

**Prescripción III.**

## BRONQUITIS FEBRIL MAS INTENSA Ó MAS ESTENSA EN EL ADULTO.

- 1.° Sangría de 400 gramos, repetida al día siguiente si fuese necesario.
- 2.° Se hará una fumigación narcótica, según la fórmula indicada en la pág. 646.
- 5.° Se pone en suspensión en cada jarra de tisana 5 centigramos de tártaro estibiado.
- 4.° Todas las noches una pildora de 2 á 5 centigramos de extracto de estramonio.
- 5.° Dieta y permanecer en cama.

Tales son los medios que ordinariamente se emplean y casi siempre bastan en esta enfermedad, que si bien por lo general es poco grave, puede en algunas circunstancias ofrecer algun peligro. No me parece necesario formular las medicaciones especiales propuestas por algunos autores, como la de los estimulantes espirituosos de Laennec, y la prescripción de los estimulantes sudoríficos de C. Badham, porque se ha hablado ya bastante de ellos anteriormente.

**Prescripción IV.**

## BRONQUITIS CAPILAR GENERAL SUFOCANTE EN EL ADULTO, PERIODO DE INVASION.

- 1.° Tisana emoliente.
- 2.° Sangría general mas ó menos abundante y mas ó menos repetida según las fuerzas.
- 3.°
 

T. Tártaro estibiado. . . . .	40 á 30 centig.
Jarabe diacodion. . . . .	30 gram.
Agua destilada de flor de tilo. . . . .	120 gram.
Jarabe de malvabisco . . . . .	25 gram.

Se toma á cucharadas de cuarto en cuarto de hora.

- 4.° Sinapismos á las piernas; fricciones secas en las paredes del pecho y á los miembros.
- 5.° Dieta absoluta.

**Prescripción V.**

## BRONQUITIS GENERAL EN EL ADULTO, SEGUNDO PERIODO.

- 1.° Para bebida, cocimiento de poligola de Virginia ó infusión de arnica.
- 2.°
 

T. Emetina pura. . . . .	5 centig.
Agua. . . . .	160 gram.
Jarabe de flor de naranjo. . . . .	30 gram.

Se toma á cucharadas á fin de escitar náuseas y arcadas.

- 3.° Decúbito anterior, alternando con el decúbito lateral y la postura sentada.
- 4.° Vendaje de cuerpo medianamente apretado al rededor del vientre.
- 5.° Se continúa usando los sinapismos y friegas.

En los niños se empleará el mismo tratamiento; pero se reemplazará la sangría general con sanguijuelas, y el tártaro estibiado con la ipecacuana.

En los casos de abatimiento completo de fuerzas se recurre á la estriénina y á la nuez vómica, como se ha dicho anteriormente.

**Breve resumen del tratamiento.**

- 1.° *Bronquitis leve.* Emolientes, narcóticos poco activos, ligeros, purgantes y revulsivos.
- 2.° *Bronquitis febril capilar.* Demulcentes, emisiones sanguíneas, narcóticos, vomitivos, purgantes, estimulantes espirituosos y sudoríficos.
- 5.° *Bronquitis capilar general.* *Primer periodo:* sangría, vomitivos, tártaro estibiado á alta dosis, revulsivos, emolientes, decúbitos. *Segundo periodo:* escitantes ligeros, estriénina ó nuez vómica.

## ARTÍCULO III.

## BRONQUITIS CRÓNICA.

Sin descuidar los numerosos casos de *tos crónica* que se presentaban á los antiguos, no conocian siempre la existencia de la inflamación de la mucosa, no veian por lo regular mas que un simple flujo, ó si admitian una lesión del órgano era una lesión profunda. Si se dudase de la verdad de esta asercion bastaria el nombre de *tos*, bajo el cual se hallan tan frecuentemente descritas las diversas especies de catarros en los autores, para manifestar cuán vagas eran sus ideas, puesto que la tos no es mas que un sintoma de un gran número de afecciones diferentes.

P. Frank (1) ha sido uno de los primeros en hacer notar que la tos, que parece desempeña el principal papel, pero que es un fenómeno propio, tanto del catarro como de otras muchas afecciones, es solo un sintoma y no constituye por sí sola la enfermedad.

Sauvages (2) ha oscurecido singularmente la cuestion queriendo especificar demasiado y entrar en largos pormenores. Además del *constipado* y el *catarro*, de los que hace dos enfermedades diferentes, ad-

(1) P. Frank, *Traité de médecine pratique*; Paris, 1842, t. I, p. 422.

