

El anasarca, el estado general del enfermo son signos accesorios que unidos á una disnea considerable, indican casi siempre un hidrotórax. El derrame por lo general es doble, sus manifestaciones presentan una gran movilidad; las hidropesías de los caquéticos tienen gran tendencia á producir metastasis (1)

### § III.—Diagnóstico y pronóstico.

*Diagnóstico.* Cuando se encuentran en un enfermo todos los signos habituales de un derrame torácico, falta de fiebre y la existencia de uno de esos estados del organismo que predisponen á las hidropesías, se debe pensar en el hidrotórax.

*Pronóstico.* El pronóstico es siempre grave porque el hidrotórax es mas bien un sintoma de una afección llegada á sus últimos períodos y que amenaza necesariamente la vida.

### § IV.—Anatomía patológica.

Los derrames últimos de la agonía no son nunca muy abundantes. 200 ó 500 gramos de serosidad se encuentran á lo mas. La coleccion existe en ambos lados á la par. La serosidad es clara y no contiene copos albuminosos ni falsas membranas, pero se muestra cargada de gran cantidad de albúmina; la pléura está hinchada y presenta un aspecto lechoso; el tejido seroso está edematoso, así como el parénquima pulmonar.

### § V.—Tratamiento.

Consiste: 1.º en medios propios para combatir la afección primitiva; 2.º en el empleo de remedios generalmente dirigidos contra la hidropesía, tales como los *sudoríficos*, los *diuréticos*, etc. En cuanto á la *toracentesis*, vista la integridad de la pléura, tendrá condiciones de éxito y estará indicada en los casos en que el derrame amenace por sí solo la vida.

## ARTÍCULO VI.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS GÁNGLIOS BRONQUIALES, INFARTOS TUBERCULOSOS, HIPERTROFIA SIMPLE, MELANOSIS, INFARTO CANCEROSO.

Las afecciones de los gánglios bronquiales habian sido descuidados hasta estos últimos tiempos por razones fáciles de comprender. Estos órganos colocados en la parte profunda del pecho no son susceptibles de exploración directa; además los gánglios que rodean los bronquios como los órganos de igual naturaleza solo enferman secundaria-

(1) Dutroulau, *Maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861, p. 290. *Cachexie palustre*.

mente, de modo que sus alteraciones queden por lo común confundidas con la enfermedad principal de que son una habitual dependencia. Sin embargo, por su posición en una cavidad tan importante á causa de los órganos que contiene, su alteración, cualquiera que sea su naturaleza, debe producir graves inconvenientes y determinar profundas modificaciones en la sintomatología de la enfermedad principal. Además pueden afectarse primitivamente, y esta sola consideración nos decide á dedicar un capítulo aparte á estas lesiones y á los síntomas con que se manifiestan. Bajo el punto de vista del tratamiento ha ganado poco la medicina en el estudio que vamos á hacer, pero suministrará datos útiles relativamente al diagnóstico general y particular de las diversas enfermedades de los órganos torácicos.

Las alteraciones de los gánglios bronquiales no se manifiestan al observador sino por síntomas de proximidad dependientes de la compresión que ejercen sobre los bronquios, los vasos y los nervios que atraviesan la región. Estando todos ligados por este carácter común no hay ventaja alguna en hacer esa descripción especial de cada una de ellas, á lo menos en lo que concierne á la semeiología y al diagnóstico general.

### § I.—Historia.

La tuberculización de los gánglios bronquiales es la alteración mas frecuente. Becker (1), Leblond (2), H. Ley (3), Berton (4) habian dedicado á este objeto estudios especiales: Laennec (5) no la desconoció por completo; Rilliet y Barthez (6) en una serie de trabajos relativos á la patología de la infancia, trazará una historia lo mas completa posible. Bajo el nombre de adenitis tuberculosa peri-bronquial ha descrito Marchal de Calvi (7) la misma afección en los adultos. Richet (8), Durian y Glaize (9) han suministrado útiles materiales que unidos á los

(1) Becker, *De glandulis thoracis lymphaticis atque thymo speciem pathologicum*. Berolini, 1826.

