

§ V.—Anatomía patológica.

Todos los autores modernos están de acuerdo en considerar la enfermedad como una nevrose, esto es, sin lesión material apreciable. Ya hemos dicho que en Francia no se ha encontrado la hipertrofia del timo. Pero aunque se la observara no se la asignaría sino un valor secundario; porque un autor inglés se ha tomado el cuidado de reducir á su justo valor el papel de esta hipertrofia, diciendo que con frecuencia es *consecutiva* á los accesos de espasmo de la glotis.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* presenta algunas dificultades en razón del curso de los accidentes, de su causa supuesta y de su persistencia. Así un niño es atacado, estando comiendo, de suspensión de la respiración (ya hemos dicho que la deglución produce y provoca con frecuencia los accesos) y se sospechará la introducción de un *cuerpo extraño* en la laringe. Si los accesos son muy prosáicos y casi continuos y ha habido antes una afección de las vías aéreas ó una fiebre eruptiva, se podrá suponer un *edema de la glotis*, etc.

¿Y cómo no cometer semejantes errores cuando se ha demostrado que el espasmo laríngeo entra como elemento en la sintomatología de una porción de enfermedades? En los casos de cuerpos extraños, de edema de la glotis, de tisis laríngea, de crup, de angina estridulosa, no se pueden explicar los accesos intermitentes de sufocación, sino por un espasmo de la laringe que afecta todos los caracteres del espasmo esencial que hemos descrito.

Es, pues, natural y aun indispensable cuando se observa un caso particular preguntarse primero si solo existe un espasmo sintomático. Para el diagnóstico consúltense las enfermedades que acabamos de enumerar.

El *pronóstico* es de gran gravedad, porque la mayor parte de los médicos han tenido el dolor de ver sus enfermitos arrebatados en pocos instantes ó pocas horas sin que haya podido intervenir el arte. Sin embargo, hay casos favorables.

§ VII.—Tratamiento.

Es casi imposible plantear el tratamiento puesto que los accesos sobrevienen repentinamente y tienen muy corta duración. Sin embargo, se han propuesto los medios siguientes:

En el intervalo de los accesos uno ó varios *vomitivos*, *revulsivos*, *purgantes*, *antiespasmódicos*, *estupefacientes*.

En el momento de los accesos la *ingestión de aceite*, los *revulsivos* y especialmente el *martillo de Mayor*. Según Bacquias, Beau y Blache

quieren que se emplee la *traqueotomía* si los accesos se prolongasen hasta hacer temer la asfixia.

Salathé ha obtenido con el almizcle resultados *maravillosos*: en 24 enfermos solo tuvo dos muertos. Da á sus enfermitos 10 centigramos de almizcle para tomar cada día en 16 papeles; terminada la dosis aconseja otra igual á la primera en dos papeles. Un éxito tan favorable necesita nuevos experimentos.

Segun Marrotte (1) el uso del cloroformo ha calmado repetidas veces graves accesos de espasmo de la glotis curándolos al fin (2).

ARTÍCULO X.

ASMA TÍMICO.

La descripción que acabamos de hacer del espasmo de la glotis debía en rigor dispensarnos de hacer la del asma tímico porque estas dos denominaciones se aplican á una sola enfermedad; sin embargo, reproduciremos, segun algunos autores, la historia del asma tímico con objeto de que pueda juzgarse los numerosos puntos de semejanza que presenta con el espasmo de la glotis.

§ I.—Consideraciones generales.

Esta enfermedad, que ha sido estudiada particularmente por los médicos alemanes, ha dado motivo en Francia á numerosas discusiones. Se ha preguntado por algunos si en realidad existía una afección sufocante cuya causa fuese el desarrollo anormal del timo, ó si en los casos en que al hacer la autopsia de los niños muertos á consecuencia de un acceso de sufocación, se ha hallado el timo hipertrofiado, no sería solo una simple coincidencia entre el síntoma y la lesión á que se atribuía. Nos ocuparemos de esta cuestión cuando lleguemos al diagnóstico de esta enfermedad, limitándome por ahora á decir, que en las colecciones médicas se halla un número bastante considerable de observaciones en las cuales han coincidido síntomas que tienen algo de particular con un desarrollo anormal del timo, muy manifiesto despues de la muerte, y que es muy difícil, por los datos que nos suministran los autores, referir la afección á una de las enfermedades sufocantes bien conocidas de los patólogos. Sin duda que es muy extraordinario que en Francia, donde con tanto afán se han cultivado la observación y la anatomía patológica, no se haya hallado cierto número de casos de este género; mas supuesto que hay hechos que solo podemos explicar en el estado actual de la ciencia, admitiendo provisionalmente la existencia del asma tímico, debemos admitir también