(2) Sauvages, *Nosol. method.*, t. I; Amst., 1768.

mite una tercera especie, á la que dá el nombre de *Anacatharsis* (clas. IX, *Fluxus*; órden III, *Serifluxus*), que se diferencia de las dos primeras y se divide en *Anacatharsis* biliosa, *A. tísica*, *A. producida* por una vómica, *A. puriforme* y *A. asmática*. Esta simple esposicion basta para probar que por la palabra *anacatharsis* Sauvages no queria designar una simple broncorrea.

Laennec, que ha conservado en parte las antiguas divisiones, ha admitido un catarro mucoso crónico (catarro crónico propiamente dicho), un catarro pituitoso crónico, uno latente, y por último, un catarro seco sobre el cual ha llamado especialmente la atencion. Esta division no puede admitirse, porque no está fundada sino en variedades de síntomas, ó en circunstancias que por sí mismas no pueden dar á la enfermedad un carácter particular.

Trataremos en un solo artículo de todas las especies de bronquitis crónicas admitidas hasta el dia. En cuanto á la *broncorrea crónica* debo decir anticipadamente que no he encontrado observaciones de ella bien convincentes.

### § I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La bronquitis crónica es la inflamacion crónica de la mucosa de los bronquios, ya que esta inflamacion haya sucedido á una bronquitis aguda, ó ya que se haya presentado de repente.

Esta afeccion se conocia entre los antiguos bajo las denominaciones de *catarrhus*, *destillatio pectoris* y *tussis*; pero hasta estos últimos tiempos no se le ha aplicado el nombre de bronquitis, pues antes se le daban los de *catarro mucoso* agudo ó crónico, *catarro pituitoso*, *catarro seco*, etc.

La bronquitis crónica no es una enfermedad rara especialmente en los ancianos; pero es mucho menos frecuente que lo que se creia antes de que los progresos de la anatomia patológica, y sobre todo que el descubrimiento de la auscultacion la hubiesen hecho distinguir de otras muchas enfermedades crónicas, y en particular de la tisis, con las cuales se la confundia frecuentemente.

### § II.—Causas.

#### 1.º Causas predisponentes.

La frecuencia de la bronquitis varia segun la *edad*. Así, pues, en los ancianos es una enfermedad bastante comun, los niños la presentan mas rara vez, y los adultos casi nunca la padecen, á no ser que esta enfermedad acompañe al enfisema pulmonar, ó sea sintomática de una afeccion crónica.

No tenemos suficientes observaciones para poder decir positivamente si un *sexo* está mas predisuesto á ella que el otro. Sin embar-

go, si se considera que los hombres están mas espuestos que las mujeres á contraer la bronquitis aguda, y que por otra parte los ataques mas ó menos frecuentes de esta afeccion pueden terminarse por la bronquitis crónica, nos veremos inclinados á admitir que los hombres la padecen mas que las mujeres.

Se ha considerado como una causa predisponente de la bronquitis crónica, una *constitucion* débil y un *temperamento* linfático y escrofuloso; pero en semejante caso ¿no se ha tomado muchas veces una afeccion crónica grave por una bronquitis crónica simple?

La *repeticion* mas ó menos frecuente de *ataques* de bronquitis aguda es, como acabo de decirlo, una causa de bronquitis crónica, de lo cual Andral (1) cita muchos ejemplos. Se ha dicho que la *repercusion* de las erupciones cutáneas y la supresion de diversos flujos ó de un exutorio podian producir la bronquitis crónica; mas esta asercion necesita confirmarse por hechos bien observados.

No hablaremos aquí de las enfermedades del corazon, de los pulmones y de los bronquios, que segun los autores predisponen á esta afeccion, porque cuando la bronquitis crónica sobreviene en personas que padecen estas enfermedades orgánicas, es puramente sintomática. Nos ocuparemos mas adelante de este punto.

En cuanto á la influencia del enfisema pulmonar, las opiniones están muy divididas. Unos creen que este enfisema predispone á la bronquitis, y otros, por el contrario, consideran á la bronquitis como la causa primera del enfisema; pero esta cuestion se discutirá en la historia de esta última enfermedad.

#### 2.º Causas ocasionales.

Se ha creido observar que la *esposicion permanente al frio*, de los sujetos ocupados en trabajos mas ó menos penosos, ocasiona la bronquitis crónica, y que sucede lo mismo cuando en el curso de un catarro el enfermo se espone imprudentemente á las *variaciones de temperatura*, de suerte que dá lugar á varios ataques de bronquitis aguda. En fin, Laennec y Stoll (2) miran como una causa evidente de la prolongacion indefinida de la bronquitis á las *emisiones sanguineas* demasiado abundantes practicadas en esta enfermedad.

