

gran número de fiebres eruptivas. Como afección deuteropática, el catarro sufocante es una de las complicaciones más graves de las fiebres continuas y de la tuberculización general; solo se presenta al observador por los síntomas de la bronquitis capilar las granulaciones de la tisis aguda.

Por lo general la enfermedad principia como un simple costipado de intensidad variable, y los síntomas que se manifiestan son: la opresión, el dolor sub-esternal, la calentura, la inapetencia, la cefalalgia, con una tos frecuente y dolorosa, y la dificultad de espectorar. Entonces se puede reconocer en la parte posterior é inferior del pecho y de los costados, así como en la bronquitis de mediana intensidad, el estertor subcrepitante que no se estiende más que hasta el tercio ó la mitad de la altura del tórax. Pero muy pronto estos síntomas adquieren una intensidad no acostumbrada, y hé aquí el estado que presentan los enfermos:

Cara pálida, color amoratado de los labios, ojos prominentes, expresión de una viva ansiedad, dilatación de las ventanas de la nariz á cada inspiración, agitación y cambios frecuentes de posición. Los niños de más edad y los adultos se sientan en la cama, é inclinan la cabeza hácia adelante, ó la sostienen con las manos apoyándose en los codos. También se observa *anhelacion*, dilatación enérgica del tórax, respiración por momentos ruidosa y estertorosa, mas tranquila después de la *espectoracion*; en fin, *tos* violenta húmeda, que vuelve frecuentemente por accesos, pero sin carácter particular.

En los niños muy pequeños no hay espectoración, en los demás, aunque es difícil, es de una materia más ó menos espesa, sin mezcla de aire, de color blanco amarillento y de mucosidades filamentosas, á veces espumosas y estriadas de sangre.

Esta abundante secreción de mucosidades viscosas tiene gran importancia, porque cuando comienza á ceder la inflamación y puede esperarse el restablecimiento del enfermo, pueden especialmente, tratándose de un niño muy pequeño, determinar la *muerte por asfixia*.

Hemos visto un caso (1) que estuvo á punto de terminarse de este modo. Se trataba de un niño de cinco semanas cuya laringe estaba obstruida por completo por las mucosidades, produciéndole muchas veces un estado de muerte aparente del que solo podía sacarle por insuflación primero y después por la espulsión de las mucosidades.

La voz no se halla alterada, pero la palabra es breve y entrecortada; se siente un *dolor* dislacerante debajo del esternón y una opresión estremada. El pulso está acelerado y variaba en los niños observados por Fauvel, de ciento veinticuatro á ciento sesenta pulsaciones.

Los demás síntomas no se diferencian sensiblemente de los que se han descrito al tratar de la bronquitis medianamente estensa.

Después de más ó menos tiempo, como las fuerzas se agotan, la

(1) Valleix, *De l'utilité de l'enlèvement des mucosites dans la bronchite chez les enfants* (Uni. méd., 22 abril 1852).

tos se hace menos fuerte y la espectoración mas difícil. La respiración se halla mas embarazada y siempre estertorosa. La cara se inyecta mucho así como las conjuntivas. La expresión de la fisonomía es la de un terror profundo, y á veces los enfermos toman una posición estraña para evitar el decúbito dorsal. Así es que se encorvan hácia delante, se acuestan sobre el vientre, dejan colgar la cabeza fuera de la cama, ó procuran dirigirse en busca del aire que les falta. El pulso se hace pequeño, aumenta de frecuencia, y algunas veces no pueden contarse las pulsaciones de la arteria. Hay también sequedad en la piel que alterna con el sudor, soñolencia habitual, interrumpida por exacerbaciones momentáneas, que producen un golpe de tos, la acción de beber ó la espectoración. En algunos casos se observa un poco de delirio y agitación por la noche, y entonces no tarda en sobrevenir la muerte.

Cuando la enfermedad debe terminarse por la curación, se ve que cesa poco á poco la calentura, después de muchas alternativas de alivio y de agravación: la espectoración se hace fácil y abundante, la opresión se disipa y la enfermedad marcha rápidamente á la convalecencia.

Cuando se verifica la muerte, puede ser de dos modos, ó bien progresivamente bajo la influencia de la asfixia por la espuma bronquial ó súbitamente, en un síncope determinado por la formación de un coágulo en las cavidades cardíacas. Los coágulos fibrinosos del corazón son en efecto un accidente frecuente de la bronquitis capilar, han sido notados por todos los observadores y han servido para calificar la enfermedad conocida con el nombre de *perimeumonia maligna poliposa*.

