

ARTÍCULO II.

BRONQUITIS AGUDA.

Los antiguos describían con los nombres de *tos* y de *catarro* todas las especies de bronquitis; pero en el siglo pasado se han establecido cierto número de divisiones, que no todas se hallan generalmente admitidas, y de las cuales indicaré tan solo las mas principales. Sauvages (1) solo admite tres divisiones principales: la primera, que lleva por título *Rheuma catarrhale*, es el catarro propiamente dicho; la segunda, á que dá el nombre de *Rheuma epidemicum* es, hablando con propiedad, la *grippe*, y finalmente, bajo el título de *Anachatarsis*, comprende este autor los diversos flujos bronquiales, entre los cuales se halla la *broncorrea*, de la que aun hoy se hace una especie particular.

Después de haber Laennec en su primera edicion dividido simplemente esta enfermedad en catarro agudo y catarro crónico, ha adoptado mas tarde divisiones mas multiplicadas. Así, segun este autor, hay: 1.º un *catarro mucoso agudo*; 2.º un *catarro mucoso crónico*; 3.º un *catarro pituitoso*, que no es mas que la broncorrea; 4.º un *catarro seco*; 5.º un *catarro convulsivo*, nombre con que designa la coqueluche; 6.º un *catarro sintomático*, y finalmente 7.º un *catarro sufocante*.

Esta division de Laennec me parece esencialmente viciosa, puesto que el predominio de tal ó cual sintoma basta á este autor para formar especies particulares, de donde resultan divisiones inútiles, y lo que todavia es mas grave, la reunion bajo un mismo título de enfermedades que tienen caractéres esenciales muy distintos, como la coqueluche y la simple bronquitis.

En los demás tratados generales se han limitado sus autores á dividir la bronquitis en aguda, que comprende la bronquitis epidémica, en bronquitis crónica y en broncorrea. Por mi parte creo que en atencion á los hechos debo adoptar una division algo diferente.

Después de haber leído con detencion las observaciones mejor hechas, he podido notar que hay: 1.º una *bronquitis simple*, mas ó menos aguda, mas ó menos estensa, y en la que se debe comprender el *catarro sufocante agudo*, conocido por otros con el nombre de *bronquitis capilar general*, y la *broncorrea aguda*, que no ofrece mas particularidad que la abundancia de liquido espectorado, como lo demostraré al tratar del diagnóstico; 2.º una *bronquitis crónica*, bajo cuyo nombre reuno la bronquitis propiamente dicha, el catarro seco de Laennec y la broncorrea crónica; 3.º la *bronquitis pseudomembranosa*, á la que algunos autores han dado el nombre de *crup bronquial*.

Estas son las tres divisiones que á mi parecer deben admitirse.

(1) Sauvages, Nos. meth., Amst., 1768, t. I, p. 686.

En cuanto al *catarro asténico* que describen los autores ingleses, no me parece bastante bien determinado el diagnóstico para convencerme perfectamente de que esta enfermedad, que segun dichos autores solo ataca á los niños de corta edad y á los ancianos, sea una simple bronquitis y no una pulmonía.

Nos ocuparemos esclusivamente en este artículo de la *bronquitis aguda simple*.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *bronquitis aguda* es la inflamacion simple de la membrana mucosa de los bronquios. Los antiguos creían, y Laennec sostuvo esta opinion, que el catarro pulmonar, nombre con el cual designaban generalmente á esta enfermedad, era un término medio entre una simple congestión y la inflamacion propiamente dicha, y hasta para algunos no pasaba de un *simple flujo*. Mucho tiempo hace ya que la anatomía patológica ha hecho justicia á los que hacían bajar los humores del cerebro hácia los diversos órganos, de donde se diseminaban en seguida formando los diversos flujos catarrales; mas, sin embargo, aun algunos médicos admiten la opinion de Laennec, que no obstante, no puede resistir, como veremos mas adelante, al estudio de los sintomas y de la anatomía patológica.

Los principales nombres con que se ha conocido á esta enfermedad son los siguientes: *constipado de pecho*, *catarro pulmonar*, *fiebre catarral*, *destillatio pectoris*, *catarrhus*, etc. En la actualidad se usa generalmente el de *bronquitis*, que merece conservarse, porque espresa la naturaleza de la enfermedad y el punto en que reside.