(1) Marrotte, *Bulletin de thérapeutique*, 1858.

(2) Se consultará con interés á Salathé, *Sur le spasme de la glotte* (*Actes de la Soc. de med. des hop.*, Paris, 1859).

que estos hechos pueden presentarse al práctico, y que por lo mismo conviene dárselos á conocer. Sin embargo, como atendida la insuficiencia de las observaciones no puede prescindirse de dudar de la existencia misma de la enfermedad, y sobre todo como esta afeccion solo se presenta raras veces, trazaremos rápidamente su historia.

§ II.—Definicion, especies, sinonimia y frecuencia.

El asma tímico está caracterizado por accesiones violentas de sufocacion y por la hipertrofia del timo, que segun unos, comprime los órganos de la respiracion y de la circulacion, que otros creen que únicamente ejerce su accion sobre los nervios, y finalmente, que muchos la consideran tan solo como una lesion de importancia secundaria.

Ya Felix Platero (1) habia indicado esta afeccion con el nombre de *Suffocatio à struma interna abscondita circa jugulum*. Pedro Frank (2) ha dado de ella, con el nombre de *Asthma ex obesitate thymi*, una corta descripcion que se ha citado en todas partes, y por lo cual ha criticado con razon Haugsted (3) al doctor Kopp, de Copenhague, de haber considerado al asma tímico como una enfermedad nueva.

Si hemos de creer á Kopp (4), esta afeccion es frecuente, pero se conoce que es imposible que nos decidamos acerca de este punto, porque nuestra opinion está naturalmente subordinada á la mayor ó menor exactitud del diagnóstico que forman los autores, y como hasta ahora en Francia ni aun se han citado ejemplos bien auténticos de esta enfermedad, esto prueba que cuando menos es escesivamente rara.

§ III.—Causas.

Caspari y Pagenstecher, citados por Haugsted, consideran el desarrollo de esta glándula como dependiente de los accesos de sufocacion, y admitiendo esta opinion resultaria que era una consecuencia y no la causa de la enfermedad.

Todo cuanto puede decirse de positivo relativamente á las causas, es que esta afeccion es propia de los niños de corta edad, que muy rara vez se la ha observado despues de los cuatro años, y que es mas frecuente en los primeros meses de la vida del niño.

El doctor Schallgruber (5) llega hasta á asegurar que el asma tímico es mas frecuente en los individuos del sexo femenino que en los

(1) Felix Platero, *Observ.*; Basil., 1641, lib. I, p. 184.

(2) Frank, *Traité de médecine pratique*; Paris, 1842, t. II, p. 213.

(3) Haugsted, *Thym. in homin.*, etc. Copenhague, 1832 (véase *Arch. gén. de méd.*, 1833, t. III, p. 402).

(4) Kopp, *Denkwürdigkeiten in des Artzlichen Praxis*; Francfort sobre el Mein, 1830.

(5) Schallgruber, *Ueber das Erdrücken*, (*A Henke's Zeitschrift*, etc., t. I, 1821.)

del masculino; pero esta opinion no se halla fundada en hechos, y por el contrario, las observaciones que se citan en la memoria de Kopp (1) todas han sido recogidas en niños. Segun Haugsted, la afeccion es de naturaleza escrofulosa; mas veremos en la descripcion de las lesiones anatómicas, que por lo comun nada se halla en la glándula hipertrofiada que pueda atribuirse á las escrófulas.

§ IV.—Síntomas.

Kopp (*loc. cit.*), Hirsch, de Koenigsberg (2), y el profesor Brera (3), son los que han descrito mas detalladamente los síntomas que se atribuyen á esta enfermedad, y así tomaremos de estos tres autores el cuadro que vamos á presentar.