### § III.—Síntomas.

*Invasion.* La afeccion principia algunas veces con los caracteres que debe conservar mas adelante, es decir, que se declaran síntomas poco intensos ó signos de una irritacion ligera, al mismo tiempo que una expectoracion mas ó menos abundante, y la enfermedad continúa luego sin presentar grandes modificaciones. Pero mas frecuentemente

(1) Andral, *Cliniq. médic.*, t. III.

(2) Stoll, *Ratio medendi*, pars. III (*Ephemerid.*, 1778).

empieza por un catarro agudo mas ó menos intenso, que habiendo llegado á su último período, no cesa y se prolonga de un modo mas ó menos continuo durante mucho tiempo.

*Síntomas.* Es bastante frecuente que no haya ninguna especie de dolor en el pecho, y cuando existe es pequeño, ó si se hace mas intenso en el curso de la enfermedad, es porque hay una exacerbación momentánea. Este dolor es vago, sin embargo de que se siente mas particularmente detrás del esternon. El doctor Andral (*obs. citada*) ha observado tambien una sensación de plenitud en el pecho.

La tos es un sintoma constante, y siendo por lo comun blanda y fácil, se hace por la mas ligera exacerbación penosa, difícil, y repite por accesos. Estos cambios se efectúan principalmente cuando los esputos trasparentes y viscosos no se desprenden sino con trabajo; á veces la tos escita el vómito, como en un ejemplo referido por Andral. Por lo general, la tos es mas frecuente por la mañana y la noche que por el día, lo que depende de la abundancia de la expectoración.

Los caracteres de la *materia expectorada* varían mucho. Las mas veces es bastante abundante, y consiste en esputos opacos, de color blanco sucio, agrisados ó verdosos, que forman anchas masas, de bordes lisos, sin estrias y sin ninguna burbuja de aire. Ordinariamente estos esputos tienen cierta cantidad de líquido blanquecino, semejante á la saliva mas ó menos mezclada con aire. En uno de los casos citados por Andral, nadaban en un líquido abundante parecido á la serosidad. Laennec refiere un caso semejante, como un ejemplo de la forma á que ha dado el nombre de *catarro mucoso*. Algunas veces los enfermos no expectoran mas que un líquido sin color, trasparente, filamentososo, mas ó menos espumoso en la superficie, y que cuando se quita esta espuma se asemeja á la clara de huevo diluida en agua. La cantidad de este líquido puede ser considerable, pues se vé que algunos enfermos llenan muchas escupideras al día. Esta especie de catarro es la que ha recibido de unos el nombre de *catarro pituitoso*, y de otros el de *broncorrea*; pero como esté flujo de ningun modo excluye los síntomas de irritación de los bronquios, y por otra parte, como lo ha hecho notar Laennec, se le vé con frecuencia unido á la expectoración del catarro mucoso, no creo que se deba admitir esta distinción hasta que nuevas investigaciones hayan probado que es realmente útil. Otras veces, por el contrario, la materia expectorada es bastante escasa, los esputos son, como ha dicho Laennec, muy pequeños, redondeados y perlados (*sputa margaritacea*). Esto es lo que el autor ha llamado *catarro seco*, afección en su opinion bastante frecuente que no llama la atención de los enfermos, y que puede ser, por consiguiente, de mucha duración.

Laycock (1), segun la observación de ciertos casos de bronquitis

(1) Laycock, *Résumé d'une leçon sur la bronchite fétide caractérisée chimiquement par la présence de l'acide butyrique dans les crachats* (*Medical Times and Gazette* y *Gaz. med.*, 1858, p. 534).

notables por la fetidez de las excreciones bronquiales, ha podido distinguirlos de la gangrena de los pulmones. El olor recuerda el de las materias fecales ó del ácido butírico, cuya presencia se ha demostrado por el análisis químico. Laycock creía dependían de una perversion del sistema nervioso. Bamberger (1) ha demostrado que estos esputos contenían además de ácido butírico, ácido acético, ácido fórmico, amoníaco, é hidrógeno sulfurado. La misma observación dá como composición química de las materias expectoradas espesas y verdosas del catarro crónico bronquial, para 100 partes de agua, 95,622; de sustancias orgánicas, 5,709; sales minerales, 06,72. Las 100 partes de elementos orgánicos están representadas por cloruro sódico, 67,176; fosfato potásico, 25,457; fosfato férrico, 0,093; fosfato magnésico, indicios; carbonato y sulfato cálcico y magnésico, 0,475; ácido silícico, 1,056; pérdida, 0,605.