La *auscultación* dá á conocer en el pecho la existencia de numerosos estertores y sumamente estensos; al principio hay casi siempre un estertor sub-crepitante seco, algunas veces muy fino, diseminado en todas partes del tórax, mas grueso y mas húmedo hácia la raíz de los bronquios. Mas adelante se oye un estertor mucoso de burbujas gruesas, el estertor con ronquido, el sibilante y una especie de ruido de rallo que indica la dificultad con que el aire atraviesa los conductos bronquiales.

Laennec ha indicado cómo un buen signo la sensación del movimiento de las mucosidades que llenan los bronquios, y que se reconoce mas frecuentemente por la aplicación de la mano en el catarro sufocante que en cualquiera otra especie.

La *percusión* solo suministra resultados negativos, ó bien dá á conocer una exageración de la sonoridad del pecho. Es necesario hacer una excepción para los casos en que interceptando el paso del aire una *obstrucción bronquial* en una extensión considerable se presente como ha observado Gairdner (1) *oscuridad del sonido* coincidiendo con la ausencia de la respiración.

(1) Gairdner, *Loc. cit.*

Segun Laennec, habria al acercarse la muerte una disminucion del sonido en la base del tórax, signo que indica la congestion serosa ó sanguinea de los pulmones. Probablemente se habrá notado este fenómeno en el catarro sufocante, observado en sugetos atacados de edema del pulmon ó de alguna otra enfermedad mortal; pero yo no he hecho entrar estas dos especies en mi descripcion, porque en estos casos la bronquitis es una simple complicacion.

Si se ha seguido con cuidado esta descripcion, se conocerá fácilmente que todas las particularidades que presenta son debidas únicamente á la gran estension de la inflamacion. En efecto, estos solo son signos de asfixia causados por la dificultad de la hematosis, que resulta de la obstruccion de todos los conductos aéreos y de la imposibilidad en que se encuentra el aire de ponerse en contacto con la membrana mucosa, al través de una capa de materia espesa y glutinosa. Para explicar estos fenómenos, no es necesario admitir, como parece inclinado á hacerlo Laennec, «una parálisis de algunas de las partes que en el estado natural producen la escrescion del moco pulmonar.» Por el contrario, ya se ha visto con qué energía obran estas potencias hasta que se agotan las fuerzas por los progresos continuos de la asfixia. Por las mismas razones no se puede admitir la naturaleza asténica de esta bronquitis, que dá lugar á tan violentos fenómenos de reaccion. Si los niños, los ancianos y los sugetos que padecen una fiebre exantemática, están mas espuestos que los demás, es porque en todas estas circunstancias las inflamaciones tienen mayor tendencia á producirse y estenderse rápidamente. Laennec (*loc. cit.*) ha dicho con verdad: «El catarro sufocante no es una enfermedad particular, sino un accidente que puede presentarse en muchos y diversos casos.»

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

El curso de la *bronquitis leve* es ordinariamente muy rápido, pues esta afeccion desaparece frecuentemente á los tres ó cuatro dias.

La *bronquitis febril* tiene igualmente un curso agudo, pero su duracion es mas larga y mas variable. Puede ser de dos semanas y aun de mas de un mes. Algunas veces, tambien como lo ha hecho notar Broussais, por la falta de todo cuidado, hay muchos ataques sucesivos que prolongan su duracion. En semejantes casos se observa frecuentemente que el primer ataque es mas intenso que los siguientes. Estos se hallan anunciados por una exasperacion del dolor y por la supresion de la espectoracion que antes era fácil. Chomel y Blache (1) distinguen en esta afeccion tres periodos distintos. El primero está caracterizado por el dolor y la espectoracion de un líquido trasparente; el segundo por la humedad de la tos, y mayor consistencia de los esputos, y el tercero por la opacidad de estos esputos y la disminucion

(1) Chomel y Blache, *Dict. de méd.*, en 30 vol., t. VI, 1843, art. BRONQUITIS AGUDA.

de los demás síntomas. Segun estos autores entonces es cuando se hace la orina mas abundante y sedimentosa, y sobreviene á veces una ligera diarrea. Estos periodos no son siempre, ni con mucho, tan marcados, y algunas veces se ve, que bajo la influencia de causas muy diversas, se reproducen los fenómenos del primero en el curso de los otros dos, presentándose principalmente estas ligeras exacerbaciones despues de comer y por la noche.

