de san- gre, opacos, grisés.	Puriformes.
Disnea.	—	Respiracion traqueal y áun cavernosa.	Respiracion anfórica.
Dolores vagos en el pecho.	—	—	—
Suele haber sudores noc- turnos.	Sudores.	—	—
Enflaquecimiento poco marcado.	Suele haber alteraciones digestivas y deterioro notable.	Marasmo.	—
Obscuridad de sonido por debajo de una ú otra cla- vícula.	Sonido macizo extenso y completo.	Sonido macizo en gran extension.	Ruido de olla cascada, mejor rota.
No pocas veces hemotísis.	Hemotísis.	—	—
—	Estertor subcrepitante y resonancia de la voz.	Estertor mucoso, á veces gorgoteo y pectorilo- quia.	Reintín metálico.

## CUARTA SECCION.

---

### Enfermedades del aparato circulatorio.

#### CAPÍTULO I.

---

EXPLORACION.—De la misma manera que al ocuparnos de la exploracion del aparato respiratorio no nos detuvimos más que en aquellos puntos que teniamos que elegir, para poder separar unos síntomas de otros, y de ese modo conocer los que dependen de los bronquios, pulmon, pléura, etc.; al querer hacer ahora la investigacion en general de las lesiones circulatorias, sólo mencionaremos aquellos medios remotos de que nos valemos, modo de aplicarlos y resultado que fisiológicamente nos dan; tesoro precioso que servirnos puede en cada afeccion para comprender las alteraciones que les son peculiares.

Como quiera que el aparato circulatorio consta del órgano central, corazon, sus cubiertas, arterias, venas y trama capilar, estudiaremos primero el modo de hacer el reconocimiento del corazon, y luego pasaremos á apreciar la manera de llevar á efecto el de lo restante.

### Exploracion del corazon.

Hay en este órgano que observar el modo de ser de sus paredes, y así vendremos á diagnosticar las hipertrofias, atrofas, dilataciones, etc.; tambien el estado de sus orificios y válvulas, para poder conocer las estrecheces y las insuficiencias, la mayor ó menor normalidad de sus revoluciones, y aislarémos de otros afectos las pneumonías, las palpitaciones, etc.

Por último, no descuidemos en su exámen cuál sea el estado de sus cubiertas externa é interna, esto es, exige el más prolijo reconocimiento el *pericardio* y el *endocardio*.

Para todo ello, pues, la percusion, la auscultacion, la palpacion y la esfigmografia, son los procederes de que debemos valernos si aspiramos á llenar cumplidamente el objeto.

### PERCUSION PRECORDIAL.

Esta puede practicarse sólo con los dedos ó con el plexímetro, y en una extension que se limita por arriba por el cuarto espacio intercostal, hácia abajo por el sétimo, por dentro es el límite el borde esternal, y por la parte de afuera la region torácica lateral izquierda.

Siempre que efectuemos metódicamente este acto, conseguiremos cerciorarnos si la matitez cardiaca sobrepasa ó no llega á aquellos confines que consideramos normales.

## AUSCULTACION.

Al hablarnos los autores de los ruidos del corazón, por regla general sólo hacen mérito de dos, seguidos de un momento de silencio. Necesario es decir que esta exposición falta á la verdad fisiológica, y por lo tanto con ello se oscurece el diagnóstico de las lesiones cardiacas. Nosotros, en vista de esto y siguiendo los últimos estudios y muy notables adelantos habidos sobre este punto, disociaremos estos dos ruidos en cuatro ruidos dobles, propiamente dicho: y, si quisiéramos aislarlos más, podríamos agregar otros cuatro suplementarios, propagados de un punto distinto de donde auscultamos; pero verificándose en el mismo tiempo que los otros, y de consiguiente siendo imposible separarlos en el estado fisiológico, creemos oportuno no darles valor aislado.

Pero al conceptuar por más de un estilo sumamente difícil este trabajo, nos ha parecido preferible, para la mejor inteligencia, hacer un cuadro sinóptico donde se expresan los movimientos y ruidos, la relación que existe entre ambos, el sitio donde debemos buscarlos, y cuáles son las causas que los producen.

Estos ruidos, señalados en el siguiente cuadro colocado á la vuelta, nos ofrecen un caudal de elementos para conocer las alteraciones cardiacas, con especialidad las de los orificios y válvulas. Dichas modificaciones son peculiares al cuadro sintomático de cada entidad patológica, ocupándonos de ellas al desarrollar éstas.

En general pueden considerarse:

1.º Con relación al sitio, *mutaciones de lugar en los focos de auscultación.*

2.º Con relacion al ritmo, *irregularidad en su sucesion.*

3.º Bajo el punto de vista de su extension, *propagacion de los ruidos á regiones distantes.*

4.º Segun su intensidad, *aumento ó disminucion de éstos.*

5.º Estudiando los ruidos anormales, correspondientes á los fisiológicos, vemos: el de *soplo*, el de *fuella*, el de *escofina*, el de *lima*, el de *sierra*, el de *torno*, etc., los que tienen significacion distinta, segun en el tiempo que se presentan.

6.º y último. A más de éstos se desarrollan otros de dos orígenes; unos causados por separacion de los dos tonos, que constituyen normalmente cada uno de los auscultados, en la base durante el sístole ventricular, y en la punta mientras el principio de su diástole, y otro patognomónico en ciertos afectos que, de nueva formacion, se presenta en el momento de silencio, durante el sístole auricular.

Con tales datos podemos dar por terminado lo referente á la auscultacion del corazon, pasando á la

#### PALPACION.

Colocando la mano en la region precordial, comprendemos la mayor ó menor intensidad en sus movimientos, y la relacion ó enlace de ellos, apreciando si están frecuentes ó tardos, si guardan ó no regularidad, ó si falta alguno en cualquiera de sus tiempos.

A más de lo dicho, con la palpacion apreciamos una alteracion en las contracciones del corazon, un estremecimiento parecido al ruido y trepidacion de un torno, ó á la carretilla, segun se dice vulgarmente, de un

Ruido resultante: PRIMER RUIDO.

En el borde lateral derecho del esternon, sobre la tercera articulacion sindroco-costal. . . . .	SITIO DE ELECCION.	{ En el borde lateral derecho del esternon, sobre la tercera articulacion sindroco-costal. . . . .
Correspondien- do al sistole ventricular izquierdo. . . . .	RUIDOS.	{ Uno producido en el sitio que auscultamos; otro propagado: ambos producidos al mismo tiempo . . . . .
En la base.	CAUSAS.	{ El primero es determinado por la expansion brusca de la aorta. . . . . { El segundo propagado por la repercusion del chasquido mitral . . . . .
En el vértice.	SITIO DE ELECCION.	{ En el borde lateral izquierdo del esternon, sobre la misma articulacion . . . . .
Correspondien- do al sistole ventricular derecho. . . . .	RUIDOS.	{ Uno producido en el sitio que auscultamos; otro propagado: ambos se producen al mismo tiempo . . . . .
En el vértice.	CAUSAS.	{ El primero es determinado por la expansion brusca de la arteria pulmonar. . . . . { El segundo, propagado por la repercusion del chasquido tricúspide . . . . .
En el vértice.	SITIO DE ELECCION.	{ En el encuentro de una vertical que, descen- diendo de la teñilla izquierda, caiga sobre el quinto espacio intercostal. . . . .
Correspondien- do al sistole ventricular izquierdo. . . . .	RUIDOS.	{ Uno sólo producido en el mismo sitio que aus- cultamos . . . . .
En el vértice.	CAUSAS.	{ Tension brusca de la válvula mitral . . . . .
En el vértice.	SITIO DE ELECCION.	{ En la base del apéndice xifoides . . . . .
Correspondien- do al sistole ventricular derecho. . . . .	RUIDOS.	{ Uno sólo producido en el sitio que auscultamos. . . . .
En el vértice.	CAUSAS.	{ Tension brusca de la válvula tricúspide . . . . .

Primer tiempo de los cuatro ruidos parciales.

MOVIMIENTOS.

Contraccion ó sistole ven- tricular, con diástole au- ricular. . . . .

Ruido resultante: SEGUNDO RUIDO.

En el borde lateral derecho del esternon, sobre la tercera articulacion sindroco-costal. . . . .	SITIO DE ELECCION.	{ En el borde lateral derecho del esternon, sobre la tercera articulacion sindroco-costal. . . . .
Correspondien- do al diástole ventricular izquierdo. . . . .	RUIDOS.	{ Uno sólo, producido en el mismo sitio que aus- cultamos . . . . .
En la base.	CAUSAS.	{ Descenso brusco de las sigmoideas aórticas. . . . .
En la base.	SITIO DE ELECCION.	{ En el borde lateral izquierdo del esternon, so- bre la misma articulacion anterior. . . . .
Correspondien- do al diástole ventricular derecho. . . . .	RUIDOS.	{ Uno sólo, producido en el mismo sitio que aus- cultamos . . . . .
En la base.	CAUSAS.	{ Descenso brusco de las sigmoideas pulmonares. . . . .
En el vértice.	SITIO DE ELECCION.	{ En el encuentro de una vertical que, descen- diendo de la teñilla izquierda, caiga sobre el quinto espacio intercostal. . . . .
Correspondien- do al diástole ventricular izquierdo. . . . .	RUIDOS.	{ Uno producido en el mismo sitio que auscul- tamos: otro propagado. . . . .
En el vértice.	CAUSAS.	{ El primero, irrupcion de la sangre en el ven- trículo izquierdo. . . . . { El segundo, repercusion de las sigmoideas aórf- ticas . . . . .
En el vértice.	SITIO DE ELECCION.	{ En la base del apéndice xifoides . . . . .
Correspondien- do al diástole ventricular derecho. . . . .	RUIDOS.	{ Uno producido en el mismo lugar que auscul- tamos: otro propagado . . . . .
En el vértice.	CAUSAS.	{ El primero, irrupcion de la sangre en el ven- trículo derecho. . . . . { El segundo, repercusion de las sigmoideas pul- monares. . . . .

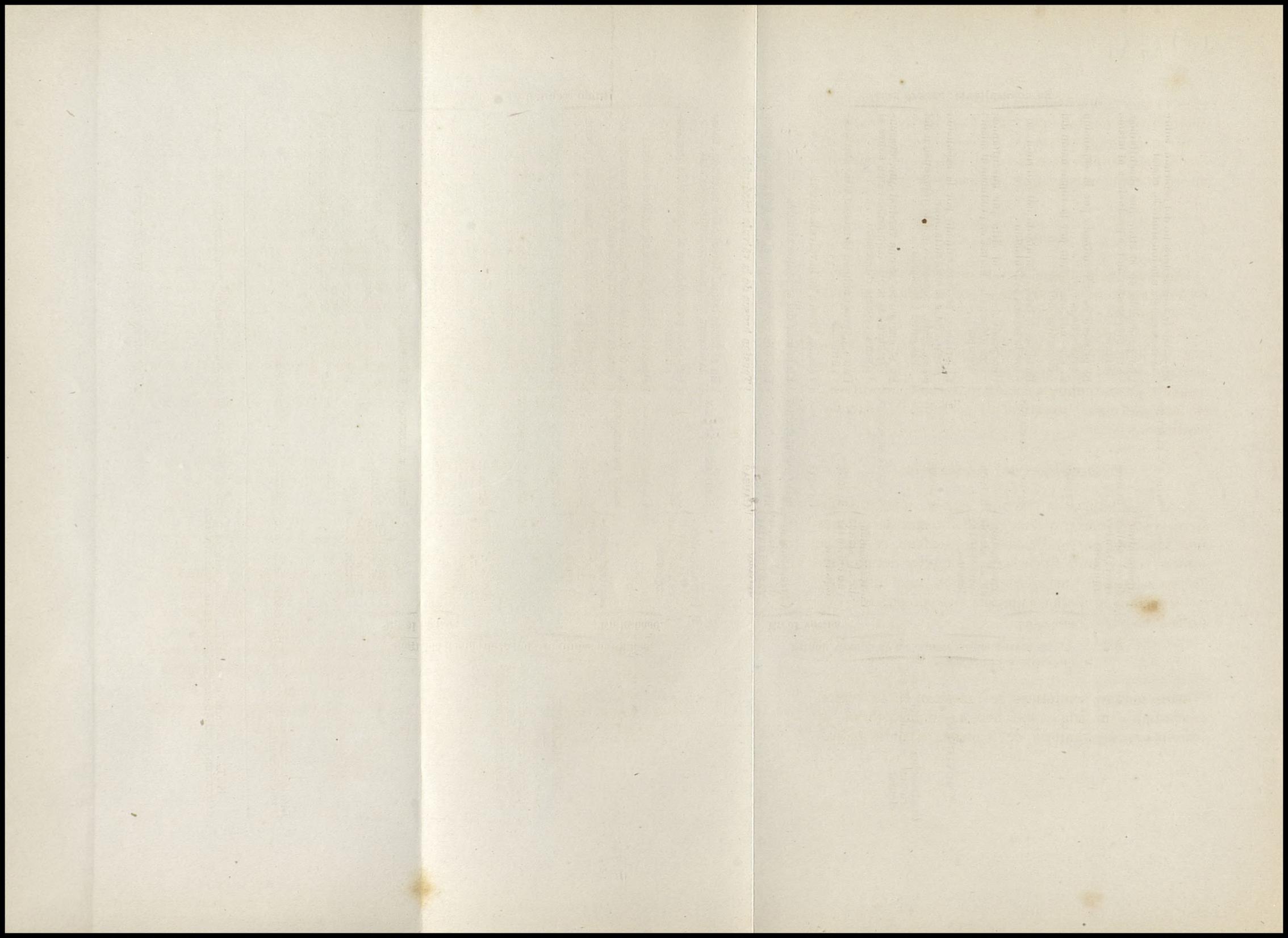
Segundo tiempo de los cuatro ruidos parciales.

MOVIMIENTOS.

Relajacion ventricular y au- ricular, ó sea primer tiem- po del diástole ventricular

Diástole ventricular y sis- tole auricular . . . . . } En el estado fisiológico, ausencia completa de ruidos.

NOTA.—Cuando hay estrechez de los orificios mitral y tricúspide, la sangre impulsada por la aurícula roza contra éstos y determina un ruido anormal, que se llama *preístáltico*.



gato, el que, sintomático de determinadas lesiones, se le apellida estremecimiento, según Corvisart y Laennec.

Hermanando la palpación con la simple inspección, estudiamos las elevaciones y depresiones anormales que ofrece la caja torácica en su porción izquierda y media.

#### ESFIGMOGRAFÍA.

Este medio de diagnóstico lo desarrollaremos en el reconocimiento de las arterias, donde reclama su aplicación con más especialidad.

Hecha la exploración del corazón por los medios que quedan fijados, debemos, para completar este estudio, buscar los fenómenos que nos indiquen las lesiones de sus cubiertas, tanto externa como interna, es decir, debemos investigar el pericardio y el endocardio.