La *respiración* es, por lo comun, poco difícil, y con frecuencia no hay disnea, á lo menos durante la mayor parte del día. Sin embargo, puede hacerse notable por momentos cuando la expectoración es mas abundante y mas difícil: así que no es raro ver cesar la disnea inmediatamente despues de la expectoración. Hay un caso en que la dificultad de respirar es estremada, y es cuando se ha acumulado una cantidad considerable de moco en una ó muchas de las grandes ramificaciones bronquiales é intercepta completamente el paso al aire, de lo que se ven algunos ejemplos en las observaciones referidas por Andral y en los casos citados por Gairdner.

Cualquiera que sea la forma que afecte la bronquitis crónica, la *percusión* no suministra ningun carácter propio para darla á conocer. En los casos que no sucede así, es porque existe una complicación ó una obstrucción de los bronquios (Gairdner).

La *auscultación* ha servido para llegar á conocer á fondo la historia de los diversos catarros admitidos por los antiguos. En la parte posterior del pecho, así como en la inferior y laterales, se oye un estertor formado de burbujas mas ó menos gruesas y mas ó menos húmedas, al cual Laennec daba el nombre de *estertor mucoso*, y que despues se ha designado mas generalmente con el de *subcrepitante*. La extensión en que se percibe este ruido es muy variable, y mas considerable por lo general en el lado derecho que en el izquierdo. En las demás partes del pecho, y sobre todo hácia la raíz de los bronquios, se oye á veces un *estertor sibilante y con ronquido*, que anuncia un pequeño grado de inflamación en una gran parte del pecho. Segun Laennec (*loc. cit.*), el ruido respiratorio adquiere en ciertos catarros crónicos el carácter pueril en casi toda la extensión del pulmón, «y sin embargo, añade, á pesar de esta respiración enérgica que no puede considerar sino como supletoria, los enfermos experimentan constantemente una disnea que

(1) Bamberger, *Contribution à l'étude des crachats* (*Würzburger medicinische Zeitschrift*, 1861, t. II, núms. 5 y 6; *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 255).

algunas veces se hace estremada, aun en el estado de quietud, y constituye el asma húmedo de los prácticos.» Estos casos no han sido notados por otros observadores, y si es que existen se deben mirar como escepciones muy raras. Quizás en los sugetos observados por Laennec habia alguna complicacion, que es la única que pudiera esplicarnos esta anomalía.

En la forma de catarro llamado *pituitoso* se ha encontrado una mezcla de estertor sonoro, sibilante, subsibilante (Laennec), de estertor con ronquido, que imita el ruido de una cuerda de violonchelo ó el canto de la tórtola, y en fin, el estertor subcrepitante. Se vé, pues, que no hay una grande diferencia entre estos resultados y los que ha dado el exámen de los enfermos que padecian el catarro mucoso comun.

En la variedad que se ha designado con el nombre de *catarro seco*, no se oye estertor subcrepitante, sino un estertor sibilante en una corta estension del pecho. Algunas veces ha observado Laennec un sonsonete análogo al de una valvulita; ruido raro que apenas se percibe sino en las espiraciones profundas. antes ó despues de la tos, y que segun este autor, es debido al movimiento de un esputo perlado agitado por el paso del aire.

Cuando sobreviene una de estas exacerbaciones, que son frecuentes en el catarro crónico, estos caracteres estetoscópicos se modifican mas ó menos y se trasforman en los del *catarro agudo* que se ha descrito estensamente poco hace (véase *Bronquitis aguda*).

A pesar de la existencia de todos estos sintomas, la salud general se conserva ordinariamente bastante bien. No hay habitualmente fiebre, ni perturbacion de las funciones digestivas, ni debilidad, ni enflaquecimiento. No sucede lo mismo cuando hay exacerbaciones y la bronquitis toma los caracteres del estado agudo; porque entonces los sintomas pueden ser mas intensos que los de una bronquitis aguda en un sugeto cuyos pulmones estaban enteramente sanos. Quizás estas exacerbaciones son las que han hecho admitir en ciertos casos la existencia de la calentura y de un enflaquecimiento marcado en la bronquitis crónica. Algunas veces se han notado sintomas de calentura hética; pero examinando atentamente el corto número de buenas observaciones que tenemos, no he hallado ni un solo caso en el que se pueda afirmar que no existia una complicacion de otra enfermedad crónica, ya de los pulmones, ya del corazon ó de un órgano mas distante.