Los síntomas se manifiestan de repente y siempre bajo la forma de accesiones. Las causas principales de estas accesiones son: los gritos, la impaciencia, los grandes movimientos y los esfuerzos de toda especie; pero algunas veces se presentan sin que haya obrado ninguna de estas causas determinantes, y entonces pasa el niño de la mas completa calma á la mayor agitacion; y declarado ya el acceso, aparece una série de síntomas que Brera ha distinguido en *patognómicos* y *accesorios*.

Entre los primeros hallamos una *gran dificultad de respirar*, presentándose la respiracion entrecortada, é incompleta la inspiracion. En algunos casos, como uno que cita el autor Hood (4), se suspendió por un instante la respiracion y sucedió á esta calma una inspiracion brusca é incompleta. El doctor Koop hace igualmente referencia de este sintoma. Esta inspiracion incompleta ocasiona un *grito agudo* que los autores comparan al de la coqueluche, aunque un poco menos fuerte. La respiracion continúa así entrecortada y como á sacudidas por un corto espacio de tiempo, y al cabo de cinco ó seis inspiraciones sibilantes, termina la accesion, y ya solo queda segun el doctor Koop un poco de mal humor y un malestar que no tardan en disiparse.

En los casos mas intensos, las accesiones pueden durar hasta dos ó tres minutos, y aun, segun Fingerhuth, llegar á ocho y diez: pero Kyll (5) niega esta asercion, y cree que no es posible que pueda suspenderse por tanto tiempo la respiracion.

Estos son los signos que indican los autores, y nada han hablado de tos, ni del estado de la voz, y sin embargo hallo en muchas obser-

(1) Kopp. Véase *Gaz. méd.*, enero de 1836.

(2) Hirsch, *Journ. de Hufeland et Osan.*, julio de 1835.

(3) Brera, *Annali univ. di med.*; Omodei.

(4) Hood, *Case of disease thym.* (*The Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XLIII, p. 289, 1835.)

(5) Kyll, *Mem. sur le spasme de la glotte* (*Arch. de méd.*, 1837, 2.^a serie, t. XV, p. 88.)

vaciones (1) que los niños padecían una *tos habitual*, aunque ligera.

Los síntomas, que los médicos que acabo de citar consideran como accesorios, son: *convulsiones* durante las cuales tienen los niños las manos cerradas, los dedos pulgares doblados con fuerza, la cabeza echada hácia atrás y los músculos posteriores del tronco sumamente contraídos; la *lividez* de la cara á la que sucede la palidez; la *dilatacion de las alas de la nariz*, los *ojos fijos*, el *frio de las extremidades* y las *escreciones involuntarias*. Los doctores Koop y Brera han indicado como síntomas muy importantes las *angustias*, los *espasmos* del pecho, la *debilidad de los latidos del corazon*, y sobre todo la *salida permanente de la lengua*, que los niños tienen siempre entre los dientes ó entre las encías: pero otros autores aseguran que estos síntomas faltan las mas veces. Segun Caspari, es siempre notable la *contraccion de los músculos lumbricales* de las manos y de los *adductores del dedo pulgar*.

Los síntomas son muy vagos é insuficientes: en efecto, todo se reduce á algunos signos de sufocacion acompañados de síntomas nerviosos, que mucho mejor pueden atribuirse á una accesion de eclampsia que á una simple compresion de los órganos respiratorios ó circulatorios. Tan cierto es esto, que el doctor Kyll no ha creído que debia separar el asma tímico del espasmo de la glotis, que segun él y otros muchos autores ingleses, depende unas veces de una lesion de las membranas cerebrales, otras de una flegmasia de la porcion cervical de la médula, algunas de la alteracion de los gánglios linfáticos del cuello, y por último en ciertos casos en la hipertrofia del timo. Pueden consultarse respecto á este particular las reflexiones que hemos hecho en el artículo del crup falso.