#### Exploración del pericardio.

Esta membrana, de textura serosa, que sabemos envuelve al corazón y los grandes vasos, de quienes está separada por el líquido que segrega, y que se adhiere como punto fijo á la cara superior del diafragma, es asiento de varias enfermedades cuyo diagnóstico se aclara y perfecciona por los procedimientos que siguen.

#### PALPACION Y PERCUSION.

Estos medios semióticos se practican en la región precordial, limitada como hemos establecido en la descripción exploratoria del corazón. Por la palpa-

cion, apreciamos la mayor ó menor fuerza impulsiva del órgano centro circulatorio, la cual puede estar modificada por un aumento ó disminucion de líquido seroso, ó tal vez por delgadez ó engrosamiento de la membrana pericardiaca, comprendiéndose desde luego que dichas alteraciones modificarán la impulsión cardiaca al trasmitirse á la pared torácica. La percusión, practicada con detenimiento, nos indica la extensión mayor ó menor de la matitez cordial, y por lo mismo nos da á conocer aquellos estados que descubrimos, y de los cuales queda hecho mérito por el proceder que antecede.

#### AUSCULTACION Y MEDICION.

Si aplicamos la oreja al pabellon del estetoscopio, ó á la misma region precordial, hallaremos que en las lesiones del pericardio hay unas veces aumento, otras disminucion de los ruidos, lo cual nos sirve para completar el diagnóstico de sus afectos, ilustrándonos en el modo de ser de su estructura y secrecion. Además puede percibirse un ruido que se llama de *roce*, de vida patológica anormal por excelencia, que suele indicarnos los estados inflamatorios crónicos de esta membrana, cuando llega á frotar contra las paredes del tórax.

Por la medicion, podremos comprender las diferencias de disminucion que pueda haber en ambos lados del pecho, pues la region á que el corazon corresponde puede estar más ó ménos elevada, deprimida ó desigualmente arqueada, y esto que en ciertos casos puede ser un vicio de conformacion, congénito ó adquirido por diversas circunstancias, en otros puede motivarse por lesiones que son propias, ya del corazon, de los grandes vasos ó de sus cubiertas.

Consultemos siempre en la exploracion pericardiaca el estado general del paciente; fijémosnos en la disnea, fisonomía característica del pulso, y algun otro dato que pueda contribuir á aclarar convenientemente las afecciones, no pocas veces obscuras, de esta interesante cubierta.

### Exploracion del endocardio.

No ya como protectora esta membrana, sino formando parte del mismo órgano, se encuentra tapizando la pared interna del corazon y grandes vasos, constituyendo, por decirlo así, los repliegues valvulares que reclaman tanta atencion en el estudio que es necesario hacer de las enfermedades *cardio-vasculares*.

La exploracion de sus alteraciones no tiene aquel carácter preciso que hemos asignado y con justicia reconocido en otras afecciones del corazon; así pues, la auscultacion es la única que, dándonos alguna vez á conocer ruidos de *soplo*, podrá aclararnos algo sobre el diagnóstico, uniendo el resultado de esta exploracion al estado en que se presente el pulso, y al cortejo de síntomas generales que le acompañen.

### Exploracion de los vasos.

No debe hacernos fijar solamente la atencion el modo de explorar el aparato circulatorio en cuanto pueda referirse al órgano central; es indispensable tambien investigar fenómenos de gran valor diagnóstico, suministrados por los vasos, tubos que como sabemos conducen el líquido hemático á todo el organismo. Estos vasos ofrecen tres categorías, á saber: arterias,

venas y red capilar, negada por los anatómicos modernos.

### Exploracion de las arterias.

El medio por el cual apreciamos el estado de la circulacion en los vasos arteriales es el pulso; por él, desde los más remotos tiempos de la Medicina, casi desde su cuna, venimos traduciendo expresiones patológicas, no sólo propias del árbol circulatorio, sino tambien referentes á la economía en general.

Para practicar este reconocimiento vascular, nos valemos de los dedos ó de un aparato á propósito, que se conoce hoy con el nombre de *esfigmógrafo*.

La sensacion tactil de los dedos nos proporciona el conocimiento del estado del pulso, su dureza ó blandura, su dilatacion ó contraccion, su plenitud ó pequeñez, su tardanza, variaciones en su ritmo, dicrotismo, irregularidad, intermitencia; en una palabra, cuantos caracteres es susceptible de presentar. Pero así como para precisar el número de pulsaciones nos valemos del *pulsímetro*, de un simple reloj de segundos, del mismo modo para comprobar con exactitud las condiciones de la onda sanguínea nos valemos del *esfigmógrafo*, único medio que nos proporciona tan preciosos datos.

Este instrumento, debido al génio de M' Vierordt, consiste en una palanca, que por un extremo ejerce suave presion sobre la arteria, mientras que por el otro, cuyo brazo siendo diez ó veinte veces más largo, lleva un lápiz en su punta, señala, al comunicar el movimiento arterial, una línea quebrada sobre un papel dispuesto para el objeto.

No sólo se conoce este *esfigmógrafo*, que es el primitivo, existen además los de M. Starey, M' Berti y otros,

en cuya descripción no penetramos por no hacer extenso este capítulo, y por ser objeto más bien de los estudios fisiológicos.

Si el pulso es un excelente medio para recoger datos de inmenso valor en el diagnóstico de las enfermedades, no olvidemos al hacer la exploración de las arterias recurrir á la auscultación; por ella apreciamos á lo largo de un tubo arterial ruidos de fuelle, de doble corriente, de diablo y otros, fenómenos interesantísimos para llegar en muchos casos á hacer un diagnóstico completo, y en no pocos á aclarar las muchas dudas que pueden presentarse.

### Exploración de las venas.

Para practicar la inspección del árbol venoso es indispensable fijarse en sus flexuosidades, dilataciones parciales ó generales, éxtasis, etc.

El tubo venoso puede ofrecernos también un movimiento impulsivo, un verdadero pulso, fenómeno que es anormal, siempre que no dependa del que pueda transmitirle una arteria inmediata. No deja de presentarse este síntoma con alguna frecuencia en las yugulares, y entónces lo atribuimos con justificado motivo á una lesión de la válvula tricúspide ó del orificio aurículo ventricular derecho.

Lo que dejamos manifestado, unido á los trastornos funcionales que á ellos acompaña, es lo bastante para apreciar suficientemente las lesiones venosas.

### Exploración de los vasos ó malla capilar.

Estos tubitos capilares según unos, ó esa malla ó trama lagunar según otros, donde desaguan y reciben

sangre los distintos vasos, tendremos que, al ser dependientes de las arterias y venas, sus trastornos se aprecian por el estado de sus generadores, por la manifestación del órgano donde se efectúan los desórdenes capilares, y también en muchos casos por el modo de ser del ritmo cardiaco, pues esta víscera, por los datos que la fisiología nos suministra, tiene en la trama capilar una constante resistencia, mayor ó menor segun aumente ó disminuya la tension de la sangre que encierran.

## CAPÍTULO II.

### Enfermedades del corazon.

#### Pericarditis.

DEFINICION.—Es la inflamacion de la membrana serosa que envuelve al corazon.

CAUSAS.—Frecuente como afeccion secundaria, rara vez la verémos como primitiva, y en este último caso la produce el traumatismo en la zona del corazon, y en algunas ocasiones se debe á la influencia del frio intenso; en cambio, las causas que motivan la pericarditis secundaria, son internas; la propagacion de una flegmasia de órganos adyacentes al pericardio, puede desarrollarla; de aquí que las pleuresías del lado izquierdo, las pneumonías, la tuberculósia pneumónica, los aneurismas de la aorta, la miocarditis, endocarditis y otras puedan ocasionarla; pero en la mayoría de casos observarémos que el pericardio se interesa, bien por las relaciones histológicas que tiene con los tejidos que afectan la primera enfermedad, ó se modifica por la

accion de una sustancia irritante que circula con la sangre; de ahí que se presente más comunmente como complicacion del reumatismo articular agudo, pues la inflamacion difusa de los tejidos fibro-serosos lo caracteriza, y nada más fácil sino que llegue á interesarse el pericardio como otra membrana análoga. Es enfermedad que no deja de ser frecuente; ataca con preferencia al hombre; es más comun de los 20 á los 30 años, y no pocas veces sus causas son desconocidas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Son lesiones propias de esta enfermedad las de la inflamacion de las membranas serosas en general. Hay alteracion del tejido inflamado, y además exudado que se derrama en el pericardio. Caracteriza la alteracion del tejido arborizaciones delicadas por la fluxion de los vasos serosos, á veces equimosis y extravasaciones de sangre, encontrándose la serosa modificada, pues pierde su lisura, se hace pringosa y ménos consistente. Estas lesiones son las que pueden referirse á la pericarditis seca; pero siendo lo más comun que exista el derrame, hay alteraciones producidas por el exudado que se derrama en el pericardio, las cuales debemos conocer.

Las formas más principales de este exudado son la fibrinosa y la sero-fibrinosa; el producto se compone en la primera de sustancias fibrógenas que se coagulan y depositan en las dos hojas libres, sobre todo en la visceral; el color del exudado, al principio blanquizco, se hace agrisado y aún súcio por el pus ó sangre que con él se mezcla. Pero si el exudado es sero-fibrinoso, no se deposita toda la parte que se coagula, y suelen quedar copos suspendidos que alteran la claridad; lo más frecuente es que el líquido no sea límpido, sino que además de contener focos opacos ó turbios, albúmino-fibrinosos y leucocíticos, sea rojo por los glóbulos ó hematina que contenga.

El derrame puede ser abundante, y entónces por presion hay modificaciones en los puntos próximos; puede haber corvadura en la region cordial, depresiones en la parte izquierda del diafragma, compresion en las partes contenidas en los mediastinos, y áun los pulmones estar rechazados sobre las costillas, llegando á ser extraordinaria la compresion que sufra el pulmon izquierdo.

Aunque la pericarditis no haya sido muy intensa, siempre se altera el músculo cardiaco, sobre todo la parte que se relaciona con la hoja serosa, coloracion pálida, infiltracion de granulaciones grasientas, reblandecimiento de las fibras, disminucion y áun pérdida de contractilidad, son las alteraciones más constantes.

Y por último, si tan crecido es el derrame que llega á comprimir los grandes vasos, no sólo se hallarán pasivas hiperemias en los pulmones, sino que éstas suelen ser notables en el hígado y riñon.

**SÍNTOMAS.**—Si la pericarditis es primitiva, la invasion es como de enfermedad aguda; escalofrio intenso, malestar, fiebre, anorexia, á veces gran disnea, opresion, dolor moderado pero obtuso en el corazon, el cual se aumenta con la tos en el acto de la inspiracion y en el decúbito lateral izquierdo; la carencia de síntomas que puedan referirse á una flegmasia pleurítica ó pneumónica ilustran el diagnóstico. Pero si la pericarditis es secundaria y su invasion es insidiosa, carece de signos característicos y los que hay son oscuros; faltan los fenómenos subjetivos; es indispensable examinar el corazon por medio de la palpacion, percusion y auscultacion, y como quiera que en la mayoría de casos es enfermedad secundaria, establezcamos como precepto investigar bien este órgano en todos los casos en que se padezca alguna de las

enfermedades ya mencionadas, y otras como la escarlatina, viruelas, mal de Bright, etc., en las que, como gravísima complicación, puede presentarse.

El dolor, si bien unas veces es vivo y lancinante, lo más frecuente es que sea sordo, obtuso y poco sensible; alguna vez hay disfagia, los latidos del corazón primero son tumultuosos, luego oscuros; la fiebre intensa siempre, el pulso ya está desenvuelto, ya pequeño, acelerado ó irregular.

La percusión nos dará á conocer el derrame, pues aunque sea poco considerable, hay macidez aumentada desde el esternon hácia el hipocondrio izquierdo.

Por la auscultación, en los casos ligeros y sólo al principio, se nota ruido de roce, áspero, extenso y superficial, más fuerte en el movimiento de sístole, después sustituye á este ruido el de murmullo confuso, y cuando la macidez es extensa y oscuros los latidos, estos ruidos son sordos y lejanos; si el derrame es poco considerable, el roce aumenta en aspereza á término de asemejarse al ruido de cuero; suele ser crecido el derrame, durar mucho tiempo, y entónces llegar á producir una corvadura en las costillas en el punto correspondiente á la region precordial.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Ocasiones hay en que es tan rápida la marcha de esta enfermedad, que en uno ó dos dias termina por la muerte. Otras veces hay lentitud en su curso, se incrementa hasta el sétimo ú octavo dia, luego unos cuantos permanece estacionada, y después empieza la convalecencia. Sin embargo, es afección que casi constantemente termina en muerte, y ésta se anuncia por gran agitación, abotagamiento, palidez del rostro, respiración suspirosa, desórden en los latidos del corazón, delirio, movimientos convulsivos, sobreviniendo alguna vez prece-

dida de estado comatoso. Pero si el fin es favorable, lo indica la cesacion de la fiebre y de la disnea, el reabsorberse el derrame, desaparecer el sonido mate, y tan solo quedar un ruido ligero de roce, que dura un tiempo más ó ménos largo.

PRONÓSTICO.—Siendo siempre la pericarditis enfermedad grave, exige éste la mayor reserva; pues si en algun caso por ser primitiva y el individuo hallarse en buenas condiciones suele tener feliz término, si se manifiesta como complicacion de otra enfermedad de corazon, ó en el curso del reumatismo articular, bien podemos asegurar que la terminacion constante es la muerte.

TRATAMIENTO.—Al hablar de él nos vemos en la necesidad de mencionar las formas de esta enfermedad; la seca, la que presenta derrame y la paralítica, pues es donde resalta la importancia de esta division.

Fijándonos en el estado de contractilidad cardiaca, si se trata de la seca hay que precaver el derrame, y para esto rebajemos la fiebre y moderemos la excitacion del corazon. Rechacemos las evacuaciones generales de sangre, con que hasta hace poco se llenaba esa indicacion, pues tal vez con ellas favorezcamos lo que debe evitarse, la paresia cardiaca, porque esto solo está indicado cuando desde luego produce la enfermedad accidentes cerebrales: ventosas escarificadas serán útiles, si se nota gran opresion precordial, pues disminuirán la fluxion cardiaca. Adminístrese la digital, útil antifebril, que estará tanto más indicada cuanto mayor intensidad tenga la fiebre y más violenta la accion del corazon; el mejor modo de usarla en este caso es las hojas en infusion, y esto con prudencia para que su accion simplemente sea moderadora y nunca paralizante. Ayudan la medicacion las bebidas acidulas, laxantes, dieta,

y los sudoríficos, dando la preferencia á los polvos de Dower. Jaccoud, despues de convenir en la importancia y utilidad de este tratamiento para combatir la pericarditis aguda, siempre que no haya debilidad del corazon, encomia mucho el uso del tártaro estibiado, para prevenir el derrame y provocar la reabsorcion del exudado sólido, en casos en que la pericarditis dependa del reumatismo articular agudo y siempre que se trate de personas no debilitadas: dos ó tres pociones en el trascurso de otros tantos dias, dejando uno de intermedio para alimentar á los enfermos con caldo y vino, despues de las abundantes cámaras y vómitos que tienen, constituye un tratamiento del que ha obtenido los mejores resultados, siendo la dosis á que administra el emético la de 30 á 40 centígs. (de 6 á 8 granos) en una pocion gomosa edulcorada, repitiendo las cucharadas de hora en hora.