*Conformacion exterior del pecho.* Niemeyer, de Tubingen (1), describe muy bien la conformacion exterior del pecho en la bronquitis crónica: «A consecuencia de la disnea persistente y de los continuos y exagerados esfuerzos de los músculos inspiratorios, se hipertrofian

(1) Niemeyer, *Elements de pathologie interne*, traducidos del aleman por L. Culmann y Ch. Sengel, anotado por Cornil; Paris, t. I, p. 52.

estos, con especialidad los esterno-cleido-mastoideos y los escalenos, que forman notables eminencias en el cuello. Del mismo modo que todos los músculos hipertrofiados, los músculos inspiradores se encuentran en estado permanente de moderada contraccion. Así como se conoce á un serrador y á un herrero por la flexion permanente y ligera de sus brazos aun en reposo, del mismo modo en el catarro crónico el tórax se encuentra permanentemente en el estado de inspiracion. El cuello corto en apariencia, el pecho abovedado, se encuentran tambien en este caso, sin que el catarro crónico bronquial se complique con el enfisema pulmonar. Durante las exacerbaciones violentas ó de larga duracion, las venas yugulares se ponen puramente tensas, se produce cianosis, y en muchos casos puede desarrollarse una considerable hidropesía. Como la plenitud de las venas yugulares, la cianosis y la hidropesía, desaparecen con la remision del catarro, no puede dudarse que estos sintomas dependen del mismo catarro y no de una complicacion intercurrente.»

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

El *curso* de la enfermedad es muy variable. Por lo comun, los enfermos no experimentan casi ningun accidente durante el buen tiempo, al paso que en el invierno se hallan generalmente mas oprimidos, tienen una espectoracion mas abundante, y son atacados una ó muchas veces de una bronquitis aguda que les fatiga mucho, dura regularmente largo tiempo, y deja tras si un estado penoso que se disipa con lentitud. Algunas veces se vén sugetos que habiendo tenido durante algunos años muchas exacerbaciones por el invierno, quedan dos ó tres años sin experimentarlas, y despues vuelven á ser acometidos como antes.

La *duracion* de la enfermedad es ilimitada. Cuando el catarro ha pasado al estado crónico en un anciano, es de temer que continúe hasta el fin de su existencia.

Se ha dicho que la bronquitis aguda podia *terminarse por la muerte*. No es de estrañar que los antiguos hayan tenido esta opinion, puesto que pensaban que la tos que duraba mucho tiempo, es decir, el catarro, podia producir la tisis pulmonar (1). En cuanto á los observadores que han escrito en los últimos veinte años, es fácil ver cuánto ha cambiado su opinion á medida que se han conocido y aplicado mejor la percusion y la auscultacion. Hace veinte años se creía que el catarro pulmonar era una enfermedad frecuentemente mortal, como se puede juzgar por los registros mortuorios de la Salitrería, y entonces se designaba muy rara vez á la tisis pulmonar y la pulmonía como causa de la muerte. Mas adelante, cuando el exámen de los signos físicos ha venido á ilustrar el diagnóstico, y cuando se ha estu-

(1) Baglivi, *Praxeos medicæ*, liber. I, De tussi.

diado con cuidado la anatomía patológica, estas dos últimas enfermedades se han hecho mas frecuentes, y la primera casi ha desaparecido de los indicados registros. No he hallado un solo caso en el que la muerte fuese ocasionada por solo los progresos de la bronquitis crónica. Las mas veces se declara durante el invierno, en lugar de un simple catarro como acontecia en los inviernos precedentes, una pulmonía, á la que se ha dado el nombre de catarral, que arrebató al enfermo. Otras veces es una bronquitis aguda, pero tan estensa, que constituye la enfermedad anteriormente descrita bajo la denominacion de bronquitis capilar general, cuya suma gravedad tengo manifestado. Los antiguos han designado á esta última enfermedad con el nombre de *peripneumonia notha*.

En cuanto á la terminacion por la curacion, es preciso decir que es rara, y casi no se ha observado sino en sugetos jóvenes que no tenían mas que un catarro agudo que habia pasado al estado crónico. Algunas veces se ha obtenido esta terminacion favorable por el cambio de clima y de costumbres.