Es muy raro que la bronquitis sea francamente *intermitente*; sin embargo, se citan algunos ejemplos de esta forma, comun á tantas enfermedades diversas; pero no mencionaré sino el que ha referido el doctor Bouchard (1) en el cual la bronquitis de tipo tercianario aparecia con intensidad á las diez de la noche, para desaparecer enteramente á las cuatro de la mañana.

En cuanto á la *bronquitis capilar general*, su curso es muy rápido y casi siempre gradualmente ascendente. Su duracion, en los casos observados hasta el presente, ha sido de seis á ocho dias.

La bronquitis leve, igualmente que la bronquitis febril de mediana estension, no terminan por la muerte, á no ser que sobrevengan complicaciones. No sucede lo mismo con la bronquitis capilar general, que causa siempre la muerte de los enfermos.

En un caso observado por Martin Solon (2) la bronquitis tomó un carácter gangrenoso que se manifestó por el olor característico de los esputos y por su color agrisado. Esta *terminacion por gangrena* es muy rara, y en este caso debió ser muy superficial, porque el enfermo se curó con mucha prontitud.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En los casos en que la muerte ha sido causada por otra enfermedad, es en los que principalmente se han podido observar las lesiones pertenecientes á la bronquitis ligera ó de mediana intensidad. En los bronquios gruesos se ha encontrado la rubicundez, el engrosamiento, el reblandecimiento y el aspecto granuloso de la mucosa. En las pequeñas ramificaciones de aquellos estas alteraciones se manifiestan principalmente por la pérdida de transparencia de la membrana. Los conductos aéreos están obstruidos por un moco mas ó menos abundante, espeso, algunas veces rogizo y viscoso, y otras puriforme. Las ramificaciones bronquiales que están mas allá, se encuentran sustraídas á la entrada del aire de lo que resulta el *colapso del pulmon* (Gairdner) ó el *estado fetal* (Legendre y Bailly, etc.). Segun Chomel y Blache, los gánglios bronquiales se hallan con bastante frecuencia rojos é hinchados en los jóvenes.

En la *bronquitis capilar general* se observan las mismas alteracio-

(1) Bouchard, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VIII, p. 229, 1837.

(2) Martin Solon, *Journ. des conn. méd. chir.*, enero de 1849.

nes de la mucosa y una obliteracion casi completa de todos los bronquios por una materia puriforme, espesa, adherente, poco ó nada mezclada con el aire. Estos conductos presentan una dilatacion uniforme, parcial ó general. En los casos observados por Fauvel habia un enfisema vesicular del lóbulo superior de los dos pulmones, y dos veces un enfisema interlobular. En el mayor número de cadáveres se observaban granulaciones purulentas diseminadas en el pulmon, pero sobre todo en la superficie del lóbulo inferior. Los gánglios bronquiales están rojos y quebradizos en los niños. Las cavidades derechas del corazon y todo el sistema venoso están distendidas por la sangre, y los órganos cerebrales y abdominales se encuentran en un estado de congestion á consecuencia de esta estancacion sanguínea.

Los diversos estados del pulmon designados con las denominaciones de *estado fetal*, de *carnificacion*, han ocupado mucho á los autores. Son estados secundarios que pertenecen á la bronquitis capilar más que á cualquier otra enfermedad. Se han estudiado especialmente por Rilliet y Barthez, Legendre y Bailly. Tomaremos de Legendre (1) los principales caracteres del estado fetal. El pulmon se encuentra en su exterior deprimido, flácido y carnososo, cae al fondo en una vasija con agua; la coloracion amarotada, presentando al corte un tejido seco, coriáceo, liso, uniforme, que resiste á la presion del dedo. Este estado representa perfectamente el pulmon de un niño que no ha respirado aun. Por esta analogia se le ha dado el nombre de estado fetal. Se observa especialmente en la periferia del órgano y en los apéndices del borde cortante.

Nada hay que revele en el estado fetal una verdadera inflamacion del pulmon, difiriendo esencialmente de la pulmonia, cuya lesion es característica; aumento de volumen de la parte afecta, friabilidad del pulmon, apariencia granujienta al corte, cuya superficie está húmeda en lugar de seca, como en el estado fetal; impermeabilidad al aire, mientras que la inflamacion le vuelve su volumen normal en el estado fetal. Con dos teorías se explica esta lesion anatómica; por la primera se supone que el tejido pulmonal está condensado por la compresion de los tubos bronquiales llenos de mucosidades; por la segunda, que es la más racional, se admite que detenida la entrada del aire en un lóbulo pulmonal por un tapon de mucosidades espesas, el aire contenido en las vesículas se absorbe, y como no puede ser reemplazado, la elasticidad del pulmon le obliga á replegarse sobre sí mismo y tomar la apariencia que conocemos.