Mucho recomiendan los Médicos ingleses los calomelanos y las fricciones con el unguento mercurial en la region precordial, pero los resultados obtenidos no han satisfecho.

En todos aquellos casos en que hay derrame, y tanto más si es considerable, debemos recurrir á los diuréticos y vejigatorios repetidos en la region precordial; tambien tienen sus indicaciones los purgantes, pero debemos preferir los salinos, pues son los que producen evacuaciones serosas.

Cuando el estado de la enfermedad es crónico, sin dejar de insistir en la revulsion en el pecho, en los diuréticos y purgantes en determinados casos, el régimen tónico y alimentacion sustanciosa es la principal indicacion que hay que llenar.

Cuando se trate de formas paralíticas, ya sean primitivas ó consecutivas, es indispensable sostener las

fuerzas por una medicacion estimulante; el acetato amónico, la quina, el vino y alcohol llenan la indicacion principal. Como medios locales, vejigatorios volantes, si no hay edema se aplican en los miembros inferiores, y si lo hubiese en la base del pecho, como igualmente ventosas secas.

Y por último, si la debilidad del corazon depende de la abundancia del derrame, y éste produce gran disnea, debe en este caso pensarse en practicar la puncion del pericardio, pues en tal estado sólo aguardan estos sufridos enfermos la muerte.

### CAPÍTULO III.

---

#### Adherencias del pericardio.

Tan sólo podemos considerar éstas como una consecuencia de la pericarditis, y si bien unas veces es parcial, otras es total; suele constituir una soldadura íntima, y entónces hasta parece que falta el pericardio; pero en otros casos la hoja visceral forma un estuche calloso resistente, y en su espesor productos anormales, y en aquellos sitios donde no hay union completa hallaremos resíduos exudados del pericardio.

Cuando la adherencia sea simple ó parcial, la contraccion del corazon parece no afectarse esencialmente, mas cuando las adherencias hayan constituido una cubierta fibrosa, dura, entónces la fuerza contractil del órgano disminuirá de un modo extraordinario, dándolo á conocer la pequeñez é irregularidad del pulso, la disnea, cianósis é hidropesía, todo lo que motiva la atrofia del tejido del corazon, ó su degeneracion grasosa.

Los autores llaman la atención acerca de los signos físicos de tal adherencia, y dicen hay inmovilidad en la matitez precordial durante la respiración; otro síntoma se encuentra más importante, que consiste en observarse algunas veces en el sitio donde debe tener efecto el choque cardíaco, una depresión del respectivo espacio intercostal, en lugar de la elevación del mismo; sin embargo, estos signos son dudosos, y de ahí las grandes dificultades para poder diagnosticar esta lesión, pues casi podemos convenir con Skoda, en que ni la percusión ni la auscultación ilustran en la mayoría de casos este obscuro diagnóstico.

El pronóstico siempre estará subordinado al estado en que se halle el corazón, sin dejar nunca de ser grave, y el tratamiento será nulo en cuanto á las adherencias; sólo podremos dirigirlo á los desórdenes circulatorios que puedan éstas producir, llenando principalmente la indicación de precaver la degeneración grasosa del órgano, por medios higiénicos y farmacológicos que fortalezcan al individuo.

#### CAPÍTULO IV.

---

#### Hidropericardias.

SINONIMIA.—Hidropesía del corazón.

CAUSAS.—El derrame de serosidad en el pericardio reconoce varias, que lo explican satisfactoriamente: hay unas que son mecánicas, y obran dificultando el círculo en el corazón y su envoltura; la neumonía y bronco-pneumonía extensas pueden producir un éxtasis sanguíneo en el corazón derecho, y dar lugar á que

se desarrolle el derrame, como tambien la existencia de neoplasmas en el pericardio, que pueden comprimir las venas de esa membrana; igualmente lesiones valvulares, enfisema y esclerósis pulmonar pueden provocar hidropesías en ese y otros puntos, debiendo tambien enumerar como causas de la enfermedad que nos ocupa la forma crónica del mal de Bright, las caquexias tuberculosa, palúdica y cancerosa, el escorbuto y el tífus.

SÍNTOMAS.—Ninguno particular se observa si el derrame sólo es mediano, pero si es grande, hallaremos los propios de la pericarditis con derrame; ruidos sordos, lejanos, confusos, gran debilidad en la impulsión cardiaca, por la percusión aumento de macidez, y en algun caso elevacion precordial; tales son los que caracterizan al hidropericardias, siempre que no se presenten síntomas de flegmasia aguda, pues si ésto sucede, se tratará de una pericarditis con derrame.

PRONÓSTICO.—Es grave, y la gravedad aumenta en aquellos casos en que coexista alguna otra hidropesía, como el hidrotórax.

TRATAMIENTO.—No es posible que responda á ninguna indicacion morbosa; tenemos que limitarlo á la indicacion sintomática, haciendo disminuir el derrame para prevenir los accidentes de compresion, y para ello valgámonos de diuréticos, sudoríficos y purgantes drásticos. Si la enfermedad reconociese por origen el mal de Bright, no sólo en los diaforéticos, sino en los baños de vapor, tendremos en muchos casos confianza. A estos medios podemos agregar una activa revulsion exterior, con la tintura de yodo ó pequeños vejigatorios, y aún emplear la puncion del pericardio, cuando el derrame sea tan crecido que amenace la vida del paciente.

## CAPÍTULO V.

## Enfermedades del miocardio.

## Miocarditis.—Carditis.

La inflamacion de las fibras musculares del corazon es una enfermedad rarísima, imposible afirmar su existencia, y siendo sólo presumible alguna vez, serémos parcos al ocuparnos de ella, pues todo su interés estriba en las causas que la motivan, y en las lesiones que se producen.

CAUSAS.—Esta enfermedad puede ser primitiva y secundaria, y podemos considerar como causas de la primera los esfuerzos musculares violentos, el traumatismo, el enfriamiento súbito estando sudando, y alguna otra de difícil apreciacion; y por lo que hace á la segunda, que es la forma más frecuente, es innegable que la causa ocasional que en el mayor número de casos la produce es el reumatismo articular agudo, por más que enumeremos entre otras principales las lesiones de las válvulas, y la inflamacion de la serosa cardiaca; en segundo término mencionémos la septicemia, la escarlatina maligna y la fiebre tifoidea de larga duracion, sobreviniendo entónces la carditis á resultas de un proceso metastático ó embólico de las arterias coronarias.

Virchow asegura que existe una variedad especial de miocarditis, producida por la sífilis, y Dittrich dice que la compresion del ventrículo derecho por el aneurisma de la aorta, puede producir la flegmasia de las fibras musculares del corazon; ambas variedades corresponden á la forma crónica de esta afeccion.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Llega á caracterizarse esta rara enfermedad anatómicamente por reblandecimiento de las fibras carnosas, alguna vez por abscesos enquistados ó por supuración difusa. Los progresos de la inflamación adelgazan las paredes, las cuáles pueden romperse derramándose la sangre ó el pus en la membrana que envuelve el corazón. Claro es que en el tejido muscular pueden sobrevenir ciertas alteraciones, como induración fibrosa, cartilaginosa, etc., modificaciones todas que se escapan al más prolijo examen durante la vida, por cuya razón son insuperables las dudas que asaltan para establecer el diagnóstico de esta enfermedad.

SÍNTOMAS.—Estos ni son constantes ni característicos, por eso su diagnóstico sólo es presumible, y es de gran importancia el conocimiento etiológico. Cuando en el curso del reumatismo ó de un estado morbozo, que favorezca la producción de la carditis, se presentan fenómenos de paresia cardíaca, si los resultados de la percusión y de la auscultación nos demuestran que tales ó cuales signos no son imputables á una endocarditis ó pericarditis, podemos suponer la existencia de la flegmasia del miocardio en su forma aguda ó primitiva; pues si es secundaria, lo cual acontece más frecuentemente, presenta por lo común un conjunto de síntomas que se conoce con el nombre de estado tifoideo, entónces observaremos el pulso pequeño y frecuente, facciones descompuestas, postración precursora del estupor, piel ardorosa y seca ó con sudor viscoso, lengua fuliginosa, síntomas de verdadera adinamia; mas este estado no es peculiar de la miocarditis, preséntase también en la inflamación del endocardio, por eso insistimos en asegurar son tan grandes las dificultades para el diagnóstico que sólo podemos presumir la existencia

de esta enfermedad, cualquiera que sea su forma.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—Es rápida la marcha de la miocarditis; ocasiones hay en que la muerte sobreviene en pocas horas, y entónces puede ésta atribuirse á la parálisis súbita del corazon, una lesion valvular, son los precursores de tan triste fin.

**PRONÓSTICO.**—En absoluto bien podemos decir que es gravísimo; preciso es admitir con reserva los casos que algunos autores citan de curacion de esta enfermedad.

**TRATAMIENTO.**—Dicho se está que tiene éste que ser sintomático, toda vez que no hay completa seguridad en el diagnóstico. Cuando las contracciones cardiacas sean enérgicas, el individuo de buena constitucion y la forma de la afeccion aguda, empléense los antiflogísticos locales y la digital con mucho tino y prudencia, y una vez habiendo cesado la energía cardiaca, esto es, pasado el período agudo, recurramos al tratamiento tónico. En muchos casos pueden existir síntomas de hidropesía, y entónces si bien están indicados los purgantes de la clase de los drásticos y los dialíticos, éstos se usarán alternando con tan reducida y por desgracia poco eficaz medicacion.

## CAPÍTULO VI.

---

### Hipertrofia del corazon.

**SINONIMIA.**—Hipertrofia excéntrica; aneurisma activo de Corvisart.

Esta enfermedad se caracteriza por el engrosamiento de las paredes de este órgano, esto es, hay un aumento en la masa fibrosa muscular normal.

Mas para hacer el estudio de las causas que pueden producir tal afeccion, debemos admitir dos clases: hipertrofia simple ó sea la producida por un trastorno en la inervacion cardiaca, é hipertrofia que se motiva por un obstáculo mecánico.

CAUSAS.—La hipertrofia simple es la primitiva, la que algunos autores llaman idiopática, forma muy rara y que en verdad no es primitiva, pues es causa constante de ella las palpitations, independientes de lesion material del aparato cardio-vascular; por lo tanto, más bien debemos considerar las causas que producen las palpitations, como los excesos, vigiliias prolongadas, trabajos intelectuales y corporales excesivos, emociones morales vivas y otras como verdaderas causas de ella.

La segunda clase de hipertrofia es la producida por un obstáculo mecánico, casi siempre es lesion secundaria de alguna otra, y se comprende que toda modificacion del aparato circulatorio, que dificulte ó disminuya la deplecion del corazon, hará que sobrevenga esta enfermedad, que si bien interesa en primer término la cavidad que se relaciona con el punto entorpecido, al cabo llega á afectar la totalidad del corazon.

Son causas directas de la hipertrofia del ventrículo izquierdo las lesiones del orificio aórtico, como estrechez ó insuficiencia, el aneurisma de la aorta y la endarteritis ateromatosa; así como de la aurícula del mismo lado, las alteraciones del orificio y válvulas mitrales, y en particular la estrechez. Son causas directas tambien, pero de esta afeccion en el ventrículo derecho, cuantas interesen los vasos de la circulacion pequeña, ó el mismo corazon derecho, las alteraciones del orificio del pulmón, los aneurismas ó compresion de la arteria pulmonar, la miocarditis y las lesiones crónicas del pulmón, y por lo que hace á la hipertrofia de la aurícula derecha,

ésta acompaña á la del ventrículo, y si está aislada, que es muy raro, su causa directa es la estrechez del orificio tricúspide.

Por lo que hace á las causas indirectas de estas distintas hipertrofias, bien podemos deducir, en vista de lo anteriormente manifestado, que todas aquellas lesiones que puedan referirse al sistema cardio-aórtico motivarán las del corazon izquierdo, así como las del cardio-pulmonar las del derecho.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Nosotros al describir esta enfermedad nos fijamos principalmente en la hipertrofia excéntrica de Bertin, ó sea el aneurisma activo de Corvisart, por ser la forma más comun, sin dejar de aceptar la hipertrofia simple, en que las cavidades conservan su capacidad normal, y la hipertrofia concéntrica en que hay disminucion de las cavidades, por engrosamiento de las paredes.

La hipertrofia es unas veces general, lo cual es poco comun, otras veces es parcial, y en esta clase se comprende la del ventrículo izquierdo, que es de todas la que adquiere más proporciones, tan considerable en determinados casos, que el corazon se hace oval, se sitúa más declive, su direccion se aproxima á la horizontal, y si por una parte puede deprimir al diafragma, por otra casi llega al áxila.

La hipertrofia del ventrículo derecho, el efecto principal que produce, es dar lugar á un aumento en el diámetro transversal del corazon, de aquí su forma más ó menos esférica; no es frecuente ocupe la totalidad del ventrículo, pues suele afectar los músculos valvulares y las columnas carnosas.

El tejido alterado por la hipertrofia en todos los casos presenta el color rojo fuerte, con resistencia al cortarse y aumento de densidad; mas algunas veces depósitos

pigmentarios en el mismo, modificaciones en su peso, situacion y forma; aumentan los caractéres de la hipertrofia, como las degeneraciones adiposa ó lardácea, será dato de valor para asegurar la antigüedad de la enfermedad que nos ocupa.

SÍNTOMAS.—Siendo la hipertrofia producida por obstáculos mecánicos, casi siempre lesion secundaria, nos fijarémos en la sintomatología de ésta con preferencia; pues por lo que respecta á la hipertrofia simple, á la que rara vez se observa, á la producida por un trastorno en la inervacion cardiaca, si despues de examinar prolijamente el corazon, los pulmones, las arterias y áun las orinas, para inquirir la causa, si el resultado es negativo, si no descubrimos dato alguno, entónces comprendamos la hipertrofia como no producida por obstáculo mecánico apreciable, en la clase de las simples, esto es, en las que se desarrollan por desórdenes de inervacion.