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

Hemos dicho que esta enfermedad está esencialmente caracterizada por las accesiones, lo cual indica que es *intermitente*; pero esta intermitencia es muy variable. Así en el principio solo se observa una accesion cada ocho ó diez dias, al paso que hácia el fin de la enfermedad pueden contarse hasta veinte en las veinticuatro horas.

La *duracion* de esta afeccion puede ser, segun Hirsch, de tres semanas á veinte meses, y en este último caso se observan á veces intervalos de muchas semanas entre una y otra accesion.

En cuanto á la *terminacion* ordinariamente es funesta; pero sin embargo se han citado algunos casos de curacion, aunque raros, en los cuales las accesiones se han presentado de cada vez mas distantes, hasta llegar al fin á desaparecer completamente. En un caso que refiere Rullmann, la curacion no ha sido completa hasta despues de dos años.

(1) *Cas de mort par augm. de thym.* Rust Magazine, t. XXI, p. 554, The Lancet, t. II, 1839—40, etc., etc.)

§ VI.—Lesiones anatómicas.

La lesion mas notable es, sin disputa, el aumento de volúmen de la glándula timo, y para comprender hasta qué punto puede llegar esta hipertrofia, es preciso recordar que en los niños que nacen de todo tiempo, el peso de este órgano, segun Krause (1), es de 9 á 10 gramos, y que en los que han sucumbido del asma tímico se le ha hallado de 55 gramos (Kornmaul), de 32 (Kopp), de 35 (Hirsch), de 16 (Platero); se le ha encontrado tambien de 5 á 6 centímetros de ancho, estendiéndose desde la glándula tiroides hasta el diafragma, cubriendo el corazon, empujando los pulmones y enviando á veces prolongaciones en forma de bridas que rodeaban los vasos.

Cuando la hipertrofia es simple conserva el órgano su estructura, está blando en toda su estension y rezuma de él un líquido lechoso, como en el estado sano. En ciertos casos se ha hallado al timo tuberculoso, escirroso, lardáceo, etc., degeneraciones que no quiere Hirsch que se consideren como lesiones propias del asma tímico. Sin embargo, si estas lesiones diesen lugar á los mismos síntomas, no vemos qué motivo podria haber para escluirlas. Se ha hecho tambien mencion de la flacidez del corazon y de la existencia del agujero de Botal, pero tan solo en algunos casos.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico. La cuestion principal, como ya lo hemos indicado, es saber si la afeccion de que nos estamos ocupando debe ser incluida en el cuadro nosológico. Son muchos los motivos que se reunen para hacernos dudar respecto á este punto. El primero es que los signos que se atribuyen al asma tímico son enteramente semejantes á los que se han notado en los casos de eclampsia con sufocacion, y ya hemos dicho que en estos casos citados por los ingleses con el nombre de *espasmo de la glotis*, no existe ordinariamente la hipertrofia del timo. El segundo es que las investigaciones mas exactas de anatomia patológica no han podido hacernos descubrir ninguna relacion entre la hipertrofia de la glándula timo y la sufocacion; y el tercero, que en algunos casos ha podido existir una hipertrofia notable del timo sin ninguno de los síntomas que le atribuyen Kopp é Hirsch, como ha sucedido en un ejemplo muy notable que refiere Haugsted, quien dice que ha visto ascender el timo en una niña de siete años hasta el peso enorme de 150 gramos, sin que haya ocasionado ninguno de los síntomas del asma tímico. Por otra parte, Roesch de Schwenning (2) ha hecho notar que los síntomas de asfixia del asma que se supone tímica se diferencian

(1) Krause, Lond. med. Gaz., 1836—37, t. XX, p. 672.

(2) Roesch de Schwenning, Véase Gaz. medicale de Paris, 1836, p. 504.

notablemente de la asfixia que produce la compresion de la tráquea.

Diagnóstico. Se distingue el asma tímico de la *coqueluche* por la falta de prodromos, de tos habitual, de vómitos, de la espucion de una materia filamentososa que pone fin á las accesiones, y por la supresion completa de la respiracion.

Se diferencia esencialmente del *crup* por el estado de la voz que no se halla apagada.

Si se presentasen á la observacion casos que pudiesen referirse al asma tímico, se deberia examinar con cuidado el estado del pecho.