(2) Leblond, *Sur une espece de phthisie particulier aux enfants*. Tesis, 1824.

(3) H. Ley, *De l'inspiration rauque des enfants et de ses rapports avec un etat morbide des ganglions thoraciques et cervicaux* (*Gazette medicale*, Paris, 1834).

(4) Berton, *Traite des maladies des enfants*. Paris, 1842, 2.ª ed.

(5) Laennec, *Auscultation mediate*. T. I, p. 338.

(6) Rilliet y Barthez, *Recherches anatomique-pathologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants* (*Arch. gen. de med.*, 1840, 3.ª serie, t. VII, p. 57.) y *Recherches symptomatologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants*. (Id. 1842, 3.ª serie, t. XV, p. 448.); *Traite des maladies des enfants*.

(7) Marchal (de Calvi), *Observation d'adenite tuberculeuse peribronchique* (*Recueil de med. et pher. mili.*, t. V, p. 246).

(8) Richet, *Gangliophymie bronchique; nest presquet subite*. (*Gazette des hopitaux*, 1853, p. 99).

(9) Durian y Glaize, (*Gazette hebdomadaire*, 1860).

que se proporcionó Fonssagrives (1) pudo formar una monografía completa de la que Woillez dió un informe concienzudo del que utilizamos gran parte (2). Encontramos referidas una hipertrofia melánica de los ganglios bronquiales; un caso de hipertrofia simple (3) y una observación inmediata de degeneración cancerosa independiente de la de los órganos inmediatos.

### § II.—Causas.

**Tubérculos.** La etiología general de los tubérculos es aplicable á su localización en los ganglios bronquiales: Rilliet y Barthez han demostrado que en el niño son invadidos casi tan frecuentemente que los pulmones. Han podido 56 casos de 291 en los niños en que estaban tuberculosos los ganglios bronquiales sin estarlo los pulmones. En los adultos ha encontrado Fonssagrives de seis observaciones, dos en que no había tubérculos pulmonares. Louis obtuvo un resultado contrario; este observador demostró la asociación de los tubérculos de los ganglios bronquiales á los tubérculos pulmonares, en veinte sujetos estudiados bajo este punto de vista.

Los niños son mas frecuentemente afectados que los adultos, puesto que Rilliet y Barthez han encontrado doscientos cuarenta y nueve niños en los que había tubérculos en los ganglios bronquiales, mientras que Fonssagrives solo encontró en seis autopsias confirmada esta degeneración, encontrándola Louis veinte veces entre setenta individuos.

**Sexos.** Las hembras están mas expuestas á la tisis bronquial que los varones hasta la edad de once años; pero en la proximidad de la pubertad, esto es, de once á quince años, la enfermedad presenta la misma frecuencia en ambos sexos; la diferencia es aun mas marcada para la tuberculización avanzada. En efecto, en estos casos, de uno á dos años es la enfermedad mas rara en las niñas que en los niños, y lo contrario sucede de once á quince años (Rilliet y Barthez, p. 208).

Las causas *determinantes* son poco comunes; sin embargo, el *sarampion* y la *coqueluche*, activando el movimiento fluxionario bronquial, no dejan de tener influencia sobre la evolución del producto patológico. Fonssagrives no ha notado en los adultos nada de especial; todas las observaciones que refiere pertenecen á personas que habían pasado de la edad de treinta años, y nada había en sus antecedentes que pudiera considerarse como actuante sobre la enfermedad actual, lo que se manifestó de pronto con síntomas característicos.

(1) Fonssagrives, *Memoire sur l'engorgement des ganglions bronchiques comme cause d'asphyxie et sur la possibilite d'etabler le diagnostic de cette affection.* (Archives generales de med. 1864, 5.<sup>a</sup> serie, t. XVIII, p. 678.)