Funcionales y físicos son los síntomas de la hipertrofia del corazon. Entre los primeros observarémos el pulso regular, fuerte y dilatado, encendimiento y áun congestiones del rostro con perturbacion ó sin ella en la circulacion, palpitaciones, opresion fatigosa en los movimientos, y en ocasiones accesos asmáticos de nôche, disnea, tos seca, aturdimiento de cabeza y mareos. Cuando la hipertrofia radica en el corazon izquierdo, parece ser frecuentes las congestiones cerebrales, así como cuando la enfermedad tiene su asunto en el derecho, lo son las congestiones pulmonales.

Mucho debe fijar nuestra atencion los signos físicos; por la inspeccion de la region precordial en los casos de hipertrofia considerable, notarémos una elevacion ó corvadura hácia la articulacion esternal de la cuarta, quinta ó sexta costilla, y por ese exámen observarémos la dislocacion de la punta del corazon.

La palpacion nos dejará apreciar la situacion de la extremidad del corazon y á más las condiciones de la impulsión sistólica: unas veces el movimiento fuerte, brusco, extenso, del corazon, se aprecia sólo por la vista, principalmente el de la punta: otras, mediante la aplicacion de la mano ó de la cabeza, que puede ser levantada con estremecimiento hácia adelante en el movimiento del sístole, volviendo atrás en el diástole, presentando un movimiento rítmico análogo al del corazon; fenómeno sobre el cual fija su atencion Skoda, para decir que es patognomónico de las grandes hipertrofias, siempre que despues de imprimir en el movimiento de sístole un gran impulso á la cabeza ó á la mano que explora, no vuelve visiblemente á la parte posterior en el diástole.

Por la percusion obtendremos un sonido macizo en extension mayor que la normal; pero atendiendo á las dificultades é incertidumbres que ésta siempre ofrece, tengamos en cuenta las relaciones anatómicas de los distintos segmentos del corazon con la pared torácica, condicion precisa para el exámen clínico de este órgano, y que es dato de gran valor el recogido por la percusion, para ilustrar el diagnóstico del punto donde reside la hipertrofia y de su probable extension.

La auscultacion nos hará notar los ruidos del corazon sordos, oscuros, prolongados, si la hipertrofia es considerable; pero si no lo es, porque hay dilatacion en las cavidades, entónces son los ruidos más sonoros, se dejan percibir en mayor extension y hasta adquieren un timbre metálico.

Pero los signos físicos que hemos enumerado están desfigurados si los pulmones padecen un enfisema, ó si existe un derrame en el pericardio; sin embargo, tengamos presente el aumento de macidez precordial,

el acrecentamiento en la extension y fuerza del choque cardiaco, el refuerzo de los ruidos normales, sobre todo la acentuacion del aórtico ó pulmonar, y tendremos un conjunto de síntomas que podemos decir característicos de la frecuente enfermedad de que se trata.

Cuanto llevamos dicho se refiere á la hipertrofia, que muchos autores designan con el nombre de excéntrica, que es la forma comun; por eso nosotros no hacemos mérito de la concéntrica, que autores respetables ponen en duda; sin embargo, convenimos en que la capacidad del corazon puede disminuirse por un aumento de la sustancia muscular, entónces es corta la cantidad de sangre expulsada en las arterias, y por la estrechez del órgano difícil la deplecion de las venas; en este caso, pues, es fácil se produzca la cianósis y la hidropesía, que alguna vez vemos en los que padecen esta afeccion.

Para terminar la parte del diagnóstico debemos decir, que en la hipertrofia excéntrica, que es la forma ordinaria, la macidez es extensa; intensos, claros y extensos los ruidos; en la concéntrica, la impulsión es enérgica, la macidez reducida, los ruidos oscuros y de poca extension, la disnea considerable, y la pequeñez del pulso muy marcada.

De mucho interés es diagnosticar el sitio donde reside la hipertrofia. Cuando la impulsión de las carótidas sea manifiesta, aumentados los ruidos cardiacos en el ventrículo izquierdo y en la aorta, bajo el movimiento del corazon, haya animacion del rostro y fuerte pulsacion radial, diagnosticaremos de hipertrofia en el corazon izquierdo; juzgando que ésta radica en el ventrículo derecho, siempre que la matitez y movimiento del órgano corresponda á la parte inferior

del esternon, los ruidos se manifiesten más en el lado derecho y arteria pulmonar, y segun algunos el pulso sea venoso. Difícilmente podremos apreciar la enfermedad, cuando ésta se limitá á las aurículas.

CURSO, DURACION, TERMINACION Y PRONÓSTICO.—Estè es siempre de gravedad, y ésta es mayor cuando la lesion reside en el lado izquierdo; es ménos grave si se trata de la hipertrofia simple, pues entónces su curso es más lento, y á ménos que sobrevenga una hemorragia cerebral ó pulmonar, los enfermos alcanzan una edad avanzada, pero la terminacion incesante por más que haya alguna variedad de curso lento, será la muerte.

En ciertos y determinados casos, complica á esta lesion otras enfermedades del corazon, y modera el peligro de la principal; pero aún así no se evita la gravedad y la necesidad en que nos hallamos de ser en el pronóstico sumamente reservados.

TRATAMIENTO.—El régimen higiénico debe ser de lo más severo, la alimentacion reparadora y en cantidad que sea moderada, el suero sienta bien á estos enfermos en la primavera y otoño, y no sólo se abstendrán de estimulantes y espirituosos, sino de comidas flatulentas; se les aconsejará sosiego de espíritu y de cuerpo, un paseo moderado y abandono del trabajo corporal; se les proibirá el uso de las funciones sexuales, y no olvidarán cuantos preceptos dicta la prudencia.

Por lo que hace al tratamiento farmacológico, no hay indicacion morbosa que llenar para combatir la hipertrofia, pues casi carecemos de recursos para ello: la producida por causa mecánica no tiene indicacion alguna especial, y por lo mismo más bien el tratamiento es sintomático, variando segun los fenómenos que dominan. Las evacuaciones generales de sangre tan

copiosas como repetidas, recomendadas por muchos prácticos, y primero por Valsalva y Albertini, en general son rechazadas por nosotros, pero no podemos proscribirlas en absoluto en individuos de robusta constitucion, en quienes hay gran aflujo de sangre al cerebro y pulmones, pues esto da lugar á congestiones que obligan á abrir la vena con éxito feliz; pero cuando los pacientes sean endebles ó estén debilitados por sangrías ó enfermedades anteriores, debemos provocar en ellos una depresion vascular indirecta, excitando la secrecion urinaria y la intestinal; entre los medicamentos útiles para favorecer en este caso la diuresis, demos la preferencia al nitro y al bicarbonato sódico, sólos ó asociados á la belladona ó al opio, si tenemos que llenar alguna otra indicacion; y entre los purgantes, los drásticos, teniendo en cuenta que los salinos producen evacuaciones casi serosas, y por lo tanto son los más indicados. Los sedantes, y entre ellos el ácido hidrocianico, bromuro potásico y algun otro, son medicamentos de utilidad reconocida, para combatir las fatigas que los enfermos experimentan; la dosis diaria á que administraremos el ácido será á la de medio escrúpulo, y el bromuro de una á media dracma, ascendiendo hasta tomar dracma por día.

La digital, medicamento recomendado tanto en las afecciones del corazon, y quizás más usado de lo que debiera serlo, no está indicada en la hipertrofia verdadera, como no exista complicacion valvular. De gran utilidad para aumentar la presion de la sangre en las arterias, y por lo tanto si está indicado su uso en aquellas afecciones del corazon en que su actividad está disminuida, sus efectos serán nocivos cuando por el contrario exista un aumento de actividad en el órgano asiento de la enfermedad.

El uso del calomelano y de los preparados de yodo no tienen utilidad reconocida, así como tampoco hay hasta ahora datos suficientes para poder convenir en que sea oportuna y favorable la administracion de la delfinina y de la veratrina, preparados usados en los últimos tiempos, recomendados por prácticos distinguidos, pero cuya decantada eficacia aún no hemos tenido ocasion de comprobar.

## CAPÍTULO VII.

---

### Dilatacion del corazon.

SINONIMIA. — Aneurisma pasivo de Corvisart.

El aumento de capacidad de las cavidades cardiacas con adelgazamiento de las paredes, constituyen la dilatacion del corazon ó sea el aneurisma pasivo de Corvisart. Esta lesion puede afectar todo el órgano, y se llama dilatacion general, y si interesa una sólo porcion de él, se distingue con el nombre de dilatacion parcial.

CAUSAS. — Cuanto pueda dar lugar á un acúmulo de sangrè en el corazon ó á un estancamiento puede ocasionarla; por lo tanto, cualquier obstáculo en los orificios, en los pulmones ó en la aorta, las adherencias de las hojas del pericardio, una pericarditis y todo lo que modifique la textura de las paredes cardiacas, la transformacion grasosa y otras, podrán producir la dilatacion general; pues las causas de la parcial son más obscuras, si bien opinan algunos que pueden motivarla las emociones morales vivas, las contusiones en el tórax, ejercicios violentos y contusiones que sean considerables.

. ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Reconocido el cadáver de un individuo afectado de esta entidad morbosa, presenta variedades diversas, según los distintos períodos que recorre la enfermedad: lo que se encuentra es aumento considerable del órgano, el que siendo á expensas de las paredes, tienen que estar éstas adelgazadas, flácidas y descoloridas.

Las cavidades aumentadas de volúmen, las columnas carnosas demuestran que casi han perdido toda su potencia contractil; el contenido aurículo-ventricular es de un color rojo obscuro, puesto que la sangre está sobrecargada de ácido carbónico.

El organismo en general manifiesta su bancarrota, pues la falta de oxígeno ha colocado á todas sus piezas en un estado tal que se ha hecho incompatible con la vida.

SÍNTOMAS.—Son los primeros en presentarse: las palpitaciones, que hacen contraste con la debilidad del choque del corazón; luego ligera disnea que se aumenta con los esfuerzos y el ejercicio; palidez debida á la poca sangre que contienen las arterias; en ocasiones tinte lívido. Cuando hace la enfermedad progresos, entónces estos síntomas adquieren incremento, el hígado se aumenta por la estancacion venosa, los labios y mejillas empiezan á ponerse cárdenos, aparece algun edema en las extremidades inferiores, pero como afeccion que adelanta, cuando llega al más alto grado observaremos cuán grande es la disnea al más insignificante movimiento; nos llamará tambien la atencion la pequeñez de pulso que suele estar irregular y áun intermitente, y la orina será escasa, con sedimento de urato sódico; el edema asciende y no se limita á los miembros inferiores, invade el escroto y los tegumentos del vientre para manifestarse

poco despues en los miembros superiores; la cara se pone entónces abotagada, todo lo que coincide con derrame en las cavidades del pecho y vientre. Son de tanta entidad los trastornos de circulacion y de respiracion, que los enfermos mueren súbitamente, ya por síncope, por parálisis bronquial ó por edema del pulmon, por más que ciertas complicaciones, como las pneumonías, la erisipela gangrenosa y otras, abrevien el triste fin.

Aunque los síntomas referidos sean de gran importancia para el diagnóstico, el exámen físico nos da un resultado que debemos apreciar.

Por la palpacion, observaremos impulsión débil, pero las pulsaciones se dejan percibir en una grande extension. La percusion dará amplitud en la matitez precordial como en la hipertrofia, pero en este caso es acompañada de fuerte impulsión, cuando en la enfermedad que nos ocupa está extraordinariamente disminuida. Por la auscultacion, los ruidos normales serán muy débiles, pero puros, á veces parece estar oscurecidos; y otras, en lugar de los ruidos normales, los hay anormales que dependen de la irregularidad de las vibraciones, pero que no permiten deducir la existencia de lesiones en las válvulas.

CURSO Y TERMINACION.—Es afección continúa y progresiva, de duracion variable, y aunque algunos autores aseguren que la dilatacion parcial es susceptible de curacion, esto cuando ménos es problemático, pues bien puede decirse que es enfermedad que termina por muerte.

PRONÓSTICO.—Este será grave, por ser la muerte la terminacion ordinaria de esta afección.

TRATAMIENTO.—En general conviene á estos enfermos un régimen tónico, si presentan signos de anemia ó

hidrohemía, los amargos y ferruginosos. La sangría por lo común está contraindicada, por que aumenta la debilidad contractil del corazón; mas en absoluto no puede proibirse, pues si hay gran disnea, producida por estancamiento de sangre, será útil, pero con prudencia y moderación. Cuando el hígado se afecte y sobrevenga el edema, tienen importancia reconocida los diuréticos y laxantes.

Mucho se ha hablado respecto á la administración de la digital en esta afección, y nosotros en vista de los efectos observados en el tratamiento de esta dolencia, aceptamos las indicaciones de este medicamento en la proposición de Jaccoud:

«La digital está indicada cuando la energía cardíaca y la presión arterial están debilitadas, hallándose contraindicada siempre que aumente la energía del corazón y la presión de las arterias.»

En los principales y más prudentes preceptos higiénicos, hemos de cifrar la base de tan limitado tratamiento.

## CAPÍTULO VIII.

### Atrofia del corazón.

Esta enfermedad, la que se describe con el nombre de degeneración grasosa del corazón, la esteatosis, si bien difiere algo por lo que hace á la etiología y á la anatomía patológica, son análogas en cuanto al punto de vista clínico, por ser idénticos los síntomas que se presentan cuando llega á desarrollarse la afección.

Consiste ésta en la disminución de peso y volumen del órgano centro del sistema circulatorio.

CAUSAS.—Todo lo que produzca una alteracion profunda en la nutricion, como el uso de escasos ó de malos alimentos, ciertas caquexias como la de la tuberculosis, la del cáncer, enfermedades graves que extenúen á los pacientes, como la diábetes, hemorragias repetidas, una fiebre tifoidea prolongada y otras, producen la atrofia del corazon, que algunos autores llaman marástica: pero tambien puede producirse por causa local; una fuerte presion exterior, un gran derrame de serosidad en el pericardio, la miocarditis, la presencia de tumores, las colecciones de grasa, ciertas alteraciones de las arterias coronarias, como estrechez y algunas más, son otras tantas causas que ocasionan la atrofia local.

La esteatosis tiene como la atrofia, causas que podemos decir generales y locales, y si bien la degeneracion grasosa, esteatosis, es producida por las mismas causas que aquella, tenemos que hacer mérito de otras que le son propias: entre las generales, toda alteracion en la sangre motivada por enfermedad infectiva, por fiebres graves, por determinados venenos, influyen para el desarrollo de la esteatosis; en primer término el alcohol y el fósforo, despues los ácidos caústicos, el arsénico, cloroformo, éter y otros agentes, cuyo efecto, aunque más lento, podemos considerarlo tanto ó más perjudicial, toda vez que la degeneracion grasosa que producen va unida á la miocarditis, coincidiendo con alteraciones análogas en el hígado, riñon, etc.; y por lo que hace á las causas locales, á más de producir la esteatosis las mismas que ocasionan la atrofia, hay que agregar otra propia de la degeneracion grasosa del miocardio, que es la alteracion valvular.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Esta enfermedad, que hemos dicho puede ser general ó parcial, se caracteriza por el achicamiento de las cavidades y adelgazamiento de las

paredes; hay, pues, disminucion de peso y de volúmen del corazon, éste aunque pálido y adelgazado no se reblandece, presenta edema el tejido subseroso, las arterias coronarias suelen estar ateromatosas, y es muy comun haya derrame en el pericardio, cuando el corazon está notablemente disminuido.