Esta afección es muy frecuente, y es muy rara la persona que no la padece á lo menos una vez al año, y comunmente se presenta bajo la forma epidémica.

§ II.—Causas.

1.º Causas predisponentes.

Lo mismo que todas las demás inflamaciones superficiales de las vias respiratorias, parece que basta una muy pequeña predisposicion á la bronquitis para que se desarrolle. Todas las *edades* están espuestas á padecerla; pero J. Frank pretende que lo están mas los niños, los adolescentes y los ancianos. Tal vez lo que ha llamado mas particularmente su atencion seria la gravedad mayor de la bronquitis en estas diversas edades.

Este autor coloca tambien en el número de las causas predisponentes el *sexo femenino*, la *vida sedentaria*, la *convalecencia*, las *enfermedades graves* y la *estenuacion*; pero no está todavia perfectamente determinado el grado positivo de influencia que tienen estas causas. Wintringham (1) asegura que los individuos *mutilados* padecen con

(1) Wintringham, De morb. quibusd. comment. Lond., 1782.

mas frecuencia que los demás estas afecciones; pero está asercion singular carece completamente de pruebas.

Las estaciones mas favorables al desarrollo de la bronquitis aguda son el principio de la primavera y del otoño, y entonces es tambien cuando principalmente se presenta bajo la forma epidémica.

Estas son las únicas causas predisponentes que merecen llamar nuestra atencion.

2.º Causas ocasionales.

Generalmente se admite que la *impresion del frio*, sobre todo cuando el sugeto está sudando, la *accion del frio húmedo aplicado á la cabeza y á los pies*, el *paso del calor al frio* y el *dejar demasiado pronto las ropas de invierno*, son las principales causas ocasionales de esta enfermedad. «Sin embargo, dice Laennec (1), el paso repentino de una temperatura fria á otra mas suave, produce, sobre todo al principio de la primavera, un gran número de constipados.» Queda, no obstante, la duda de si esta observacion de Laennec es exacta ó si seria una simple coincidencia entre la invasion de la enfermedad y el paso del frio al calor las que le haria formar este juicio. Una *irritacion directa* á la membrana mucosa producida por vapores acres como los del cloro y de los ácidos, puede tambien ocasionar la bronquitis: pero, segun lo hace notar Laennec, la inflamacion en estos casos es ligera y de corta duracion.

§ III.—Síntomas.

Los síntomas de la bronquitis varian mucho en cuanto á su intensidad, y no son menos diferentes los cuidados que hay que prestar á los enfermos, segun que la bronquitis es *ligera y apirética* ó *grave*, y está *acompañada de calentura*. Del mismo modo, cuando ocupa una *gran estension*, constituye una enfermedad sumamente terrible, y cuyos signos son muy alarmantes.

1.º *Bronquitis ligera*. Esta afeccion, que unas veces sucede á una coriza poco intensa, y otras invade primitivamente los bronquios, se anuncia al principio por una *irritacion ligera* en la laringe, en la tráquea, ó tan solo en la raiz de los bronquios. Esta irritacion escita pronto la *tos*, que aumenta á su vez la irritacion local, y al cabo de un tiempo ordinariamente corto se agregan á estos síntomas una *opresion ligera*, una sensacion de *constriccion* detrás del esternon, y por último una *ligera dificultad de respirar*.

En esta época la tos es todavía seca y los enfermos hacen esfuerzos tan grandes como inútiles para desprender el cuerpo extraño, que parece que está fijo en los bronquios. A las doce ó veinticuatro horas de este estado mas ó menos molesto, la tos, provocada siempre de un modo irresistible por las *titilaciones*, produce la *escrecion* de corta

(1) Laennec, *Traité de l'auscultation*, t. I, p. 438.

cantidad de serosidad ligeramente salada y filamentosa, y á poco tiempo arrojan los enfermos algunos esputos pequeños, irregulares, nacarados, y como lo ha notado Laennec, teñidos ordinariamente de materia negra pulmonar. Por último, á las veinticuatro ó treinta y seis horas, la tos se hace mas fácil, menos irresistible, y no ocasiona ya en los bronquios aquella sensacion de dislaceracion, sino que se desprenden con facilidad unos esputos opacos, amarillentos, sin estrias ni mezcla de aire, en fin, evidentemente mucosos. En una palabra, se efectúan en la profundidad del pecho los mismos fenómenos que hemos podido apreciar con la simple vista en la inflamacion de la membrana pituitaria.