(2) Woillez, *Rapport sur la memoire de Fonssagrives.* (Bull. de la Soc. de med. des hop., 1862, t. V, n.º 2.)

(3) Bonfilz, *Hypertrophie du tirm des ganglions bronchiques.* (Recueil des travaux de la Societe medicale d'obecrvation. Paris, 1857, t. I, p. 157.)

### § III.—Lesiones anatómicas.

El número y volumen de los ganglios tuberculosos son muy variables; los ganglios situados por fuera de los bronquios están por lo comun mas alterados que los situados interiormente; los primeros pueden adquirir el volumen de una gruesa manzana, mientras que los segundos sobrepasan rara vez el de una almendra pequeña. Segun Fonssagrives, la afección es mas frecuente á la derecha que á la izquierda. El tumor se encuentra por lo comun rodeado de un quiste de paredes muy resistentes; la materia tuberculosa se desarrolla en el centro y se vierte al exterior, ó sufre la trasformación cretácea.

Las lesiones de proximidad tienen una importancia extrema, y actúan: 1.º sobre los vasos; 2.º sobre los nervios; 3.º sobre los bronquios; 4.º sobre los pulmones; 5.º sobre el esófago.

1.º **Vasos.** Tonnele (1) y Constant (2) refieren dos casos, uno de compresión de la vena cava superior, y otro de la arteria pulmonar; Fonssagrives (obs. II de Le Roy de Mericourt) señala un tumor descansando sobre la rama derecha de la arteria pulmonar. No solamente pueden estar comprimidos los vasos, sino que pueden perforarse. Berton (3) ha recogido dos ejemplos, y Rilliet y Barthez mencionan otro. En los tres casos el vaso interesado fué la arteria pulmonal.

2.º **Tráquea y bronquios.** Estos conductos están aplastados al nivel de la compresión ó estrechados en toda su circunferencia; rara vez es completa la obliteración; Cloquet, Leblond y Barth la han observado. Lo que mas frecuentemente se observa es adherencia interna del bronquio con el tumor gangliónico por hipertrofia y condensación del tejido conectivo al principio del mal. Mas tarde, si se verifica una comunicación del tumor con los bronquios, lo ejecuta por un trabajo ulcerativo, y la materia tuberculosa se vacía en el conducto. Es á veces difícil distinguir una caverna gangliónica de otra producida á espensas del tejido pulmonal; para conseguirlo, es menester tener presente que la falsa membrana que reviste la caverna gangliónica es lisa, la cavidad comunica con los bronquios por las partes laterales, y se encuentra por lo general en la raíz del pulmón. Las cavernas pulmonales, por el contrario, son irregulares, en su interior comunican con la estremidad de los bronquios, y están separadas de la raíz del pulmón por una extensión mas ó menos considerable.

3.º **Compresión del pulmón.** Este se encuentra á veces rechazado y rodeando al tumor, de tal suerte, que es difícil saber si se ha desarrollado primitivamente en medio de su tejido. Fonssagrives ha encon-

(1) Tonnele, *Journal hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 345.

(2) Constant, *Pleuresie aigue; hemoptysie fondroyante pendant la convalescence; mort; apoplexie pulmonaire; tubercule des poumons, de l'abdomen et de cerveur* (Gazette medicale, 1835, p. 570).

(3) Berton, *Loc. cit.*

trado pulmones voluminosos y presentando como á consecuencia de la estrangulacion indicios manifiestos de enfisema las células, llenas de espuma bronquial, algunas veces equimosis en su superficie. Cuando se les incide dejan escapar una cantidad de sangre espumosa.