La degeneracion grasosa ó esteatosis como coincide algunas veces con la atrofia, veremos que en esos casos el corazon adquiere color amarillento; pero á medida que la grasa en exceso es más comun en el ventrículo derecho, la esteatosis verdadera afecta al izquierdo, interesándose rara vez las aurículas.

SÍNTOMAS.—Si la enfermedad está poco avanzada no hay síntomas apreciables, y cuando está desarrollada se presentan desde los que caracterizan la simple anemia visceral, hasta el éxtasis venoso, las congestiones, hidropesías, disnea y la cianosis. Por lo que hace á los síntomas locales, nada tienen de característicos, débil el choque del corazon, sordos y confusos sus ruidos, obscuridad para deducir lesion valvular, y poco significativos los resultados de la percusion, es lo único que se nota, con un pulso blando y pequeño, siendo frecuentemente irregular y áun intermitente.

Lo manifestado basta para deducir que sólo será presumible el diagnóstico de semejante lesion, y éste sólo lo haremos por exclusion; dado un individuo con asistolia confirmada, ó que desde luego presente marcados síntomas de impotencia cardiaca, si sometido á una minuciosa observacion no hallamos en él señales de pericarditis crónica, de dilatacion ó de lesiones valvulares, sospechémos entónces en la existencia de la degeneracion del corazon, ó la atrofia.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Será más ó ménos rápido, segun cuales fueren las causas productoras del

padecimiento, pero la terminacion es por lo comun funesta.

PRONÓSTICO.—Siempre es grave, y lo es más en el caso de esteatosis, porque esto expone á la rotura del órgano con más facilidad, que cuando sólo hay atrofia; pero tanto en uno como en otro caso puede la muerte sobrevenir súbitamente por síncope.

TRATAMIENTO.—Alguna vez hay indicacion causal, que se procurará llenar inmediatamente; fuera de estos casos, el objeto del plan terapéutico es mantener en su máximo la actividad nutritiva, y para ello propinaremos hierro, quina y vino. Si la debilidad cardiaca es exagerada, y como consecuencia de ello sobrevienen síncopees ó lipotimias, acudirémos á los estimulantes, prefiriendo el vino quinado, éter, preparaciones amoniacales, almizcle, etc.

El uso de la cafeina es preferible en este caso al de la digital, pues aquella no produce debilidad en el poco tejido contractil que subsista.

La hidropesía general ó local, que por lo comun acompaña á esta lesion, se tratará por diuréticos y purgantes drásticos en pequeña dosis; y si llegan á presentarse fenómenos de asfixia, forzoso es secundar el efecto de los estimulantes propinados, por medio de ventosas secas, ó revulsivos más ó ménos activos que se aplican á la piel.

## CAPÍTULO IX.

### Rotura del corazon.

Nunca se efectúa ésta espontáneamente, como no exista una alteracion en el tejido del órgano.

CAUSAS.—La miocarditis, la degeneracion grasosa, la trómbosis de las arterias coronarias, los abscesos, etc., son otras tantas lesiones que pueden producir la rasgadura del corazon; ésta es más comun en el ventrículo izquierdo, y tambien puede originarla una causa ocasional, como emociones morales ó grandes esfuerzos, pero siempre es indispensable que esté alterado el tejido del órgano para que haya rotura.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Lo ordinario es que sólo se presente una rasgadura; puede, sin embargo, haber varias que interesen más ó ménos el grosor del órgano. La direccion de las rasgaduras guarda el orden de las fibras longitudinales del corazon; sus bordes son irregulares, la abertura exterior mayor que la interna, y el pericardio habrá experimentado una distension por la cantidad de sangre que en el mismo se ha derramado.

SÍNTOMAS.—Anuncian este funesto accidente los síntomas de hemorragia interna, pero hay muchos casos en que la muerte es instantánea; cuando no lo es, acusan los individuos una sensacion de rasgadura en el corazon, dan un grito, el semblante se pone extraordinariamente demudado, gran palidez, pulso deficiente, disminuyendo hasta que cesan los latidos cardiacos, y pocos momentos despues muere el paciente.

Si la rasgadura es muy pequeña ó incompleta, los síntomas dichos se presentan paulatinamente, y la vida entónces dura algunas horas ó algun dia.

CURSO Y TERMINACION.—Casi siempre la duracion es cortísima, pues la muerte se presenta de pronto.

PRONÓSTICO.—Bien sea la rasgadura completa ó incompleta, lo que motiva mayor ó menor rapidez en el curso de esta afeccion, el pronóstico en todo caso es mortal.

TRATAMIENTO.—Este estriba tan sólo en producir una revulsion exterior, y administrar estimulantes internos, y el frio continuado en la region del corazon; todo esto con el objeto de detener la hemorragia, merced á algun coágulo que se forme, y pueda retardar la muerte.

## CAPÍTULO X.

---

### Enfermedades del endocardio. Endocarditis.

DEFINICION.—Es la inflamacion de la membrana interna del corazon.

Los muchos puntos de contacto que esta enfermedad tiene con la pericarditis, de que nos ocupamos con alguna extension, por una parte, y por otra el no ser afortunadamente afeccion frecuente, hace que no demos gran extension á este capítulo.

CAUSAS.—En general podemos decir que son las mismas que dan lugar á la pericarditis, llamando la atencion hácia el reumatismo articular agudo, causa frecuente de ella; tambien la enfermedad de Bright, en sus formas aguda y crónica: puede ser motivada por una lesion de las válvulas, en cuyo caso más bien la endocarditis es insidiosa y latente, desarrollándose tambien por contigüidad, cuando existe una miocarditis ó una pericarditis; siendo raro sobrevenga una endocarditis primitiva, idiopática, por enfriamiento, como igualmente lo es que una flegmasia pleurítica ó pulmonar se propague al endocardio.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—En los principios se escapan

á la investigacion anatómica las lesiones que pueda haber; pero en seguida se marca engrosamiento, tumefaccion, reblandecimiento de la serosa, con rubicundez flogística considerable. Los productos segregados, por lo comun son arrastrados por la corriente sanguínea, alguna vez se formán coágulos al nivel de los puntos flogoseados, y en su centro hay pus flegmonoso. Desigualdades más ó ménos prominentes hay en la cara interna del corazon, formadas por concreciones fibrinosas ó falsas membranas, que se organizan por los progresos del trabajo flegmático, y en el endocardio hallamos estos vestigios indelebles, constituidos por granulaciones y vegetaciones de formas variadas. Suele haber adherencias valvulares, manchas y placas lechosas en la cara interna del corazon, transformacion dura y resistente de las falsas membranas, y áun de la trama valvular, y todo ello motiva estrechez en los orificios y otras lesiones orgánicas, propias del mismo órgano.

En ciertas ocasiones se advierten pequeñas úlceras, y como caso más raro podemos citar la gangrena, que puede presentarse en el endocardio y áun en las válvulas, que muchas veces las encontramos perforadas. Por último, en el tejido carnoso puede sobrevenir una hipertrofia, que no la confundirémos con el abultamiento rápido que ofrece con frecuencia el corazon en su totalidad, cuando se trate de una endocarditis en la forma aguda.

SÍNTOMAS.—Hay casos en que faltan los síntomas subjetivos, como acontece cuando viene á complicar el reumatismo articular, pero en otros hay trastornos funcionales más ó ménos intensos; raro es que acusen estos enfermos dolor en el corazon; en cambio es frecuente el fenómeno de presentar latidos que se perci-

ben en gran extension con vibracion marcada; el pulso ofrece notable variacion, pues si bien unas veces es frecuente, desigual é irregular, otras es débil y pequeño, como sucede cuando se forman coágulos en las cavidades del órgano; la disnea suele ser tan grande que amenace la sofocacion; palidez, síncope, edema en los pies y áun delirio, con fiebre por lo comun de mediana intensidad, son síntomas que algunas veces se presentan, faltando no pocos, y siempre se ofrecen grandes dificultades para hacer el diagnóstico, siendo en muchas ocasiones imposible decir dónde termina la endocarditis, y dónde empieza la anomalía valvular: dificultades que únicamente pueden llegarse á vencer si por medio de un minucioso estudio de los síntomas físicos, llegamos á apreciar por la auscultacion los que podemos considerar característicos de la misma.

No deja de llamar la atencion al principio de la enfermedad, que con un pulso pequeño y blando, contraste el choque del órgano que se siente en gran extension, como tambien la matitez, que conservando primero su sitio normal, despues ocupa un espacio mucho mayor. Por la auscultacion observaremos el soplo sistólico de la punta del corazon, pero no incurramos en el error de fundar sólo en su existencia la presencia de la endocarditis, pues algunas veces depende de un engrosamiento de la válvula, ó de la tension de la misma por las contracciones irregulares del corazon: hay casos en que el ruido de fuelle es bastante perceptible, y llega á obscurecer uno ó los dos ruidos normales del corazon, y algunos autores aseguran que más bien es el ruido de lima ó de escofina lo que sobresale al auscultar al paciente. De todos modos el diagnóstico es muy dudoso, ínterin no se oiga un ruido de soplo en el segundo tiempo.

**CURSO, DURACION Y TERMINACION.**—Suele ser lenta la marcha de la enfermedad, á ménos que, agravándose los síntomas, termine fatalmente en seis ú ocho dias, pero lo comun es que su duracion sea larga, sobreviniendo lesiones valvulares que, aunque produzcan trastornos en la circulacion y respiracion, permiten que el individuo viva aún años con las molestias que son consiguientes.

**PRONÓSTICO.**—Pocas veces en sí podemos considerar mortal el pronóstico de la endocarditis, y sin embargo es gravísimo, pues los desórdenes que ocasiona tarde ó temprano comprometen la existencia: temeremos una terminacion fatal sólo por endocarditis, cuando la flegmasia se propague á las partes inmediatas, ó sobrevengan fenómenos que indiquen la metastasis.

**TRATAMIENTO.**—Las indicaciones terapéuticas son análogas á las de la pericarditis, las indicaciones y contraindicaciones de sacar sangre, de usar los antimoniales y la digital, son similares.

La indicacion sintomática reclama únicamente la sangría, cuando la plenitud de la circulacion menor comprometa la vida; los signos de debilidad cardiaca, como la cianosis y la aceleracion del pulso, exigen la administracion de la digital, y los amagos de parálisis cardiaca, el uso de los excitantes.

---

## CAPÍTULO XI.

**Neurósis del corazón.  
Palpitaciones.**

Los movimientos tumultuosos del corazón, frecuentes y por lo común más fuertes que en estado normal, casi siempre acompañados de incomodidad y aún de dolor, constituyen las palpitaciones de este órgano.

**CAUSAS.**—Enumerémos como las más ordinarias y de mayor interés las emociones vivas, las vigiliass, el abuso de los espirituosos, los excesos venéreos, la clorósis, la anemia, el histerismo y la hipocondría: todas las demás que pudiéramos mencionar tienen una importancia muy secundaria al lado de las expuestas.

**SÍNTOMAS.**—Las palpitaciones se presentan por accesos; hay ocasiones en que una misma causa ocasional apreciable las produce, así como otras veces se manifiestan de una manera espontánea: suele preceder al acceso dolor vago y opresión en la región cardíaca.

Se caracterizan las palpitaciones por gran aceleración en el impulso cardíaco, perceptible al aplicar la mano y aún á la simple vista, siendo muy notables para el enfermo si se acuesta del lado izquierdo.

Cuando es intenso el acceso, el movimiento del corazón es precipitado é irregular, y esa rapidez en las palpitaciones no sólo dificulta la circulación pulmonar, sino que la respiración se hace incompleta, sobreviene palidez de rostro con expresión de angustia, se enfrian las extremidades y se manifiesta el éxtasis

venoso. Si son graves los accesos, hay desfallecimientos, y pone fin al mismo un verdadero síncope; así es que si bien puede cesar repentinamente, en ocasiones esto sucede de un modo gradual, permaneciendo fatigoso el enfermo por más ó ménos tiempo, segun la duracion que el acceso tuviera, desde pocos minutos á algunas horas.

El exámen del órgano nos da diverso resultado, segun la frecuencia y energía de sus pulsaciones; la percusion nada digno de mencionar nos suministra; y por la auscultacion, unas veces observamos el movimiento acelerado, á término de sobreponerse aparentemente unas pulsaciones á otras, siendo imposible estudiar los ruidos normales; pero hay ocasiones en que las contracciones son desiguales, irregulares é intermitentes, y las ménos veces son moderadas. Dicho se está que por casualidad hallaremos normales los ruidos cardiacos; si la fuerza está aumentada, éstos serán claros, vibrantes y metálicos, hay lo que se llama retintin metálico; si por el contrario es débil la energía del corazon, por más que haya frecuencia, serán los ruidos sordos y poco vivos, percibiéndose más bien un ligero ruido de fuelle; en el primer caso, el pulso será fuerte, duro y resistente, y en el segundo no sólo está blando, débil y depresible, sino que en ciertas ocasiones es desigual y áun intermitente.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Siendo muy variable la duracion de las palpitations, claro es que su curso tambien lo es, pues si unas veces es rápido y desaparece la afeccion, otras es más ó ménos insidioso, y suele ocasionar trastornos de inervacion de entidad, ó ser las palpitations precursoras de alguna otra neurosis grave.

PRONÓSTICO.—En general no tiene importancia por

no ser de gravedad; únicamente inspira la afeccion algun cuidado, si es duradera, por las consecuencias que puedan presentarse.

TRATAMIENTO.—Este se funda primero en los medios higiénicos convenientes, luego en llenar la indicacion causal, y despues la sintomática. Cumplirémos con la higiene aconsejando vida sóbria, y prohibiendo los excesos en el trabajo corporal é intelectual, en las vigiliyas y en el coito, recomendando alimentacion sana, nutritiva y de fácil digestion, y proscribiendo el uso del té, café y tabaco, ó al ménos moderando el uso que de él pudiera hacerse.

Por lo que respecta á la indicacion causal, siempre que sea dable satisfacerla debemos hacerlo, inquiriendo bien la causa; unas veces dirigirémos el tratamiento á combatir la anemia, clorósis, trastornos de menstruacion, etc.; otras será preciso combatir una dispepsia, quizás la presencia de vermes en los intestinos ú otros desórdenes que no son más que manifestaciones de la lesion principal; y en todos aquellos casos en que no sea apreciable la indicacion causal, tenemos motivos para creer que las palpitaciones son el resultado de un desórden primitivo de la inervacion del corazon, y entónces es cuando debemos acudir á los modificadores del sistema nervioso, llenando la indicacion sintomática.