No es imposible encontrar á la par una verdadera pulmonia con la bronquitis capilar; sin embargo, este caso es raro y encuentra su explicacion en la independencian de la circulacion bronquial y de la circulacion pulmonal (2).

(1) Legendre, *Recherches anatomico-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance*, 1846.

(2) Charles Robin, *Comptes rendu et Memoires de la Société de biologie*, año 1858.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la bronquitis leve no presenta dificultad alguna; los síntomas descritos mas arriba, con la falta de sonido á macizo y de todo ruido anormal en el pecho, solamente con algunas burbujas de estertor mucoso y un poco de estertor sonoro en los grandes bronquios, bastan para hacer evitar todo error.

En la bronquitis febril y que ocupa una parte de las ramificaciones bronquiales, el diagnóstico es mas importante. Esta enfermedad se distingue de la pulmonia incipiente en los caracteres siguientes: el dolor se siente las mas veces detrás del esternon, y es mas bien contusivo que pungitivo, y está acompañado de titilaciones en la tráquea y en los grandes bronquios. Sin embargo, estos signos no son patognomónicos, porque en cierto número de casos el dolor tiene caracteres semejantes á los de la pulmonia: por consiguiente se le debe dar menos importancia que á los siguientes. El movimiento febril, aun cuando aparece desde el principio, es medianamente intenso, el pecho es sonoro á la percusion, y el estertor sub-crepitante que se oye en su parte inferior existe en *ambos lados*. Este último signo, sobre el cual el doctor Louis ha llamado particularmente la atencion en sus lecciones, debe ser notado con el mayor cuidado. Desde que este excelente observador ha indicado su valor, se evitan muchos errores de diagnóstico de los que antes no se hallaban esentos los médicos mas hábiles. En la pulmonia incipiente el dolor es ordinariamente pungitivo, y existe, ó bien debajo de la tetilla ó en uno de los lados del pecho. La disnea es considerable, la calentura ordinariamente intensa. Casi siempre se halla un sonido oscuro en un punto correspondiente al ruido normal, y finalmente, el estertor crepitante, que cuando existe no se oye mas que en un *solo lado* del pecho. Casi siempre tambien hay desde este momento una escrescion de esputos herrumbrosos, anaranjados, etc., que no existe en la bronquitis. En una época mas avanzada, la respiracion bronquial y el sonido á macizo que se advierten en la pulmonia desvanecen todas las dudas. Hay un caso en el que el diagnóstico es muy oscuro, y es cuando existe una de estas pulmonias lobulares que sobrevienen ordinariamente en el curso de una bronquitis capilar. Entonces se reconoce la existencia de la bronquitis, pero como faltan los signos suficientes se desconoce la pulmonia lóbular.

Hemos visto muchos casos en que la existencia de un considerable enfisema pulmonar y una disposicion particular á los dolores nerviosos, daban á la enfermedad un aspecto particular, y la hacian asemejarse á una pulmonia de un modo mas marcado que lo que generalmente sucede.

Paris, 1859. Nota sobre las causas de la independencian de la bronquitis con relacion á la neumonia.

En estos casos un dolor neurálgico que ocupaba un lado del tórax simulaba el dolor de costado de la pulmonía; la disnea era intensa, la agitación grande y el movimiento febril considerable; pero aunque el estertor sub-crepitante ocupase la mitad inferior sobre poco mas ó menos de ambos lados del pecho, lejos de haber experimentado la menor disminución la sonoridad de esta cavidad, por el contrario, se había aumentado, y los esputos no ofrecían ninguno de los caracteres de los neumónicos.

La tisis de curso agudo presenta también síntomas que pudieran en un principio hacer que se la equivocase con una simple bronquitis; pero los dolores mas ó menos vivos que se sienten en la parte superior del tórax, las hemotisis, el sonido oscuro que se nota debajo de una de las clavículas ó de ambas á la vez, el estertor sub-crepitante que existe en los mismos puntos, el enflaquecimiento rápido, etc., no pueden dejar al médico largo tiempo en la incertidumbre.

Cuando existe una pleurodinia simultáneamente con la bronquitis se pudiera creer que hay una *pleuresia*; pero la falta de sonido á macizo y de la disminución mas ó menos marcada de la respiración, aclaran muy pronto este diagnóstico, que es mucho menos importante que el precedente.