A pesar de la aparicion de todos estos síntomas, en nada se alteran las demás funciones; el enfermo continúa entregado á sus ocupaciones, conserva el apetito, no presenta ningun sintoma de fiebre, y goza en todos conceptos de una perfecta salud. Sin embargo, es muy frecuente observar que tanto despues de haber comido como á consecuencia de la ingestion de bebidas frias y de sustancias irritantes, la tos aumenta momentáneamente de frecuencia, se exacerban tambien el dolor y la opresion, y es mayor la escrecion de los esputos. Algunos individuos experimentan tambien, sin presentar un movimiento febril bien marcado, una sensibilidad mayor que de ordinario á la accion del frio.

2.º *Bronquitis intensa y febril*. Lo mismo que la anterior, ó puede seguir á una coriza aguda, ó empezar primitivamente por el pecho. En el primer caso, en el momento en que los síntomas de la coriza comienzan á disminuir, se nota un estorbo ligero y una irritacion pequeña en la laringe, en la tráquea, y hasta en la faringe, lo cual se reconoce por un poco de ronquera y de dolor fijo en la parte anterior del cuello y una ligera dificultad de deglutir, síntomas que pueden persistir por mas ó menos tiempo durante el curso de la enfermedad. Sin embargo, hay casos en que así la laringe como la tráquea y la faringe, no presentan ningun fenómeno notable, y la irritacion se manifiesta desde luego en la raiz de los bronquios.

Muy pronto aumentan estos síntomas con rapidez, y se declaran el *dolor* detrás del esternon, la *tos* y la *opresion*, con lo cual ya se confirma la enfermedad. La *calentura*, cuya intensidad varia mucho, unas veces precede á los síntomas que acabamos de indicar, y otras no se manifiesta hasta despues de haber durado estos cierto tiempo, lo cual establece una diferencia grandísima entre los diversos casos.

1.º *Síntomas locales*. El primer sintoma que se manifiesta es el *dolor* detrás del esternon, el cual no adquiere desde luego toda su intensidad, sino que consiste por lo comun, en los primeros momentos, en una sensacion simplemente de incomodidad ó de tension, pero que progresa sensiblemente en pocas horas y llega á veces á hacerse dislacerante en los esfuerzos de tos. Este dolor se halla ordinariamente limitado á la parte media del esternon, aunque en algunos casos, y

sobre todo en los sujetos muy sensibles, se irradia á las partes laterales del pecho y hasta á la espalda, como lo ha demostrado J. Frank. Yo mismo he observado sintomas de neuralgia intercostal que se han manifestado en personas que padecian esta enfermedad y simulaban perfectamente el dolor en el costado de la pulmonia. Volveré á ocuparme de esto al tratar del diagnóstico. El dolor sub-esternal asciende con mucha frecuencia hasta la parte superior de la tráquea y á la laringe, se presenta con especialidad bajo la forma de punzadas que provocan la tos de un modo irresistible, al mismo tiempo que hay una *sequedad* notable de la tráquea y de los bronquios unida á una sensacion penosa de *ardor*.

La *tos*, provocada incesantemente por las titilaciones que existen en los bronquios gruesos, es seca, penosa, y exige del enfermo esfuerzos violentos, como si tuviese que espulsar un cuerpo extraño contenido en el pecho. Esta tos es continua, aunque no con igual frecuencia á todas las horas del dia, sino que ordinariamente es mayor por la mañana y á la noche. Cuando la bronquitis es muy intensa, causa por lo comun insomnio; cada golpe de tos aumenta considerablemente el dolor sub-esternal, y así los enfermos procuran á veces resistir á la necesidad de toser, lo cual consiguen por cierto tiempo; pero al fin llega á ser tan imperiosa esta necesidad, que no pueden resistirla. Cuando la tos es muy intensa, puede ocasionar vómitos, bien sea por la contraccion forzada de la faringe, ó por el paso difícil de los esputos por esta parte, ó en fin, por la simple contraccion del diafragma. Al mismo tiempo la *respiracion* se hace difícil y penosa y parece que el aire no puede pasar de las primeras ramificaciones de los bronquios; las paredes torácicas se elevan con mas fuerza que de ordinario, y la respiracion vá acompañada de cierto ruido. Se observan principalmente estos fenómenos cuando á consecuencia de una coriza un poco intensa, las fosas nasales se hallan obstruidas y el enfermo tiene por precisión que respirar por la boca, en cuyo caso llegando el aire á las primeras ramificaciones bronquiales mas directamente y con mas fuerza, se aumentan notablemente las titilaciones de la tráquea y se hace mas violenta la necesidad de toser. Estas especies de exacerbacion de los sintomas locales sobrevienen principalmente por la tarde.