Cuando la accion del corazon sea débil y el pulso depresible, está indicado el uso de la digital, pues en opuestas circunstancias no sólo no conviene sino que agravaria el padecimiento: lo que sí está indicado en estas condiciones es el bromuro potásico, el almizcle, los preparados ciánicos y opiados, y otros antiespasmódicos de gran importancia. El ácido arsenioso está aconsejado cuando hay empobrecimiento; los baños tie-

nen sus buenas aplicaciones, y entre otras son útiles despues de la administracion de la digital, y en ciertos estados del organismo. Laennec y otros prácticos los recomiendan mucho, tibios ó frescos, convencidos de los favorables resultados que con los mismos se obtienen.

## CAPÍTULO XII.

---

### Bocio exoftálmico.

SINONIMIA.—Enfermedad de Graves, de Basedow.

Un conjunto de síntomas extraños constituyen esta afeccion, y bien podemos decir que la caracteriza las palpitaciones, la dilatacion de los vasos arteriales, la tumefaccion de la glándula tiroides y la exoftalmía.

Constantes son las palpitaciones y la dilatacion de los vasos arteriales, despues se presenta la hinchazon del cuerpo tiroides, más tarde y á veces falta la exoftalmía.

Veamos cómo explican los autores modernos esta enfermedad, guiados por los conocimientos fisiológicos actuales:

«Esos síntomas que caracterizan la enfermedad no son simultáneos en su aparicion sino sucesivos; bien podemos creer que los últimos en presentarse son efecto de los primeros. La condicion patogénica que al mismo tiempo puede producir los dos primeros síntomas que aparecen desde luego y que sin ellos no puede existir la enfermedad, esto es, las palpitaciones y la dilatacion de las arterias, es la parálisis de los nervios vaso-motores cardiacos y cervicales; la dila-

tacion vascular, que es su consecuencia precisa, es lo que determina la palpitacion; pronunciado más el desarrollo de los vasos, viene la tumefaccion tiroidea, y ya extendida á la extremidad cefálica, claro es que la fluxion arterial se ha de convertir en motivo de excitacion del sistema nervioso central, y más en particular para el centro celio-espinal; esto da lugar á la excitacion del músculo orbitario, y á la salida consiguiente del globo del ojo.»

Tal es la teoría admitida hoy como la más racional, para explicar la enfermedad que nos describen Graves y Basedow.

CAUSAS.—La afeccion de que nos vamos ocupando, aunque no frecuente, es más comun en la mujer que en el hombre; á éste más bien le ataca en la edad adulta, miéntras que en la mujer prefiere la juventud; es indudable que ejerce influencia predisponente el desarrollo de vicios constitucionales, y con preferencia la escrofulosis y tuberculosis, como tambien el estado anémico y toda debilidad consiguiente á determinados estados patológicos que empobrecen la economía; y además comprenderemos entre las causas que predisponen el temperamento nervioso y el histerismo, siendo las más culminantes, entre las que dan lugar á este padecimiento, el traumatismo cefálico y las afecciones morales vivas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Encontraríamos en esta enfermedad resultados autópsicos distintos, segun hayan radicado los principales síntomas con preferencia en tal ó cual órgano, de los que son atacados en esta afeccion.

El corazon se presenta á nuestro exámen unas veces normal, y si bien otras hay en él simple dilatacion, algunas le acompaña hipertrofia, y no son pocas las ocasiones en que se encuentran lesiones valvulares.

Las arterias y aún las venas de la cabeza y cuello se encuentran dilatadas, dando lugar el desarrollo de vasos y la ectasia á la hinchazon de la glándula tiróydes.

Al examinar el ojo y las cavidades orbitarias, hallaremos notable dilatacion en las ramas de la arteria oftálmica, congestion en las membranas del ojo y en la region orbitaria; en el tejido adiposo de la misma desarrollo anormal, que unas veces tiene y otras no infiltración serosa; en algunos casos hay atéroma de la oftálmica y degeneracion grasosa de los músculos oculares, y muy rara vez son negativos los resultados que nos da este exámen.

Por último, alteraciones en el gran simpático nos darán á conocer las relaciones fisiológicas de esta neurosis. Los cordones y ganglios cervicales son los más interesados, y sus lesiones más constantes consisten en simple atrofia unas veces, y otras con proliferacion conjuntiva periférica intersticial.

SÍNTOMAS. —No todas las cuatro manifestaciones patológicas que hemos mencionado se presentan desde el principio; hemos dicho que las palpitaciones y la dilatacion de los vasos arteriales es lo primero en presentarse, y á esto acompaña disnea, la cual despues es más ó ménos extensa, segun el volúmen que adquiriera el cuerpo tiróydes, aumento que puede ser rápido ó lento.

No sólo se perciben ruidos estetoscópicos al nivel del tumor, sino que tambien se hallan otros en las yugulares y carótidas.

Con esas manifestaciones patológicas, que como decimos son las principales, coinciden otras que bien podemos decir secundarias, y que prueban una vez más se trata de una afeccion general. En estos enfermos hay demacracion, y si bien hay diarrea, es digno de llamar la atencion que algunos enfermos tienen hambre devoradora.

No es esta afeccion una caquexia local, se ha creido por muchos es una neurosis, pues es anómalo su curso, es paroxística, y su modo de ser es propio de aquellas afecciones en que el sistema nervioso juega el papel principal; deberémos creer es una neurosis que motiva congestiones locales, y cuya causa próxima se encuentra en una modificacion del aparato angio-motor.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—Por regla general es largo el curso de esta afeccion, que si puede terminar por la disminucion paulatina de los síntomas, otras veces la asfixia, la fiebre héctica ó alguna complicacion que resida en el aparato respiratorio, pone fin á la vida de estos enfermos.

PRONÓSTICO.—Es enfermedad grave, que exige la mayor prudencia en el juicio que se forme, que nunca dejará de ser reservado.

TRATAMIENTO.—Los medios higiénicos son los más eficaces para combatir esta enfermedad; proscribese el uso del té, el café, tabaco y espirituosos; hágase uso del suero, disfrútese del campo y procúrese cuanto sea posible el reposo del cuerpo y del espíritu, pues en una buena higiene estriba la base del tratamiento que debemos propinar.

Indicacion de importancia es la causal, pero sólo la anemia es la positiva y no es constante; si existiese, empléese el yoduro férrico, pues los ferruginosos aconsejados para combatir esta afeccion sólo están indicados en este caso; en los demás son sus efectos perjudiciales. Con el objeto de moderar la inervacion general y la agitacion del corazon, combínese la hidroterapia y áun la aplicacion del hielo á la region precordial y al cuerpo tiróydeo, con los medios reconstituyentes.

En el mayor número de casos no podemos indagar

la causa, y entónces la indicacion es sintomática. Ni el yoduro potásico al interior, ni las fricciones con el yodo producen los buenos resultados que en las otras formas de bocio; lo único de que se obtiene mejor efecto es del bromuro potásico, del arsénico, quinina y aplicaciones frias; la digital está indicada cuando sea débil la accion del corazon y el pulso fácil de deprimir. La excitacion del simpático cervical por una corriente eléctrica constante, pero débil (pila de 8 á 12 elementos), ha producido satisfactorios resultados, segun se comprueba en observaciones recientes.

### CAPÍTULO XIII.

#### Angina de pecho.

SINONIMIA.—Neuralgia cardiaca, esternalgia, angor pectoris, etc.

Esta no comun enfermedad, que es apirética, se caracteriza por un dolor precordial intenso, pungitivo, con irradiaciones, y teniendo su asiento detrás del esternon y hácia la parte inferior, se extiende al cuello y frecuentemente al brazo izquierdo, produciendo debilidad en la accion cardiaca, constriccion, disnea y áun cierta propension á síncope.

El presentar intenso dolor hace que la mayoría de los autores refieran esta afeccion á las neuralgias; varias son las opiniones respecto al asiento de esta enfermedad, y prácticos tan distinguidos como Laennec, creian que si bien unas veces se fijaba en el nervio pneumogástrico, otras era su asiento los filetes cardiacos del gran simpático, y por más que algunos sostuviesen se

fijaba la enfermedad en el diafragma ó en los músculos intercostales, hoy convienen la generalidad de los clínicos en atribuir la neuralgia á los filetes cardiacos que proceden del pneumo-gástrico.

Como acontece con las otras neuralgias, podemos considerar ésta unas veces esencial, forma primitiva, que es la más rara, y otras la produce un estado patológico preexistente, y es la sintomática, ó sea la forma secundaria.

CAUSAS.—Las de la forma esencial son desconocidas, y ésta más bien se presenta en la juventud y con preferencia en los hombres. De la sintomática, las causas son numerosas; desempeñan el principal papel las lesiones del corazón y las de los grandes vasos; los tumores que tienen su asiento en el mediastino y el ateroma de las arterias coronarias; y en segundo lugar el reumatismo y la gota, no mencionando otras de que también han escrito los autores, por no estar suficientemente comprobada la eficacia de ellas.

SÍNTOMAS.—Acomete la enfermedad de pronto en medio de la mejor salud; el acceso se caracteriza por dolor intenso, pungitivo en el sitio ántes dicho, con sensacion de angustia y ahogo inminente; el enfermo queda inmóvil algun tiempo, pálido, y se nota enfriamiento en la superficie del cuerpo. El carácter del dolor siempre es igual, varía algo el sitio más ó ménos hácia la region precordial ó detrás del esternon, limitándose alguna vez á ocupar sólo ese lugar, pero siendo lo comun se irradie como hemos manifestado, y algunas veces ganando el epigastrio, la parte inferior del vientre, testículos y áun muslos, así como las más son las irradiaciones cérvico-bronquiales: hay casos en que los desórdenes nerviosos son de tanta entidad que se interesan los ramos gástricos, dándolo á conocer las

náuseas y vómitos, y otras veces el desórden se propaga al nervio frénico, desenvolviéndose el hipo. El pulso es pequeño, débil, lento, á veces intermitente é irregular, y algunos enfermos tienen lipotimias y áun síncope.

El acceso concluye como empezó, bruscamente; el dolor cesa; suelen ser frecuentes los eructos ó regurgitaciones; el pecho y los miembros superiores quedan fatigados; ciertos individuos experimentan una necesidad irresistible de orinar, y terminado el acceso quedan éstos tristes, alarmados, tèmerosos de un nuevo ataque que comprometa áun más la vida.

Tales son los síntomas que presenta esta enfermedad durante los accesos, y cuando sea sintomática de alguna de las lesiones de que hemos hecho mérito; sus fenómenos son análogos, quedando despues el paciente en el estado que le es habitual, siguiendo su curso la afeccion que provoca tales accesos, que en estos casos son mucho más temibles por sus funestos resultados.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso es variable, segun sea la afeccion esencial ó sintomática; lo mismo sucede con la duracion, ésta será corta si los accesos son esenciales, pero si la enfermedad que los provoca es antigua, los accesos suelen durar horas, y desde luego se repiten con más frecuencia; la terminacion ordinaria es la muerte, que sobreviene por lo comun durante el acceso y de un modo repentino en el segundo ó tercero, á ménos que la neurósis sea esencial, en cuyo caso, aunque es sumamente raro, puede obtenerse la curacion.

PRONÓSTICO.—Siempre es gravísimo, y más cuando existan lesiones orgánicas del corazon.

TRATAMIENTO.—Siempre que el dolor sea el síntoma que domine, recúrrase al ópio y sus preparados al inte-

rior, en fricciones é inyecciones subcutáneas la morfina, y produce tambien buen resultado la administracion del almizcle.

Como muchas veces no es el dolor lo más culminante, sino el abatimiento y la propension á las lipotimias, debemos preferir los estimulantes del grupo de los difusibles, como el licor de Hoffman, el éter, el amoniaco, etc., y en aquellas circunstancias en que siendo grande la gravedad tenemos que precaver el síncope, aplíquese á la region precordial el amoniaco, con el objeto de hacer una pronta vexcacion, que tal vez pueda evitar la presencia de ese síntoma, tan alarmante como funesto.

Niemeyer ha obtenido buenos resultados del castóreo y valeriana en tintura etérea; Trousseau recomienda el uso del sulfato de quinina sólo ó asociado al ópio; Romberg la ingestion del hielo; Carriere las inhalaciones clorofórmicas; Jaccoud, con fundado motivo, dice que el cloroformo sólo se debe usar cuando domine el dolor, proscribiéndose en todos los casos en que haya tendencia al síncope. La excitacion electrocutánea del pecho ha producido buenos resultados, segun Duchenne, y todos estos recursos aconsejados por tan eminentes prácticos, no tienen toda la eficacia que fuera de desear para combatir tan funesto padecimiento.

En los intervalos de los accesos, estúdiense bien la causa que los produce; fijémonos en la anemia, gota, reumatismo, lesion cardiaca, etc., para llenar la indicacion causal que el caso exija, y cuando ésta no sea apreciada por nuestro detenido estudio, usemos las medicaciones que corresponden á las neurosis dolorosas; los medios mas eficaces hasta hoy usados son el acónito, arsénico, ácido prúsico, bicarbonato sódico,

belladona y valerianato zíncico, siendo de utilidad más reconocida los tres últimos. Consignémos tambien que Jaccoud recomienda el bromuro potásico á alta dosis, y las pulverizaciones etéreas en la region pre-cordial.

Una buena higiene, y la sustraccion de cuanto pueda favorecer la presencia de los accesos, constituirá el tratamiento de esta gravísima afeccion.

## CAPÍTULO XIV.

### Enfermedades de los grandes vasos.

#### Aortitis.

La inflamacion de la aorta es como la de las demás arterias, aguda y crónica; pero la forma frecuente es la crónica, pues rara vez observamos la aguda.

CAUSAS.—De la forma aguda son causas más constantes la endocarditis y pericarditis, los tumores del mediastino, las lesiones del esófago, tráquea y bronquios: segun Ramberger, es alguna vez consecuencia de la piemia; y segun Andral, la impresion de un frio intenso puede tambien desarrollarla, sin que hasta hoy haya confirmado la experiencia suficientemente, el parecer del gran práctico de los Hospitales.