Al principio se la ha podido confundir con la invasión de una calentura eruptiva; pero la falta de los escalofrios, de los vómitos y de la coriza del sarampion, del lagrimeo, de la tos y de la angina de la escarlatina, de los dolores lumbarés de las viruelas, y la presencia en todo el pecho del estertor sub-crepitante diseminado, dán á conocer la existencia de la bronquitis.

Segun este autor, se distingue la bronquitis capilar general de la pulmonía lobular por la disnea mas intensa, la ansiedad extrema, el estertor sub-crepitante en todo el pecho, y por los síntomas de asfixia que no existen ó que son mucho menos marcados en el principio en la pulmonía lobular.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos de la bronquitis febril y de la pulmonía incipiente.

BRONQUITIS FEBRIL.	PULMONÍA.
Dolores sub-esternales contusivos (signo dudoso).	Dolor de costado en un punto mas ó menos distante del esternon (signo dudoso).
Movimiento febril medianamente intenso.	Calentura intensa.
Estertor sub-crepitante en la parte inferior y posterior del pecho, en ambos lados.	Estertor crepitante por detrás en un solo lado.
Sonoridad normal del tórax.	Sonido oscuro en el punto en que se oye el ruido anormal.

2.º Signos distintivos de la bronquitis febril en los sujetos nerviosos y que padecen enfisema, y de la pulmonía.

BRONQUITIS.	PULMONIA.
Falta de esputos característicos.	Esputos herrumbrosos, anaranjados, de color de zumo de ciruelas, etc.
Sonoridad del pecho mas bien aumentada que disminuida.	Sonido oscuro.
Estertor sub-crepitante en ambos lados.	Estertor crepitante en un solo lado; respiración bronquial.

3.º Signos distintivos de la bronquitis febril y de la tisis aguda incipiente.

BRONQUITIS.	TISIS AGUDA.
Dolor sub-esternal.	Dolor debajo de las clavículas ó entre las escapulas.
Sonoridad normal debajo de las clavículas.	Sonido á macizo en la region sub-clavicular.
Estertor sub-crepitante en la base de los dos pulmones, y en la parte posterior.	Crujidos y estertor sub-crepitante en el vértice de los pulmones.
No hay hemotisis.	A veces hay hemotisis.

4.º Signos distintivos de la bronquitis capilar general y de una calentura eruptiva incipiente.

BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.	CALENTURA ERUPTIVA.
Por lo general no hay escalofrios ni vómitos al principio.	Escalofrios y vómitos, etc., al principio.
No hay coriza, ni lagrimeo, ni angina, ni dolores musculares.	Hay coriza y lagrimeo en el sarampion, angina en la escarlatina, dolores musculares en las viruelas, etc.
Estertor sub-crepitante diseminado en todo el pecho.	No existe estertor sub-crepitante ó está limitado á una pequeña estension de la base de los pulmones.

5.º Signos distintivos de la bronquitis capilar general y de la pulmonía lobular.

BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.	PULMONÍA LOBULAR.
Disnea muy intensa.	Disnea menos considerable.
Ansiedad extrema.	Ansiedad moderada.
Estertor sub-crepitante diseminado en todo el pecho.	Estertor sub-crepitante limitado á una estension mucho menor del pulmon.

No estando fundado este último diagnóstico sino en la mayor ó menor intensidad de los síntomas, se conoce bien que es menos positivo que los demás, y que para adquirir una completa certeza exige nuevas y mas rigurosas investigaciones.

Pronóstico. La bronquitis leve es de muy poca gravedad, y aun las mas veces los enfermos no se someten á ninguna especie de tratamiento. En cuanto á la bronquitis febril de mediana estension exige algunas precauciones, pero tampoco es grave en el adulto. Se ha dicho que podia ocasionar la muerte en los sujetos que padecían una enfermedad orgánica antigua; mas en estos casos solo hace acelerar el término fatal.

En los ancianos, y sobre todo en los que ya están afectados de un catarro crónico, la bronquitis aguda tiene una gravedad proporcionalmente mucho mayor. En efecto, en ellos la inflamacion tiende á ocupar una gran parte del pecho, y puede ocasionar la muerte por sus propios progresos. Otras veces sobreviene una verdadera pulmonía.

La bronquitis capilar general es siempre muy grave y con frecuencia mortal. Su gravedad está en razon directa de la estension de la inflamacion que se manifiesta al observador por la estension del estertor crepitante diseminado.