Otra causa de estas exacerbaciones de la sufocacion depende en cierto número de casos de un obstáculo á la entrada del aire, indicada por el doctor Gairdner (1). Este médico se aseguró por numerosas disecciones, que existen en las bronquitis intensas masas de moco que pueden obstruir los bronquios de regular calibre, de lo que resulta lo que ha llamado *colapso de los bronquios*, que no es otra cosa que la *carnificacion* ó *estado fetal* indicado especialmente en la bronquitis capilar de los niños. Encontrándose obstruida al paso del aire una por-

(1) Gairdner, *On the pathol. anatomy of Bronchitis and the diseases of the Lung connected with bronchial obstruction*, Edimburgo, 1859.

cion del árbol bronquial, resulta una gran dificultad en la respiracion, hasta que los esfuerzos de la espiracion lanzan la especie de válvula formada por el moco, dejando de nuevo libre la entrada del aire. Tendremos que ocuparnos de nuevo de las investigaciones del doctor Gairdner en la historia de las enfermedades de los bronquios y del enfisema pulmonar en particular.

En la epoca de la enfermedad que estoy describiendo, los *esputos* son, lo mismo que en la bronquitis ligera, al principio nulos y despues simplemente serosos ó filamentosos, y los grandes golpes de tos, que parece que debian desembarazar al enfermo de las mucosidades que le incomodan, no producen mas resultado que hacerle redoblar los esfuerzos, pero inútilmente; por fin, al cabo de veinticuatro ó treinta y seis horas empiezan á notarse, en medio del líquido seroso, unos pequeños núcleos opalinos que indican la formacion de los esputos.

Despues de haber durado dos ó tres dias, y á veces mas, los sintomas que acabo de describir, se modifican del modo siguiente: el dolor del pecho se alivia y solo recobra por momentos su primera intensidad; pero no es raro observar un dolor contusivo que se presenta en la base del tórax, en los puntos correspondientes á las inserciones del diafragma, y que aumenta considerablemente con los esfuerzos de la tos. Este dolor depende principalmente de las contracciones bruscas, violentas, y frecuentemente repetidas de los músculos, aunque, sin embargo, conviene añadir que en general es tanto mas vivo y se manifiesta tanto mas pronto, cuanto mayor es la intensidad de la calentura.

La tos se va haciendo mas fácil y mas húmeda, y el enfermo percibe claramente que la materia de la expectoracion se desprende con mas facilidad.

La respiracion es menos anhelosa, menor la opresion, y sobre todo es manifesto el alivio despues de haber expectorado.

Los esputos son grandes, opacos, amarilloverdosos ó de un color blanco sucio, pesados, y si se echan en el agua se precipitan al fondo del vaso, no son espumosos ó no presentan sino pocas burbujas de aire. Algunas veces nadan en un líquido trasparente, y otras parece que están mezclados con una corta cantidad de saliva batida, en cuyo caso pierden su sabor salado y toman un gusto soso.