La forma crónica, que como decimos es la más constante, se designa con distintos nombres, siendo el más admitido el de *aortitis ateromatosa*. Entre las causas predisponentes, debemos mencionar el sexo masculino y la edad avanzada, aunque no es exclusiva de la vejez, pues en cualquier época de la vida se presenta como haya una causa que la determine. Entre las que pre-

disponen hay unas que obran de un modo mecánico, dando lugar á un aumento de presión de la sangre, como la hipertrofia del ventrículo izquierdo; otras, mediante una alteración de la sangre, desordenan la nutrición de las paredes vasculares, el reumatismo, la gota, quizás la sífilis, etc.; y en un gran número de casos sobreviene esta forma crónica, por propagación de una lesión del endocardio, ó es la consecuencia de una afección aguda del corazón: no deja de haber casos en que es sumamente difícil ó imposible averiguar la causa productora.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las lesiones anatómicas de esta enfermedad son las de la arteritis en general, siendo más frecuentes los accesos en el espesor del vaso, en la aortitis. En la mayoría de casos se limita la inflamación al cayado, también á la aorta torácica ó abdominal, y como caso excepcional podemos decir que ocupa toda la extensión de la aorta.

En la aortitis aguda, las lesiones como proceso activo se fijan en las túnicas externa y media; las de la túnica interna, cuando llegan á existir, se producen por atracción mecánica ó por necrosis, y en este caso, la formación de un coágulo sanguíneo al nivel del punto enfermo es casi constante.

Consignemos como alteración inicial la inyección en la túnica externa primero, más tarde en la media, y únicamente en la interna cuando la hiperemia sea muy considerable, y hallaremos turgencia é hinchazón en las capas superficiales, y la infiltración de un exudado en las mismas.

Cuando observemos la formación conjuntiva, esto es, la esclerosis arterial, la formación purulenta, es decir, el pus infiltrado ó formando un absceso arterial ó la regresión, consideramos el estado crónico de la

aortitis, cuyo período inicial se caracteriza por manchas blanquizeas ó grises y de aspecto gelatinoso, alteraciones muy marcadas en el principio y en el período de estado, pues la terminacion está constituida por la regresion de los productos inflamatorios, ofreciendo dos formas, por lo comun ccbinadas, que son la degeneracion grasosa y la incrustacion calcárea.

SÍNTOMAS.—No los tiene propios esta afeccion, sobre todo en la forma aguda, sí se observa muchas veces fuerte latido en el trayecto del vaso, movimiento febril intenso, edema progresivo, debilidad, disnea, dolor esternal, tos molesta, etc.

En la forma crónica hay disnea al más ligero movimiento, palpitaciones, palidez, y segun Bouillaud, síntomas de hipertrofia sin estrechamiento de los orificios cardiacos. Como signos directos, hagamos notar matitez anormal, que asciende á la articulacion externo-clavicular, y soplo áspero sistólico de lima; pero estos fenómenos no son constantes, teniendo más valor el estado del pulso que es brusco y duro, aparentemente fuerte y á veces con irregularidad periódica. Entre los signos indirectos debemos contar la hipertrofia del ventrículo izquierdo, y el estado ateromatoso en aquellas arterias cuya palpacion es accesible.

De lo dicho podemos deducir que el diagnóstico de la enfermedad que nos ocupa siempre es difícil en alto grado, por ser afeccion que se presenta en el curso de otras tambien obscuras, y porque sus síntomas se confunden con los de otros padecimientos cardiacos, cuya existencia no siempre es fácil comprobar.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—El curso es más ó ménos largo, segun las causas que hayan producido la enfermedad, así es que la duracion varía y por lo comun termina en muerte.

PRONÓSTICO.—Este será siempre grave y además de reserva, por las lesiones cardiacas que generalmente la acompañan.

TRATAMIENTO.—En aquellos casos en que se trate de la forma aguda y el diagnóstico se haya podido precisar, acudamos á los antiflogísticos, usemos los medios indicados para combatir una endocarditis: la forma crónica no encuentra recursos en la terapéutica; eviten los pacientes la accion de las influencias patogénicas, que tanto pueden perjudicarles, y recúrrase á un tratamiento sintomático para mitigar tan contínuo sufrimiento.

## CAPÍTULO XV.

---

### Aneurismas de la aorta.

Estos se constituyen por la dilatacion limitada á una porcion del vaso aórtico.

CAUSAS.—Las que pueden llegar á producirlo son: ó una alteracion de la túnica arterial que incapacite al vaso para soportar el impulso excéntrico de la sangre, ó bien que la pared vascular sufra una rasgadura que disminuya su resistencia. Tambien la flegmasia aguda y la atrofia senil de la aorta, corresponden al mismo orden de causas. Otras hay cuyo origen es traumático; todo esfuerzo exterior que dé lugar á una solucion de continuidad en cualquiera de las túnicas, y lo más comun es que sea en la media, se encuentra en este caso; pero siempre verémos que la causa más frecuente de dicho aneurisma es la ateromasia, ó sea la endaortitis deformante.

Más comun este aneurisma en los hombres que en las mujeres, prefiere la edad de los treinta y cinco á los cuarenta años, y á aquellos que perteneciendo á la clase obrera hacen violentos esfuerzos con los extremos superiores: su sitio predilecto es la aorta ascendente en la cara convexa del cayado, así como en la descendente la cara posterior; ambos son lugares de preferencia del ateroma.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Distintos nombres han recibido los aneurismas, segun la composicion anatómica del vaso y la altura del sitio donde radica la dilatacion; y si bien el aneurisma verdadero y el mixto externo son los más comunes, tambien debemos conocer en qué consisten el falso circunscrito ó consecutivo, el varicoso y el disecante, por más que el primero sea poco frecuente, raro el segundo, y curiosidad anatómica, segun la expresion de Jaccoud, el tercero.

Consiste el verdadero en que el segmento dilatado, puede serlo por todas las tónicas: cuando la dilatacion es á expensas de la externa, por haber rotura de la media y de la interna, tenemos el mixto externo: el falso circunscrito ó consecutivo, cuando rota la tónica interna no tiene el aneurisma otra pared que lo limite más que el tejido conjuntivo perivascular ó un órgano inmediato: será varicoso cuando se abra en una vena contigua; y por último, será la forma rara disecante cuando, despegadas de la tónica externa, la media y la interna, la sangre se estanque en ese conducto artificial.

Las formas de los aneurismas son siempre variables, siendo las más ordinarias la fusiforme, cilíndrica y saquiiforme; tambien varía mucho el volumen, pero por lo general no excede del tamaño de un huevo de gallina, el del verdadero; á medida que el mixto, y sobre todo el consecutivo, llega á adquirir el desmedido tamaño de una cabeza de feto y aún de adulto.

Veamos qué modificaciones son propias de los aneurismas, y qué compresion ejercen en los órganos inmediatos.

Las modificaciones del aneurisma son notables, pues la envoltura del saco siempre sufre diversas alteraciones, como la inflamacion crónica y la incrustacion calcárea, y si estos cambios sobrevienen en la parte exterior, tambien los hay en la cavidad; la sangre, al pasar de un conducto relativamente estrecho á una ancha cavidad, sufre una detencion que favorece la formacion de los coágulos por éxtasis; la trómbosis constantemente se halla en los grandes aneurismas, faltando tan sólo en los de las pequeñas ramas. Puede la dilatacion residir en el origen de las colaterales, y entónces, al ganar la trómbosis dichas ramas, llegan á producir su estrechez en la mayoría de casos, la obliteracion en algunos. Si tratásemos de un aneurisma de la aorta ascendente ó del cayado, del tronco braquio-cefálico, subclavia ó carótida izquierda, encontraremos la trómbosis colateral; pero si fuese el aneurisma abdominal, entónces estará interesada por la obturacion la celiaca, la mesentérica superior ó alguna de las renales.

Pero si dignas de interés son estas modificaciones, no olvidemos apreciar las que sobrevienen en las partes próximas. Lo primero será la compresion, el rechazo que tienen que experimentar los órganos cercanos, y claro es que esto no sólo perturbará las funciones, sino que dará lugar á lesiones materiales, entrè las que juega el papel principal la atrofia de la parte comprimida. Así es que cuando el aneurisma es del pecho, no extrañemos ver cómo se ha producido la ulceracion bronquial, la del esófago y áun la de la pléura, y la atrofia parcial del pulmon. Si el aneurisma es del vientre, alterados estarán el hígado, el

duódeno y áun los músculos psoas. La opresion producirá trómbosis en las venas cavas, la ulceracion, y, como es consiguiente, el aneurisma varicoso. En las partes duras se observan profundas alteraciones en las clavículas, costillas y vértebras, y á veces lesiones en órganos distantes, consecutivas á tan profundo padecimiento.

Hagamos, por último, algunas reflexiones por lo que hace á la terminacion de los aneurismas.

Sabemos que la rotura es el fin más frecuente de los aneurismas; el que ocupa el segmento original de la arteria se abre en una de las cavidades del corazon; el de la aorta ascendente, en muchos puntos al exterior, en el pericardio, pulmon, pléura, aurícula derecha, bronquio derecho, tráquea y esófago: el aneurisma del cayado rara vez se rompe al exterior; por lo comun se derrama en las vias aéreas, arteria pulmonar, vena cava superior, pericardio, pulmon, etc.: el de la aorta torácica descendente, en los mismos puntos, pero con preferencia en el esófago y pléura; y si es la aorta abdominal, se derrama en el peritoneo, vena cava inferior, pelvis del riñon, cólon y otros puntos con ménos frecuencia: siempre tendremos en cuenta que cuando el aneurisma aórtico no mata por rotura, lo hace al fin por los accidentes que ocasiona, por la compresion que produce y por las lesiones secundarias que al cabo llegan á presentarse.

SÍNTOMAS.—Podemos considerar la disnea como uno de los síntomas más comunés y molestos, disnea que puede depender de la compresion del pulmon ó de los grandes bronquios; los aneurismas del cayado pueden comprimir de un modo directo la tráquea, y entónces se nota al toser y respirar un silbido especial, mas si el pneumo-gástrico ó el recurrente está irritado por el

aneurisma, la disnea afectará el carácter espasmódico y asmático.

Desórdenes funcionales producidos por irritación ó por compresión, y fenómenos físicos, podemos apreciar en el estudio sintomatológico del aneurisma aórtico. La compresión de la aurícula derecha, vena cava ó troncos innominados, dará lugar á que se hinchen las yugulares, estén repletas las venas de los extremos superiores, se manifieste alguna cianosis, y aún se desarrollen fenómenos de hidropesía en la mitad superior del cuerpo: en este caso, como es difícil la depresión de las venas cerebrales, acusan los enfermos mareos, zumbidos de oídos y aún vértigos.

La compresión de los nervios intercostales y del plexo-braquial, dará lugar á intensos dolores en la parte derecha del pecho, áxila y brazo. La del tronco braquio-cefálico ó de la arteria subclavia izquierda, motivará que el pulso sea pequeño y aún á veces imperceptible.

Además, hay síntomas de lentitud circulatoria; suele ser muy apreciable la causa entre el impulso del corazón y la onda sanguínea, en las arterias que nacen por debajo del aneurisma.

En el aneurisma de la aorta ascendente, el pulmón y la vena cava superior son los que más padecen; de ahí que la disnea, la hidropesía en la mitad superior y el color cianótico, sean los más constantes síntomas de este aneurisma; pero si éste radica en el cayado, lo más expuesto á la compresión será la tráquea y el pneumo-gástrico: no dejan de manifestarse algunas otras lesiones, disfagia si el esófago está comprimido, y no es raro observar desigualdad del pulso en ambos lados.

Cuando el aneurisma sea de la aorta torácica des-

cedente, se notarán dolores dorsales, dificultad para extender la columna vertebral y aún puede sobrevenir una paraplegia, si llega á actuarse la destruccion de las vértebras.

Y si éste es de la abdominal, los síntomas subjetivos son muy variados; la compresion de los nervios ocasionará fuertes dolores y aún la parálisis de los miembros inferiores; desórdenes digestivos de gran importancia tambien se presentan, como vómitos, cólicos, etc.; si la compresion es en el hígado ó en sus conductos de excrecion, puede manifestarse la ictericia; y si fuese sobre el aparato renal, podrá ocasionarse hasta la retencion de orina. Por último, el aneurisma situado debajo del diafragma empuja éste, produciendo dolor intenso, y el corazon se disloca arriba y afuera. Los síntomas referidos son resultado de la irritacion ó de la compresion; su aparicion no puede explicarse por ningun estado patológico anterior ó actual, y son persistentes, son síntomas ciertos de un tumor torácico ó abdominal, y el exámen de los signos físicos es lo que llega á decidir la cuestion de naturaleza. Examine-mos éstos con la brevedad posible.

Con la vista á veces suelen observarse los latidos que se sienten con la mano; si el aneurisma toca á la pared, hay pulsacion manifiesta isocrona con el impulso del corazon, y frecuentemente acompañada de estremecimiento catario.

Si es aneurisma ascendente, al nivel del segundo espacio intercostal y hácia el borde derecho del esternon, percibirémos la pulsacion, y en el lado izquierdo de las vértebras dorsales inferiores es donde se notará si la enfermedad tiene su asiento en la porcion descendente de la aorta torácica; únicamente la pulsacion será poco perceptible, ó faltará, en los casos en que el aneurisma esté lleno de coágulos.

La percusion dará macidez en todo el radio en que el aneurisma se relacione con la pared torácica, y por medio de la auscultacion encontraremos un ruido normal simple ó doble, ó ruidos anormales, generalmente de fuelle ó de escofina, ruidos que principalmente se deben á las vibraciones de la pared del aneurisma. Si la onda sanguínea produce en el saco vibracion regular, el ruido sistólico es normal; en circunstancias contrarias será anormal ó de soplo, y los ruidos normales y anormales son comunicados al aneurisma, aquellos por las válvulas aórticas que vibran normalmente, y éstos por las mismas insuficientes, que lo hacen de una manera anormal.

CURSO, DURACION Y TERMINACION.—La marcha de esta enfermedad siempre es larga, pues es lesion crónica y se desarrolla con más ó ménos regularidad, con alternativas de exacerbacion y de remision, así es que dura largo tiempo, excediendo de dos y áun de tres años, y generalmente termina por muerte; bien por asfixia, efecto de la disnea, ó por compresion de la tráquea que impida la entrada del aire: la causa más comun de muerte es la rotura del saco, y no deja de serlo el estancamiento de sangre en el cerebro por compresion de la cava superior; tambien el deterioro del organismo por falta de fuerzas, puede lentamente concluir con la vida de estos individuos.

PRONÓSTICO.—Rara vez será favorable, siendo su terminacion casi constante la muerte; tan sólo cuando observemos que se indura el tumor, que disminuyen y cesan los latidos y ruidos, podemos hacerlo halagüeño, circunstancia eventual de que nos hablan algunos autores.

TRATAMIENTO.—Este no consiste sino en medios que puedan paliar esta afeccion. La sangría, tan enco-

miada en otros tiempos, sólo podemos aconsejarla alguna vez para conjurar los accidentes de la asfixia, pues como tratamiento debemos rechazarla.

El uso del yoduro potásico, tan recomendado por Bouillaud, no da los resultados que ese práctico se propuso; otro tanto acontece con la digital, aconsejada para disminuir la velocidad del corazón; tampoco el acetato plúmbico da buen éxito, ni otros medicamentos en que abunde el tanino, administrados para obtener la coagulación de la sangre, y como consecuencia la obliteración del saco aneurismático.