4.º *Compresion de los nervios.* Los neumogástricos son los que se encuentran rodeados por el tumor; la alteracion de su tejido es rara; escepcionalmente han encontrado Rilliet y Barthez el nervio neumogástrico izquierdo manifestamente engrosado. El doctor Merimann ha visto el nervio recurrente dislocado y aplastado por un tumor ganglionar.

5.º El esófago, por su posicion, no puede dejar de sufrir compresion. Leblond, Berton y Lepelletier, de Mans (1), han citado ejemplos de perforacion de este conducto.

La etiología y la anatomía patológica de otras variedades de tumores gangliónicos de los bronquios no pueden dar lugar á ninguna consideracion importante; la *melanosis* se desarrolla en circunstancias iguales que presiden al desarrollo de la misma degeneracion en los pulmones. En cuanto á la hipertrofia simple, coexistia en la observacion de Bonfils con una hipertrofia ganglionar generalizada, y parecia depender de la alteracion comprendida por Virchow con el nombre de *leucocitemia linfática*. En otras circunstancias suele ser manifestacion de la diátesis escrofulosa. El cáncer no tiene en estos órganos otros caractéres que los que presenta en los demás. Todas estas alteraciones anátomo-patológicas tienen la misma influencia de vecindad sobre los demás órganos adyacentes; así su sintomatología es la misma, escepto las indicaciones inherentes á la naturaleza del producto morboso.

#### § IV.—Sintomas.

Los detalles de anatomía patológica que acabamos de indicar rápidamente hacen presentir síntomas funcionales muy graves, determinados por el infarto de los gánglios bronquiales. La enfermedad no tiene nunca un principio rápido, se establece con lentitud, al principio hay dolores vagos, tos, sudores, y la reunion de síntomas que señalan el principio de una tisis pulmonar en su primer periodo. Cuando los gánglios bronquiales solo están interesados secundariamente, los síntomas por los que se anuncia alteracion están subordinados á los de la tuberculizacion del pulmón. Fonssagrives ha encontrado muy variable el principio de la enfermedad; en un caso se anunció con gran dolor cervico-occipital; en otro, por dolores torácicos que persistieron todo el curso del mal. Una vez se manifestó una diarrea muy intensa, que el profesor de Montpellier creyó deber referir á la compresion de la vena

(1) Lepelletier (du Mans), *Perforation organique occasionnée par des vers intestinaux* (Journal hebdomadaire, 1831, t. IV, p. 365).

cava inferior, produciendo un infarto del hígado y consecutivamente una hipersecrecion biliosa.

La opresion y la tos son los síntomas mas constantes y los que llaman mas frecuentemente la atencion del enfermo y del médico. Estos fenómenos tienen ya algo de especial, sobre todo la tos, pero nada es esencialmente característico y la enfermedad quedaria desconocida sino tuviera comprobacion en síntomas lejanos, tales como el edema localizado á un solo lado de la cara ó á los dos. Este edema que se ha visto invadió los miembros superiores, se observa con mas frecuencia en el curso de la enfermedad confirmada; su presencia tiene tanto mas valor cuanto que no se presenta el edema en las estremidades inferiores, ni albúmina en las orinas. Desgraciadamente este signo no es constante; cuando existe se demuestra á la par la dilatacion de las venas del cuello y de la cara. Rilliet y Barthez creen que esta dilatacion de los vasos puede llegar hasta la rotura de sus estremidades, y producir hemorragias bronquiales, pulmonales, y aun de la gran cavidad aragnoidea. Estos autores citan algunos ejemplos en apoyo de su opinion. Cuando el quiste tuberculoso se abre en un grueso vaso la muerte se produce rápidamente por hemorragia fulminante. Tres observaciones confirman la posibilidad de esta muerte repentina.

La accion prolongada y continua del tumor gangliónico, sea sobre los nervios neumogástricos, sea sobre los conductos aéreos, determina alteraciones graves en las funciones del aparato pulmonar. La *opresion* observada en todos los casos por Fonssagrives se presenta con suma violencia por accesos parosisticos con ortopnea, sobrepasando á los accesos mas penosos de asma.