Cuando la inflamacion invade solo las primeras ramificaciones de los bronquios, que no es lo mas frecuente en los casos de bronquitis febril, solo se percibe al principio un *estertor sonoro grave* ó un *estertor sibilante* hácia la parte media y superior del pecho; en seguida parece que este estertor se irradia, pero no se presenta nunca muy superficial, sino al nivel de las raices de los bronquios. Cuando las mucosidades se desprenden con mas facilidad, se perciben los *estertores mucosos* de burbujas gruesas é irregulares en los puntos donde existia el estertor sonoro y sibilante. Si la inflamacion invade una parte de las extremidades de los bronquios, se nota por la auscultacion la exis-

tencia del *estertor subcrepitante* limitado á la parte posterior é inferior del pecho. Este estertor ocupa en general tanta mas estension cuanto mas intensa es la enfermedad y cuando invade casi la totalidad del pecho es tan considerable la gravedad de la bronquitis, que he creído, como ya dejo dicho, que debía destinar un artículo aparte para esta forma temible de la afección. El estertor subcrepitante se propaga casi siempre de abajo arriba, ocupa al mismo tiempo los dos lados del pecho, lo cual es muy importante para el diagnóstico, pero invade por lo comun mas estension de uno que de otro, y casi siempre del lado derecho.

La *percusion* solo nos dá resultados negativos, pero que no por eso son menos preciosos para el diagnóstico. El pecho conserva en todo el curso de la enfermedad su sonoridad normal, á no ser que haya alguna complicacion, ó como hace notar Gairdner (1), la obstruccion de los bronquios por el moco, de lo que resulta el colapso de una porcion del pulmon, lo que impidiendo la entrada del aire en una porcion mayor ó menor del pulmon, produce un sonido macizo mas ó menos marcado.

2.º *Sintomas generales.* Cuando la calentura precede á la aparicion de los sintomas locales, se anuncia la enfermedad por escalofrios vagos y ligeros, algunas llamaradas irregulares de calor, y un aumento de sensibilidad á las variaciones de temperatura; por la tarde se presenta una exacerbacion mas ó menos manifiesta, y se observa entonces un calor intenso acompañado á veces de sudor. De las observaciones que refiere Bouillaud (2), se vé que el pulso puede elevarse hasta ciento ocho pulsaciones, y se presenta duro, lleno y resistente.

Cuando, por el contrario, sobreviene la calentura despues de la aparicion de los primeros sintomas locales, se presentan con mucha menos intensidad los fenómenos que acabamos de indicar, y por lo comun solo hay una sensibilidad normal á la impresion del frio, y un ligero movimiento febril por las tardes, acompañado de una exacerbacion mas ó menos manifiesta de los sintomas pectorales.

El *apetito* está siempre disminuido y á veces falta completamente, en cuyo último caso se quejan los enfermos de una *sed* mas ó menos intensa. La lengua está blanquecina, pastosa, suave y húmeda. No se ha hecho mencion de las náuseas y los vómitos independientes de los esfuerzos de la tos, y, sin embargo, se observan muchas veces, sobre todo en los niños pequeños. Por lo comun, hay un poco de astricción de vientre, y á veces, por el contrario, alguna diarrea. La aparicion de este último sintoma indica que una parte de las membranas mucosas de la economía se halla afectada, que es lo que ha hecho que á los casos de este género se les diese el nombre de *fiebre catarral*.

Finalmente, Laennec ha notado que algunos individuos sentian un *ardor insólito al orinar*, y que este líquido depositaba sedimento; tam-

(1) Gairdner, *Loc. cit.*, p. 26.

(2) Bouillaud, *Clinique medicale de l'hospital de la Charité*, Paris, 1837, t. II, p. 337.

bien ha observado *poluciones nocturnas*, fenómenos ambos que indican cierto grado de irritacion de la vejiga y del conducto de la uretra; pero estos sintomas no pasan de ser accesorios y escepcionales.

Estos son los sintomas con que se presenta la bronquitis aguda de mediana intensidad; ya solo me resta hablar ahora de la forma á que se ha dado el nombre de *broncorrea aguda* y de la *bronquitis general*.

Broncorrea aguda. Examinando con detencion las observaciones de broncorrea aguda, no tardaremos en convencernos de que esta enfermedad solo se diferencia de la bronquitis en la abundancia de la materia espectorada. En efecto, en una y otra hallamos el dolor debajo del esternon, la opresion y la tos, y al abrir los cadáveres se notan signos nada equivocados de la inflamacion de los bronquios. Solo seria preciso tal vez hacer una escepcion para casos semejantes al que ha referido Andral (1) en el que habiendo sido atacado repentinamente un sugeto que padecia un hidrotórax sintomático y un aneurisma del corazon, de una gran ansiedad y dificultad muy considerable de respirar, arrojó una cantidad enorme de esputos serosos parecidos á la clara de huevo.