§ VII.—Tratamiento.

1.º Bronquitis leve. Por lo comun los sujetos que de ella están afectados no cambian su manera de vivir y no toman medicamento alguno. Sin embargo, el médico puede ser consultado por personas que tengan precision de recobrar prontamente la integridad de su voz, ó que experimentando alguna inquietud acerca del estado de su pecho, tienen grande interés en abreviar en lo posible todas las afecciones que pueden irritar los pulmones. En semejantes casos se emplean las lisanas emolientes, llamadas *pectorales*, tales como las infusiones de *violetas*, de *malva*, *gordolobo*, etc.; algunas *fumigaciones* con un *cocimiento* de *malvabisco* y de cabezas de *adormideras*; los *laxantes* como el *maná* á la dosis de 50 ó 60 gramos ó *purgantes* ligeros, por ejemplo, el *aceite de ricino* á la dosis de 30 gramos. Los *pediluvios* y *maniluvios* hechos irritantes por medio de la sal comun ó de ceniza; un *régimen* suave y ligero, y un gran cuidado en sustraerse á todas las causas de enfriamiento, completan este tratamiento.

Todavía se obtienen los mejores efectos de una medicacion ligeramente *narcótica*. Así, pues, una infusion de *violetas* y de *amapola* para tisana, y de 2 ó 3 centigramos de extracto gomoso de *ópío*, dados en pildoras todas las noches, hacen que desaparezcan muy pronto todos los síntomas.

2.º Bronquitis febril. Esta forma de la afeccion exige medios mas enérgicos.

Emisiones sanguíneas. Casi todos los autores han recomendado la

sangría, pero están lejos de hallarse acordes acerca de los casos en que conviene practicarla. Laennec queria que se escaseasen mucho, que solamente se hiciesen cuando todos los síntomas tuvieran grande intensidad. Chomel y Blache recurren frecuentemente á ellas, y Bouillaud ha aplicado á esta afeccion el método de las sangrias generales y locales repetidas con cortos intervalos (1).

Este último autor no ha observado, como él mismo lo dice, bastante número de casos tratados de esta manera para que se pueda sacar una consecuencia positiva. No obstante, se puede decir, sin aprobar tan abundantes evacuaciones de sangre en una enfermedad tan leve, que la sangría no ha tenido en el corto número de hechos citados por Bouillaud el resultado que temia Laennec, es decir, el de hacer la enfermedad mas larga. La fuerza y la constitucion del enfermo deberán guiar al médico en el uso de estas sangrias, igualmente que la intensidad de los síntomas locales y generales. Las *sanguijuelas*, segun Laennec, no tienen mas ventajas que la sangría general; así este autor las sustituía con las *ventosas escarificadas* que dejaba largo tiempo aplicadas. En los niños se prefiere por lo general la aplicacion de *sanguijuelas*.

Demulcentes. Al mismo tiempo se prescribe un *julepe béquico* ó una *pocion* demulcente ú oleosa, un fuerte cocimiento de *azufaisas* ó de *malvabisco* seco; se prescriben tambien con el mismo objeto las pastas que se preparan con estas sustancias, pero todos estos medios deben considerarse como simples auxiliares, porque como dice Laennec, nada prueba que tengan una eficacia real por sí mismos.

Narcóticos. Hace ya largo tiempo que se ha reconocido la utilidad de los medicamentos narcóticos. Borsieri los recomienda muy particularmente, y prescribe (2) el *jarabe de adormideras blancas*, el *ópío*, el *láudano líquido* de Sydenham, y sobre todo las pildoras de *estoraque de Silvio*, segun la fórmula siguiente:

Pildoras de estoraque de Silvio.

T. Estoraque.	15 gram.
Opio.	4 gram.
Azafran.	5 gram.

Mézclese y háganse S. A. catorce pildoras. Se toma una todas las noches.

Borsieri alaba tambien las *pildoras de cinoglosa*, así como otros muchos preparados en los que el opio es la sustancia activa.

Laennec usaba con preferencia la *belladona* á la dosis de 3 á 5 centigramos todas las noches ó mañana y noche. Se logra el mismo fin con las pildoras de *estramonio*, á la dosis de 2 á 3 centigramos al dia.

(1) Bouillaud, *Clin. méd. de l'hop. de la Charité*, 1837, t. II.

(2) Borsieri, *Instit. méL.*, Lips., cap. I, De Tussi.