La tos tiene un carácter propio característico, tiene mucha analogia con la de la coqueluche, es espasmódica por quintas, accesos frecuentes, cortos, que apenas duran un minuto: en el adulto presenta su cura habitual rudeza y forma convulsiva. Está caracterizada por una tos *sin objeto* (Fonssagrives). El enfermo hace esfuerzos inútiles como si quisiera desembarazarse de la causa de la opresion que actúa sobre los tubos aéreos; no es como la tos de la coqueluche acompañada de silbido al final de la quinta, ni de vómitos. La voz puede sufrir tambien ciertas modificaciones; Rilliet y Barthez la han observado clara, despues ronca, luego un poco velada y alternativamente ronca y apagada. En una observacion de Fonssagrives sobrevino bruscamente la afonia.

La *espectoracion* es nula hasta que se establece comunicacion con los bronquios; cuando existe espectoracion es abundante, y tiene casi los mismos caractéres que en las dilataciones bronquiales y las cavernas tuberculosas pulmonares.

Cuando el esófago está comprimido por los tumores, ó perforado, puede haber disfagia y fenómenos mucho mas graves, resultado de la introduccion de las bebidas y de los alimentos sólidos en el parénquima pulmonar. (Observacion de Leblond, Berton y Lepelletier, de Mans).

**Percusion y auscultacion.** La percusion no suministra por lo comun ninguna indicacion bien precisa, y no presenta en los adultos mas que signos negativos. En los niños cuyas paredes torácicas son mas delgadas, puede tener alguna utilidad. La disminucion del sonido se ha observado en algunos casos por Barthez y Rilliet al nivel del espacio inter-escapular y en la parte superior del esternon. Por la palpacion se ha podido percibir un aumento en las vibraciones torácicas, y percibir debajo de ambas clavículas frotos procedentes de *gruesos estertores, roncos, localizados*, percibidos por la *auscultacion*, algunas veces aun á distancia, y que Fonssagrives indica como teniendo gran valor diagnóstico. Los *roncos sonoros* determinados por la compresion de los bronquios y de la tráquea, difieren de los de la bronquitis por su persistencia, contrastando con la fácil desaparicion de los estertores del catarro simple. El murmullo vesicular parece disminuido en muchos niños, sobre todo en el vértice y por detrás, rara vez por delante. Fonssagrives considera este signo como incierto, y deducido mas bien por la teoria que confirmado por la práctica. Para Woillez (1) la debilidad del murmullo respiratorio generalizada ó localizada, tiene un gran valor casi tan grande como el estertor sonoro. Louis, Barth y Roger han podido con ayuda de este solo signo reconocer la alteracion gangliónica (2). Cuando la enfermedad es muy avanzada suministra la auscultacion todos los fenómenos estetoscópicos que pertenecen á todas las cavernas en comunicacion con conductos aéreos.

Tales son los síntomas locales ó lejanos determinados por la accion mecánica de los gánglios enfermos sobre los órganos contenidos en el pecho. Son iguales, cualquiera que sea la alteracion histológica. Los síntomas generales solos son diversos, y pueden, por su propia fisonomia, producir alguna claridad en el diagnóstico de la afeccion.

#### § V.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* es lento, incidioso, parosístico, como el de todas las afecciones de naturaleza diatésica; tiene sus periodos de actividad y de reposo. La duracion es variable, como resulta de las observaciones consignadas en la Memoria de Fonssagrives.

|                                      |                 |                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|
| 1. <sup>a</sup> observacion. . . . . | 72 dias.        | 6. <sup>a</sup> observacion. . . . . | 45 dias.        |
| 2. <sup>a</sup> — . . . . .          | 25 dias.        | 7. <sup>a</sup> — . . . . .          | 6 meses.        |
| 3. <sup>a</sup> — . . . . .          | Sin indicacion. | 8. <sup>a</sup> — . . . . .          | Sin indicacion. |
| 4. <sup>a</sup> — . . . . .          | 27 dias.        | 9. <sup>a</sup> — . . . . .          | 6 meses.        |
| 5. <sup>a</sup> — . . . . .          | Sin indicacion. |                                      |                 |