«Este flujo extraordinario, dice Andral, continuó por algunas horas, y al dia siguiente por la mañana la respiracion era fácil y el enfermo se felicitaba de su estado, diciendo que se habia librado de un peso enorme que tenia en su pecho: ¡y cuál no seria mi asombro cuando al percutir esta cavidad he hallado que el sonido á macizo del lado derecho habia desaparecido completamente!» En mi opinion, debería reconocerse con Andral que esta espectoracion es el resultado de un simple flujo y no de una inflamacion, si estuviese bien demostrado que no habia habido comunicacion entre la cavidad de la pléura y los conductos bronquiales. Hago esta reflexion, porque en la actualidad ya no son muy raros los casos en que se han efectuado comunicaciones de este género, que han permitido la evacuacion del líquido contenido en las pléuras, y citaré varios al hacer la historia de la *pleuresia*. En cuanto á los casos designados con el nombre de *asfisia por espuma bronquial*, es fácil ver, leyendo las observaciones, que solo se trata de bronquitis que aparecen como complicaciones al fin de otras enfermedades, y cuando los enfermos no tienen ya fuerzas para espectorar.

De lo dicho se deduce: primero, que en el mayor número de casos, los hechos citados como broncorreas agudas son simples bronquitis con secrecion mas abundante que de ordinario, y á las cuales puede darse, si se quiere, el nombre de *bronquitis broncorréica*, como lo ha hecho Bouillaud; segundo, que en los casos en que no ha habido inflamacion no ha podido conocerse de un modo bien positivo la verdadera procedencia del líquido.

La bronquitis broncorréica se presenta á veces con accesiones dis-

(1) Bouillaud, *Clinique méd.*, t. III, obs. XVIII, p. 247, 3.ª edicion.

tantes unas de otras, como en un caso que ha referido Laennec (*loc. cit.*) tomado de Roberto Bree. Esta observacion recayó en una mujer que fué acometida de repente de una opresion con ansiedad suma y tos poco intensa pero continua, con la que arrojó una gran cantidad de serosidad espumosa, habiendo cesado el accidente al cabo de pocas horas. Un mes despues sobrevino otra nueva accesion mucho mas intensa, que invadió de improviso despues de un sueño tranquilo, con sufocacion inminente, pérdida de conocimiento, lividez de la cara, enfriamiento de las estremidades, pulso insensible y tos violenta y convulsiva con la cual arrojó la enferma cuatro pintas (4 litros) de serosidad espumosa ligeramente teñida de sangre. En las colecciones médicas se hallan algunos casos de este género, que sin embargo deben considerarse como escepciones raras.

5.º *Bronquitis capilar general.* Esta forma de la enfermedad que por la intensidad de sus síntomas y por su gravedad merece una descripcion particular, ha sido objeto de un gran número de investigaciones bajo nombres bastante diversos; pero se puede decir que no ha empezado á ser bien conocida hasta estos últimos tiempos. Con las denominaciones de *peripneumonia notha*, *exanthematica*, *catarrhális*, *catarrhus suffocativus* y *catarro sufocante*, muchos autores, tales como Sydenham, Sauvages, Morgagni, Cullen y Lieutaud, describieron, á no dudarlo, casos de bronquitis capilar general. ¿Pero no han descrito tambien otras afecciones del pulmon, y en particular verdaderas pulmonias, que sus medios de exploracion no les permitian conocer? Laennec ha conservado á esta forma de la bronquitis el nombre de *catarro sufocante*, y ha trazado una descripcion interesante de ella, aunque incompleta.

Varios autores ingleses, entre los cuales debemos citar particularmente á Ch. Badham (1), Elliotson (2) y James Copland (3) han dado el nombre de *bronquitis asténica* á la enfermedad designada por las expresiones de *peripneumonia notha* y *catarro sufocante*. Recientemente ha descrito á la vez Fauvel (4) con el nombre de *bronquitis capilar purulenta y pseudo-membranosa*, la inflamacion pura y simple que se estiende casi á la totalidad del árbol bronquial, y la que dá origen á la formacion de falsas membranas. Por mi parte creo que debo dejar para un artículo especial la bronquitis pseudo-membranosa ó erup bronquial y trazar en este rápidamente la historia de la bronquitis capilar general, que no es mas que una bronquitis simple que se hace pronto estensiva á la mayor parte de las estremidades de los bronquios.