Creo inútil presentar un cuadro sinóptico de un diagnóstico hasta ahora tan oscuro.

Pronóstico. Esta afeccion es casi siempre mortal, y cuando las accesiones se aproximan mucho es inminente la terminacion funesta.

§ VIII.—Tratamiento.

La *sangría*, las *sanguijuelas*, las *ventosas escarificadas*, se han puesto siempre en uso, vienen en seguida los *antiespasmódicos*, como el agua de *laurel cerezo*, el *almizcle* y el *cianuro de zinc*.

Los *vejigatorio*s, las *fricciones mercuriales*, tambien se emplean con frecuencia.

Graf (1) y Hirsch han aconsejado *destetar* al niño y ponerle á la dieta mas rigurosa. Por último, se ha recurrido á los *mercuriales*, al *iodo*, á las *preparaciones de oro*, al *carbon animal*, al *extracto de cicuta*, etc., etc.

Allan Burns (2) ha llegado á proponer la estirpacion de la glándula afectada. Aun cuando esta operacion fuera posible, ¿cómo practicarla cuando el diagnóstico es necesariamente incierto, cuando hay tantos motivos para creer que el aumento del volumen del timo no es la principal causa de los síntomas y cuando ni aun se sabe si el órgano está realmente hipertrofiado?

CAPÍTULO III.

ENFERMEDADES DE LA TRÁQUEA.

La tráquea, de cualquier modo que se la considere, no constituye un órgano independiente, y no tiene mas uso que prestar paso al aire para que llegue hasta el pulmon. Simple intermedio entre la laringe y las ramificaciones bronquiales donde se efectúa la hematosis, la tráquea

(1) Graf, *Ueber Asth. thym.*

(2) Allan Burns, *Observ. on the surg. anat. of the head and neck*, Edim., 1811.

no es mas que el tronco del árbol aéreo, y así no debe sorprendernos el no hallar en este órgano enfermedades que le sean propias y le afecten esclusivamente. En efecto, nadie ignora que las afecciones de la tráquea son solo la estension ó el principio de las de la laringe y de los bronquios, ó que á lo menos es muy raro que así no suceda. Así, pues, la traqueitis simple no es por lo comun mas que el principio de la bronquitis aguda; la pseudo-membranosa sobreviene casi en todos los casos á consecuencia de la inflamacion de igual naturaleza de la laringe, y en cuanto á las enfermedades crónicas veremos en la sucesion de este artículo, que se ha dudado mucho acerca de su existencia como afecciones independientes de la tráquea, y que aun admitiéndolas solo deben considerarse como un hecho escepcional.

Además el calibre de la tráquea espone mucho menos esta parte de las vias respiratorias que todas las otras á una obstruccion capaz de producir la sufocacion y la asfixia.

Los antiguos hablaron con mucha frecuencia de las enfermedades, especialmente crónicas, de la traquearteria; pero si se examina con atencion todo lo que han dicho, no se tarda en conocer que ordinariamente confundieron unas con otras las afecciones de la laringe y de la tráquea, ó que á lo menos, en los casos cuyas historias nos han dejado presentaba la laringe lesiones tan considerables como las de la tráquea misma.

ARTÍCULO PRIMERO.

TRAQUEITIS SIMPLE.

Es raro hallar la inflamacion simple de la tráquea limitada á este órgano.

§ I.—Causas.

Segun Roche (1) «la única circunstancia que tal vez podria dar origen esclusivamente á esta enfermedad, es la impresion de una corriente de aire frio sobre la parte anterior del cuello, estando el cuerpo sudando.» Por mi parte no creo que se haya publicado una sola observacion que ponga este hecho fuera de duda. En cuanto á las demás causas que este autor indica, no haré mencion de ellas, porque las unas no ocasionan directamente la traqueitis, que solo se presenta por la estension de otra enfermedad (*laringitis*, *bronquitis*), y las otras constituyen por sí mismas afecciones importantes, de las cuales la traqueitis es tan solo una complicacion.

§ II.—Síntomas.

1.º Incomodidad, tension, punzadas y dolor en la parte inferior

(1) Roche, *Dicc. de med. y ciruj. prácticas*, art. TRAQUEITIS.