#### § V.—Lesiones anatómicas.

Se han estudiado principalmente estas lesiones en los casos en que la bronquitis existia como complicacion.

Se ha encontrado la mucosa bronquial de un color rojo morado, pardusco ó agrisado. Unas veces esta coloracion ocupa una estension bastante considerable del árbol bronquial, y otras se presenta en placas irregularmente diseminadas. Se nota tambien la pérdida de transparencia, el reblandecimiento y engrosamiento de esta membrana; y además su superficie, en lugar de un aspecto liso y brillante, está empañada, rugosa y llena de granulaciones muy pequeñas.

La cavidad de los bronquios contiene una cantidad generalmente notable de moco puriforme ó viscoso, segun que la inflamacion ha tomado ó no los caracteres del estado agudo hácia el fin de la existencia. Algunas veces se hallan gruesos pelotones mucosos endurecidos, obstruyendo ramos bronquiales considerables, de lo que ha referido Andral algunos ejemplos, como he dicho mas arriba.

Tambien se observa alguna vez en los sugetos que padecen desde muchos años una bronquitis crónica, la *dilatacion* y mas rara vez la *estrechez* de los bronquios; pero estas dos lesiones, y sobre todo la primera, dán lugar á síntomas bastante importantes para merecer una descripcion á parte, por lo cual no he hablado de ellas en este artículo.

En fin, se han encontrado algunas veces los gánglios bronquiales mas voluminosos que en el estado normal.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Ya hemos visto que la bronquitis crónica presentaba por interva-

los variables exacerbaciones que le daban todos los caracteres de la bronquitis aguda. Solo los conmemorativos pueden en este caso enseñarnos si esta bronquitis aguda se ha desarrollado ó no durante el curso de un catarro crónico.

Unicamente haciendo un exámen muy superficial se pudiera confundir la bronquitis crónica con la *pulmonía crónica*, la cual por otra parte es mucho menos frecuente. La falta de sonido á macizo, de la respiracion bronquial, de todo movimiento febril y del enflaquecimiento, harán siempre conocer fácilmente que se trata de una simple bronquitis y no de una pulmonía. Además de esto, en la bronquitis existe el estertor subcrepitante en ambos lados del pecho, lo que es por lo menos muy raro en la pulmonía.

No es mas difícil distinguir la *pleuresía crónica* de la enfermedad de que nos ocupamos. En la primera el sonido á macizo en mayor ó menor estension del pecho, la debilidad del ruido respiratorio en el mismo punto, su distancia del oido, su timbre seco que le dá el carácter bronquial en los puntos en que se oye mas fácilmente, bastan para asegurar el diagnóstico, sin que sea menester recurrir á la diferencia de la espectoracion y al estado general del enfermo.

Cuando la *tisis pulmonar* ha llegado á un periodo avanzado, no presenta mayores dificultades para diferenciarla de la bronquitis crónica. El sonido á macizo debajo de las clavículas, la respiracion cavernosa, la pectoriloquia, etc., no permiten dudar de la existencia de la tisis. Pero cuando esta enfermedad se halla en su principio, los signos físicos son mucho menos marcados, y entonces pudiera haber alguna incertidumbre. Por lo tanto, se examinará con cuidado el estado general y los síntomas locales que presentan los enfermos, y si hay un decaimiento que guarda poca relacion con los síntomas locales, palidez, debilidad y sudores nocturnos, se sospechará que existe una tisis pulmonar mas bien que la bronquitis. Si durante mucho tiempo es seca la tos, ó no produce mas que la escrecion de esputos muy poco abundantes, sin caracteres particulares, si hay dolores entre las escápulas, una disnea bastante marcada y un ligero movimiento febril por la tarde, la certeza se aumenta. En fin, si se reconoce la falta completa del estertor subcrepitante en la parte posterior del pecho, y por el contrario, debajo de las clavículas una alteracion cualquiera del ruido respiratorio, tal como la debilidad en una parte, un poco de aspereza, la prolongacion de la espiracion y algunos crugidos, no se podrá dudar de la existencia de la tisis y se deberá desechar la idea de una bronquitis crónica.

Si se ha creido que el *enfisema pulmonar* podia confundirse con la bronquitis crónica, es porque en la primera de estas dos enfermedades hay con frecuencia cierto grado de catarro, y siempre una disnea mas ó menos considerable (véase ENFISEMA).

Finalmente, se ha tratado de distinguir la bronquitis crónica de la *dilatacion de los bronquios*; pero en el mayor número de casos, si no