Los que principalmente la padecen son los niños, y segun los autores ingleses, afecta tambien con mucha frecuencia á los ancianos; pe-

- (1) Badham, *An essay on bronch* (Lond. med. Repos., t. IV, p. 63, 1816).
 (2) Elliotson, *Lectur. on the theor., etc.* (The Lond. med. Gaz., t. XII, p. 97, 1833).
 (3) Copland, *Dict. of pract. med.*, parte 1.ª, p. 246.
 (4) Fauvel, *Rech. sur le bronch. capil., etc.*, Tesis, Paris, 1840.

ro carecemos de observaciones concluyentes que puedan fijar nuestra opinion respecto á este particular. La asistencia durante dos años en la Salitreria, me ha convencido de que es muy fácil confundir esta enfermedad con verdaderas pulmonias, cuyos fenómenos estetoscópicos no son perfectamente positivos en todas las épocas de la afeccion. Sin embargo, he visto tres casos de bronquitis capilar en ancianas, pero es preciso tomar en consideracion que estas enfermas padecian á menudo constipados intensos, y que tenian un enfisema pulmonar muy marcado. Los adultos no están exentos de esta enfermedad, como lo prueba una observacion sumamente interesante de Fauvel (1) que ha recaido en un sugeto adulto, robusto y vigoroso. Yo he observado tambien un caso casi semejante en una mujer de treinta y siete años que padecia histérico y enfisema pulmonar (2). Chambert (3) ha citado tambien casos observados en adultos. Se trataba, segun la apariencia, de bronquitis en personas que padecian enfisema, porque se continuaba la alimentacion, lo que seguramente no se hubiera hecho en casos de bronquitis capilar, general, primitiva y febril.

Todas las observaciones que anteceden son justas cuando se observa la bronquitis capilar en estado esporádico; como las neumonias secundarias con cuyos caracteres principales se reviste, exige para su desarrollo la debilidad inherente á la niñez ó la vejez, por lo que solo escepcionalmente ataca á los adultos. Si por el contrario, se estudian las epidemias de catarro sufocante, se verá que no afectan á la edad media de la vida. Las condiciones etiológicas que dán lugar á estas epidemias, no son sencillas; dos factores actúan á la par, la intensidad del frio por una parte y por otra la concomitancia de afecciones específicas, tales como el sarampion ó la viruela. La accion conuinada de estos dos órdenes de causas, parece necesaria á la produccion de la enfermedad, puesto que solo se la observa en estas condiciones.

En 1688, en el sitio Filisburgo, en medio del mas crudo invierno, el catarro sufocante constituyó con el sarampion y la viruela un mortifero triunvirato (4). Durante los inviernos de 1840 á 1841 y de 1841 á 1842, se presentó la bronquitis capilar simultáneamente en Nantes (5), Saint-Omer (6), Paris, Lyon (7) en medio de circunstancias etiológicas idénticas, caracterizadas por un frio riguroso y la aparicion de

- (1) Fauvel, *Archives de médecine*, 3.ª série, 1841, t. X, p. 260.
 (2) Desde entonces he observado numerosos casos y he publicado acerca de este asunto (*Bull. gén. de thér.*, abril de 1847), un trabajo que tendré que citar mas adelante.
 (3) Chamber, *Gaz. méd.*, julio de 1845; *Mém. sur la bronch. cap. et sur son trait. par l'émét á doses refractées*, julio de 1845.
 (4) Ozanam, *Histoire médicale des maladies epidemiques*, t. II, p. 161.
 (5) Mahot, Bonamy, Marcé y Malherbes, *Relation d'une epidemie de bronchite capillaire, observée à Nantes*, Nantes, 1842.
 (6) Perrier, *Etude complementaire et critique de Pringle* (Introduccion á la obra de Pringle, 1863).
 (7) Arnaud, *Tesis de Montpellier*, 1844.