Tampoco obtenemos resultado alguno siguiendo la conducta trazada por nuestros antepasados, de someter á estos enfermos al *mínimum* de alimentación, para disminuir en ellos la masa sanguínea; por lo tanto, los recursos son muy limitados: acudamos á los antiespasmódicos y narcóticos para mitigar los dolores y la disnea; las aplicaciones de hielo, para rebajar las pulsaciones y calmar los dolores locales, pueden tener buena aplicación; y como quiera que el objeto del tratamiento curativo es favorecer la coagulación de la sangre en el saco para obliterarlo, en los casos en que por la situación del tumor aneurismal sea practicable, tengamos en cuenta lo que en este caso recomiendan célebres prácticos, por más que los resultados hasta hoy obtenidos sean pocos para inducirnos á poder desde luego aconsejar terminantemente el método de la galvano-puntura, y el de la implantación de agujas en el saco, pues uno y otro son recursos atrevidos que necesitan apreciarse por numerosos hechos y prolijas observaciones, ántes de darles sanción definitiva.

En la inmensa mayoría de casos tendremos, pues, que limitarnos á recomendar á estos enfermos tranquilidad de cuerpo y sosiego de espíritu; evitar cuanto sea

posible todo lo que contribuya á acelerar el movimiento del corazon; someterlos á buen régimen alimenticio, y si el tumor se manifiesta al exterior, ponerlo al abrigo de los choques que pudiese experimentar, por medio de un apósito que, sin dar lugar á compresion, llene el indicado objeto.

---

## CUADROS SINÓPTICOS DEL DIAGNÓSTICO.

HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA.	DILATACION VENTRICULAR IZQUIERDA.	HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA.	DILATACION VENTRICULAR DERECHA.
Se presenta en la edad juvenil.	Se presenta en la declinacion de la edad adulta y vejez.	Como en la izquierda.	Como en la izquierda.
En constituciones robustas, sometidas á grandes esfuerzos y á emociones morales vivas.	En constituciones decaídas, sujetas á obstáculos circulatorios.	Como en la izquierda.	Como en la izquierda, y en las lesiones pneumónicas.

### SIGNOS FÍSICOS.

#### PALPACION.

Aumento del choque, punta dislocada abajo y á la izquierda.	Disminucion del choque, punta dislocada á la izquierda.
---	---

#### PERCUSION.

Matitez, avanzando hasta la línea axilar.	Matitez, avanzando hácia el lado derecho y base del apéndice xifoídes.
---	--

AUSCULTACION.

Retintin metálico en el foco mitral y aórtico.	Disminucion del ruido en ambos orificios.	Retintin metálico en los focos tricuspide y pulmonar.	Disminucion del ruido en ambos focos.
--	---	---	---------------------------------------

SIGNOS FUNCIONALES.

Pulso duro, lleno y tardo.	Pequeño y frecuente.	Pequeño.
Zumbido de oídos, vértigos, etc.	Disnea por éxtasis pulmonico.	Cianosis, edema y derrames diversos. Anemia pulmonar.
	Tardo.	
	Hiperemias activas pulmonares.	

INSUFICIENCIA AÓRTICA.	ESTRECHEZ AÓRTICA.	INSUFICIENCIA PULMONAR.	ESTRECHEZ PULMONAR.
---------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------

### SIGNOS FÍSICOS.

#### PALPACION.

Aumento del choque cardíaco, correspondiente á una gran hipertrofia; estremecimiento catátrico transmitido á la punta.	Ménos hipertrofia, y por lo tanto ménos impulsion cardíaca.	Aumento del choque cardíaco en su porcion derecha, correspondiendo por tanto á una hipertrofia de dicho lado.	Aumento ménos notable.
--	---	---	------------------------

#### PERCUSION.

Gran matitez hácia la línea axilar y abajo.	Ménos.	Matitez por fuera de los límites externos derechos, y en el apéndice xifoides.	Lo mismo, pero ménos notable.
---	--------	--	-------------------------------

#### AUSCULTACION.

Ruido de soplo en el segundo tiempo, apreciado bien en el foco aórtico y propagado á la punta.	Ruido de soplo en el primer tiempo: no se propaga.	Ruido de soplo en el segundo tiempo, apreciado en el foco pulmonar.	Ruido de soplo en el primer tiempo, apreciado en el mismo sitio.
--	--	---	--

<p>Dos soplos en las arterias gruesas: el primero en el sistole cardiaco (diástole del vaso); el segundo más suave en el diástole cardiaco (sistole del vaso).</p>	<p>Estos soplos se perciben sólo en las arterias carótidas.</p>	<p>No se perciben.</p>
--	---	------------------------

#### ESFIGMOGRAFÍA.

<p>Pulso lleno, vibrante y dilatado, retrocediendo al momento del choque: el trazo esfigmográfico de la primera línea es recto y virtual, y el segundo oblicuo y flexuoso.</p>	<p>Pulso regular y pequeño, ya blando, ya duro, dando la primera línea menos corta y vertical, y la segunda menos flexuosa y más oblicua.</p>	<p>Idem</p>
--	---	-------------

#### SIGNOS FUNCIONALES.

Los correspondientes á las lesiones que determinan.

INSUFICIENCIA MITRAL.	ESTRECHEZ MITRAL.	INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE.	ESTRECHEZ TRICÚSPIDE.
<b>SIGNOS FÍSICOS.</b>			
PALPACION.			
Como en la hipertrofia ventricular derecha.	Idem.	Como los de la dilatacion é hipertrofia ventricular izquierda.	Idem.
PERCUSION.			
—	—	—	—
AUSCULTACION.			
Soplo sistólico en la punta	Pueden suceder tres casos: 1.º Si es ligera, ausencia de ruidos anormales. 2.º Si es mediana, ruido de soplo en el diástole. 3.º Si es intensa, desdoblamiento del segundo tono, imitando el ruido al galope de un caballo.		Soplo sistólico en dicho punto.

. ESFIGMOGRAFÍA.

Pulso pequeño, y á veces irregular, intermitente y hasta dicroto.

Pequeño y débil é irregular por lo comun.

Existe el pulso venoso; el arterial no tiene fisonomía propia.

No existe el pulso venoso; el arterial como en el caso anterior.

**SIGNOS FUNCIONALES.**

Correspondientes á las lesiones que determinan.

---

 ANGINA DE PECHO.
 

---

Dolor retro-external y precordial, irradiado al axila y brazo del lado izquierdo, tomando á veces el carácter de brazalete.

Accesos cortos, separados por intervalos más ó menos grandes, sin sintoma alguno.

Isquemia periférica durante el acceso, y disnea por isquemia pneumónica.

Mata á los dos ó tres accesos

---

 NEURALGIA INTERCOSTAL.
 

---

Dolor en los espacios intercostales, irradiado de un modo distinto y múltiple, segun los filetes afectos.

Accesos prolongados con algunos intervalos.

Poca modificación en el círculo capilar; disnea por la agudeza del dolor.

Es compatible con la vida.

Comprendido en las cuatro Secciones anteriores lo que consideramos de más interés con relacion á los preliminares en la primera; cuanto tiene importancia respecto á fiebres, en la segunda; y ocupándonos de las afecciones del aparato respiratorio en la tercera, y de las que son propias del circulatorio en la cuarta, damos por terminado el TOMO PRIMERO de esta obra.

Siendo nuestro intento describir en el SEGUNDO, de la manera que lo hemos hecho en el PRIMERO, cuanto se refiere al aparato digestivo, en la quinta Seccion; lo que pertenece al urinario, en la sexta; lo que es propio del locomotor, en la sétima; en la octava abrazaremos cuanto corresponde al nervioso, y en la novena y última describirémos las enfermedades generalizadas, con lo cual terminaremos la obra.

FIN DEL TOMO PRIMERO.



# ÍNDICE

DE

LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL PRIMER TOMO.

PRÓLOGO . . . . .	<i>Pág.</i>	v
INTRODUCCION. . . . .		ix

## PRIMERA SECCION.

### PRELIMINARES.

CAPÍTULO I.—Importancia de la Clínica médica. . . . .	1
CAP. II. . . . .—Distintos métodos de enseñanza clínica . . . . .	3
CAP. III. . . . .—Consideraciones sobre el diagnóstico. . . . .	8

## SEGUNDA SECCION.

### FIEBRES.

CAPÍTULO I.—Generalidades de fiebres . . . . .	14
CAP. II. . . . .—Fiebre efémera. . . . .	26
CAP. III. . . . .—Fiebre inflamatoria. . . . .	29
CAP. IV. . . . .—Fiebre catarral. . . . .	31
CAP. V. . . . .—Fiebre gástrica. . . . .	35
Fiebre gástrica simple. . . . .	<i>Ib.</i>
Fiebre gástrica biliosa. . . . .	38
CAP. VI. . . . .—Fiebre tifoidea . . . . .	43
CAP. VII. . . . .—Formas de la tifoidea . . . . .	62
Forma mucosa . . . . .	63
Forma lenta nerviosa . . . . .	65
CAP. VIII. . . . .—Fiebres eruptivas . . . . .	66
Fiebre viruela . . . . .	<i>Ib.</i>
Fiebre viruela discreta. . . . .	68
CAP. IX. . . . .—Fiebre viruela confluyente . . . . .	73
CAP. X. . . . .—Fiebre viruela hemorrágica . . . . .	77
CAP. XI. . . . .—Fiebre varioloide . . . . .	82

CAP. XII. . . . .	— Fiebre vacuna y vacunoide. . . . .	<i>Pág.</i>	84
CAP. XIII. . . . .	— Fiebre varicela . . . . .		89
CAP. XIV. . . . .	— Fiebre sarampion . . . . .		91
CAP. XV. . . . .	— Fiebre escarlatina . . . . .		99
CAP. XVI. . . . .	— Tífus. . . . .		107
	Tífus de Europa . . . . .		108
CAP. XVII. . . . .	— Tífus de Levante . . . . .		116
CAP. XVIII. . . . .	— Tífus americano. . . . .		117
CAP. XIX. . . . .	— Tífus asiático . . . . .		131
CAP. XX. . . . .	— Fiebre gripe . . . . .		149
CAP. XXI. . . . .	— Fiebre miliar . . . . .		161
CAP. XXII. . . . .	— Fiebres palúdicas . . . . .		163
CAP. XXIII. . . . .	— Fiebres intermitentes . . . . .		168
	Fiebres intermitentes simples. . . . .		169
	Fiebres intermitentes perniciosas. . . . .		177
	Fiebres intermitentes larvadas . . . . .		186
CAP. XXIV. . . . .	— Fiebres remitentes. . . . .		188
CAP. XXV. . . . .	— Caquexia palúdica . . . . .		199
	Cuadros sinópticos del diagnóstico . . . . .		204

### TERCERA SECCION.

#### APARATO RESPIRATORIO.

CAPÍTULO I. . . . .	— Enfermedades de las fosas nasales: Exploracion	219
CAP. II. . . . .	— Epistaxis. . . . .	221
CAP. III. . . . .	— Catarro nasal . . . . .	222
CAP. IV. . . . .	— Enfermedades de la laringe: Exploracion. . . . .	227
CAP. V. . . . .	— Laringitis catarral . . . . .	231
	Laringitis aguda . . . . .	<i>Ib.</i>
	Laringitis crónica . . . . .	235
CAP. VI. . . . .	— Laringitis ulcerosa. . . . .	239
CAP. VII. . . . .	— Laringitis estridulosa . . . . .	244
CAP. VIII. . . . .	— Laringitis croupal . . . . .	247
CAP. IX. . . . .	— Edema de la glótis . . . . .	261
CAP. X. . . . .	— Neurósis laríngeas . . . . .	265
CAP. XI. . . . .	— Traqueitis simple . . . . .	267
	Traqueitis ulcerosa, tísis traqueal. . . . .	268
CAP. XII. . . . .	— Enfermedades de los bronquios, pulmon y pléura: Exploracion . . . . .	270
CAP. XIII. . . . .	— Bronquitis . . . . .	272
	Bronquitis aguda . . . . .	273
	Bronquitis aguda de los gruesos troncos . . . . .	<i>Ib.</i>
	Bronquitis aguda de los finos bronquios . . . . .	276
	Bronquitis crónica . . . . .	280
	Bronquitis pseudo-membranosa . . . . .	282

CAP. XIV . . . — Broncorrea . . . . .	<i>Pág.</i> 283
CAP. XV . . . — Asma bronquial . . . . .	286
CAP. XVI . . . — Coqueluche . . . . .	289
CAP. XVII . . — Hemotísis . . . . .	294
CAP. XVIII . . — Edema del pulmon . . . . .	297
CAP. XIX . . . — Enfisema del pulmon . . . . .	300
CAP. XX . . . — Pnevmonía . . . . .	304
Pnevmonía aguda, croupal ó fibrinosa . . . . .	305
CAP. XXI . . . — Pnevmonía catarral . . . . .	324
CAP. XXII . . — Pnevmonía intersticial . . . . .	326
CAP. XXIII . . — Tuberculósis . . . . .	329
CAP. XXIV . . — Gangrena pulmonar . . . . .	349
CAP. XXV . . . — Cáncer del pulmon . . . . .	352
CAP. XXVI . . — Pleuresía aguda . . . . .	354
Pleuresía crónica . . . . .	364
CAP. XXVII . — Hidrotórax . . . . .	367
CAP. XXVIII — Neumotórax . . . . .	369
Cuadros sinópticos del diagnóstico . . . . .	376

## CUARTA SECCION.

## APARATO CIRCULATORIO.

CAPÍTULO I. — Exploracion . . . . .	387
CAP. II . . . . — Enfermedades del corazon: Pericarditis . . . . .	396
CAP. III . . . . — Adherencias del pericardio . . . . .	402
CAP. IV . . . . — Hidropericardias . . . . .	403
CAP. V . . . . — Enfermedades del miocardio: Miocarditis:	
Carditis . . . . .	405
CAP. VI . . . . — Hipertrofia del corazon . . . . .	407
CAP. VII . . . . — Dilatacion del corazon . . . . .	415
CAP. VIII . . . — Atrofia del corazon . . . . .	418
CAP. IX . . . . — Rotura del corazon . . . . .	421
CAP. X . . . . — Enfermedades del endocardio: Endocarditis. . . . .	423
CAP. XI . . . . — Neurósis del corazon: Palpitaciones . . . . .	427
CAP. XII . . . . — Bocio exoftálmico . . . . .	430
CAP. XIII . . . — Angina de pecho . . . . .	434
CAP. XIV . . . — Enfermedades de los grandes vasos: Aortitis. . . . .	438
CAP. XV . . . . — Aneurismas de la aorta . . . . .	441
Cuadros sinópticos del diagnóstico . . . . .	450