La *terminacion* se produce por la generalizacion del mal ó por la aparicion de accidentes graves; los enfermos sucumben á una hemoti-

(1) Woillez, *Loc. cit.*

(2) Barth y Roger, *Traité d'auscultation*, Paris, 1865, 6.ª ed., p. 64.

sis repentina, por una apoplejia meningea ó por hidro-neumotórax. La muerte, dice Fonssagrives, se anuncia cuando no hay complicacion intercurrente, mas bien por la estrangulacion que por los síntomas de asfixia propiamente dicha; los fenómenos de la afonia se parecen á los que se producen en los últimos momentos de una afeccion del corazon ó de los grandes vasos.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

**Diagnóstico.** El diagnóstico de los tumores bronquiales gangliónicos supone dos problemas: 1.º reconocer el sitio de la lesion; 2.º indicar la naturaleza de la misma lesion. El *edema de la cara* y de los miembros superiores, la *hemotisis* y el *edema del pulmon*, producidos por la compresion de los vasos pulmonares; la *alteracion de la voz* y la *disnea* cuando está comprimido el nervio neumo-gástrico; los *estertores mucosos* y *debilidad* en el ruido respiratorio debido á la compresion de los tubos bronquiales, una *respiracion bronquial* muy fuerte transmitida de la tráquea al oído; tales son los síntomas que indican el sitio de la enfermedad.

¿Cuál es su naturaleza anatómica? «La mayor frecuencia de los tubérculos sobre las demás lesiones de los gánglios bronquiales, debe hacer pensar en su existencia, existan ó no signos probables de tubérculos pulmonares. Claro es que la comprobacion de síntomas de los tubérculos pulmonares demostraria que se trata de la misma lesion en los gánglios bronquiales como en el caso de Barth y Roger; pero nos parece imposible especificar que se trata de una hipertrofia pigmentaria cuando se trata de esta afeccion particular. En cuanto á la hipertrofia ganglionar simple, se reconocerá fácilmente como fenómeno secundario de la generalizacion de la afeccion visible al nivel de los gánglios esternos. Siendo en efecto diagnosticada en la observacion de Bonfils. El cáncer de los gánglios bronquiales se reconoce con igual facilidad cuando se desarrolla secundariamente, puesto que se manifiesta primitivamente sobre otros órganos.» (Woillez, *loc. cit.*). En definitiva apenas puede haber dificultad para la distincion anatómica de los tumores gangliónicos bronquiales sino entre la hipertrofia pigmentaria simple que es muy rara y la tuberculizacion.

Las enfermedades que pueden confundirse con los infartos ganglionares de los bronquios son para los órganos contenidos en el pecho, las *afecciones del corazon y de los pulmones*, y sobre todo la *coqueluche*; en la faringe el *edema de la glótis*.

El error podria tener graves inconvenientes, esponiendo á una operacion por lo menos inútil, si se tomaba un tumor de los gánglios bronquiales por un edema de la glótis. Felizmente basta este aviso para evitar el error procurándose los antecedentes del enfermo, la alteracion persistente de la voz; indicando una ulceracion de la laringe y la exploracion laringoscópica demostrarán suficientemente la infiltra-

cion de los ligamentos ariteno-epiglóticos. Las enfermedades del corazón y de los grandes vasos tienen síntomas muy marcados; macidez precordial, movimientos de expansión, ruidos de fuelle, aclaran el diagnóstico y disipan la duda si la hubiera.

El siguiente cuadro que tomamos de Rilliet y Barthez aclara de un modo preciso el diagnóstico de la coqueluche y la tuberculización de los ganglios bronquiales.

#### CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

| TUBERCULIZACIÓN DE LOS GÁNGLIOS BRONQUIALES.   | COQUELUCHÉ.  |
|--|--|
| Completamente aislada no contagiosa.   | Frecuentemente epidémica, transmisible.  |
| No tiene periodos distintos.   | Tres periodos distintos. Solo la segunda por quintas.  |
| Quintas muy cortas por lo comun, sin silbido y sin expectoración filamentosas y sin vómitos.   | Quintas con silbido y expectoración filamentosas y vómitos.                                    |
| Signos físicos de la tuberculización gangliónica.  | Respiración pura en el intervalo de las quintas.   |
| Accesos de disnea en ciertos casos, alternando con las quintas; movimiento febril con sudores. | En el intervalo de las quintas, respiración y pulso natural, cuando la enfermedad es sencilla. |
| Voz velada.  | Voz natural.   |
| Marcha crónica.  | Marcha aguda.  |

*Pronóstico.* Siempre grave, la muerte es la regla; las excepciones no son mas numerosas que en la tisis pulmonal y otras enfermedades diatésicas de las que son una de las localizaciones mas peligrosas.

#### § VII.—Tratamiento.

El carácter inamovible de la lesión, la imposibilidad de dirigir contra ella una operación quirúrgica, su naturaleza esencialmente mecánica, condena por necesidad á la terapéutica á una desconsoladora inacción; pero donde la medicina es impotente para curar, cuenta aun con recursos para aliviar, y aun en los casos de expectación mas desesperados puede aun lograr llegar á este resultado. La medicina sintomática es la única que puede plantearse. Combatir por los medios apropiados las congestiones mecánicas que se producen en diversos órganos, solicitar por vómitos la espulsión de mucosidades acumuladas en la tráquea ó en los brónquios en los puntos comprimidos y que amenazan la asfixia, calman los dolores y combaten el insomnio

por dosis opiadas gradualmente segun la necesidad y el establecimiento de la tolerancia; sostener las fuerzas por una alimentación suficiente, emplear los revulsivos sobre la piel y tubo intestinal, y por último, cuando se hace inminente la sufocación, recurrir á la sangría general que aunque solo produce un alivio momentáneo pero que disminuye constantemente la opresión. Tal es el círculo de los medicamentos paliativos que el médico deberá emplear cuando vea su aplicación necesaria (1).

### CAPÍTULO VII.

#### ENFERMEDADES TORÁCICAS SIN SITIO DETERMINADO.

A pesar de todas las investigaciones á que con asiduo esmero se han entregado los prácticos en estos últimos años, hay algunas afecciones de los órganos respiratorios en las que no se ha podido encontrar ninguna causa material evidente. En este capítulo presentaremos la historia de lo que nos queda por tratar de las enfermedades de las vías respiratorias.

El *asma esencial* y la *coqueluche* son las únicas afecciones de que debemos ocuparnos; las *disneas* que se observan en ciertas nevroses deben colocarse en el estudio de estas últimas enfermedades; en cuanto á la *asfixia*, que parece pertenecer mas especialmente á las enfermedades de los órganos respiratorios, cuya descripción presentaremos en el tomo tercero.

#### ARTÍCULO PRIMERO.

##### ASMA.

#### § I.—Definición.

Por mucho tiempo se ha designado con la denominación de *asma* toda disnea que presentaba un carácter marcado de intermitencia conservando el nombre de *disnea*, ó se daba el de *ortopnea* á la dificultad de respirar que acompaña á otras afecciones comunes.

German Sée (2), en su artículo sobre el asma, dá una definición mas satisfactoria de esta enfermedad. La fisiología, dice, aplicada al

(1) Fossagrives, *Loc. cit.*, p. 714.

(2) Germain Sée, *Nouveau Dictionnaire de med. et de chir. pratiques*, Paris, 1865.