

trario, ya hemos visto que habia persistido durante seis meses, y segun el doctor Cheyne (*loc. cit.*) puede durar hasta mas de un año.

Es difícil decir nada de positivo acerca de la *terminacion* de la enfermedad; pues así como sucumbieron la mayor parte de los niños observados por Fauvel, por el contrario, siempre se ha observado que se han curado los adultos, en las observaciones cuya historia se ha publicado. ¿No dependerá esta diferencia de que en el mayor número de casos mortales de la enfermedad que se ha designado bajo el nombre de *catarro sufocante*, no se ha hecho la autopsia de manera que se pudiese reconocer positivamente la lesion de los bronquios? Este modo de ver me parece el mas admisible.

Cuando la bronquitis pseudo-membranosa ha venido á complicar otras afecciones, ha terminado siempre por la muerte.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En la autopsia de los que sucumben á consecuencia de esta enfermedad, se encuentran á primera vista las falsas membranas que hemos descrito mas arriba. Para demostrar su existencia, basta hacer incisiones en varias direcciones en el tejido pulmonar. La presión hace salir entonces de las aberturas bronquiales unos cilindritos blancos, elásticos y que presentan una cavidad central cuando salen de un bronquio bastante voluminoso. Si procediendo de otra manera se coge la falsa membrana en un tronco bronquial de cierto grosor y se la saca con precaucion, se puede llevar tras sí un considerable número de subdivisiones, y en este caso el producto morbosos se asemeja, como lo ha dicho J. North (1), á una raíz con sus raicillas.

La composicion de esta pseudo-membrana es la misma que la de la falsa membrana crupal. Regularmente no invade toda la estension de los dos pulmones, pero algunas veces ocupa un pulmon entero ó gran parte de su estension. Las mas veces se manifiesta en ambos pulmones, pero por lo comun en mayor abundancia en el derecho.

En otros puntos los bronquios presentan con frecuencia una materia espesa, amarillenta y adherente á sus paredes, de aspecto verdaderamente purulento.

Examinada esta materia al microscopio por Peter, se ve que se compone de una considerable reunion de células epitélicas cilíndricas con prolongaciones, glóbulos pioides y materia granulosa, sin mezcla de glóbulos de moco y de pus, es decir, que esta sustancia semi-líquida tiene la misma composicion elemental que la falsa membrana sólida, esta es la *difteritis fluenta* (2).

En todo lo demás solo contienen una simple mucosidad algunas veces manchada de sangre. Si se examina su membrana interna se la

(1) J. North, *London med. Gaz.*, t. XXII, p. 330, 1838.

(2) Peter, *Loc. cit.*, p. 470.

encuentra, á lo menos en los troncos gruesos, roja, opaca, engrosada, reblandecida, y en una palabra, tal como la hemos descrito en la bronquitis simple. En fin, se hallan vestigios de pulmonia, y sobre todo de enfisema pulmonal.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico. Bajo ciertos puntos de vista el diagnóstico de la bronquitis pseudo-membranosa no ofrece grandes dificultades, mas por el contrario, bajo otros aspectos las presenta numerosas. Empecemos por los casos mas sencillos.

No se confundirá la *bronquitis pseudo-membranosa* con la *laringitis* de la misma especie, si se recuerda que en la primera la voz está estinguida, la respiracion es sibilante y la tos de un carácter particular, lo que no se observa en la bronquitis pseudo-membranosa.

En cuanto á la *pulmonia lobular*, el estertor subcrepitante, que es uno de sus sintomas, es mucho mas limitado; además, la enfermedad no se anuncia desde su invasion por una ansiedad extrema y por sintomas evidentes de asfixia.

La *bronquitis simple* que sobreviene en un sugeto afectado de *enfisema pulmonar*, puede dar lugar á una disnea considerable, y simular la enfermedad de que tratamos; pero la existencia de los sintomas propios del enfisema, tales como el abultamiento parcial y el sonido claro en el parage que ocupa, la debilidad de la respiracion en el mismo punto, y el estertor subcrepitante limitado á la parte posterior de los pulmones, hacen que se conozca fácilmente la enfermedad.

¿La *bronquitis pseudo-membranosa* ó no? Al principio de la afeccion es muy difícil, ó por mejor decir imposible, resolver este problema; pero en el curso de la enfermedad se pueden observar dos signos que sirven para fijar el diagnóstico: el primero es la *expulsion de falsas membranas ramificadas*, el cual es patognomónico, pero no existe siempre. Algunas veces tambien las falsas membranas escretadas solo consisten en fragmentos muy pequeños sin forma determinada, sin ramificaciones ni disposicion tubulosa. Entonces se recurre para aclarar el diagnóstico á los demás sintomas principales. Si la voz ha permanecido intacta, si no hay dolor en la laringe ó en la tráquea, si la respiracion es notable por su frecuencia y dificultad, y si en el tórax se oye un ronquido sonoro general mezclado con estertor subcrepitante diseminado y á veces con un pequeño ruido de válvula, se debe creer que los fragmentos pseudo-membranosos arrojados vienen realmente de los bronquios.

Cuando falta la expectoracion de las falsas membranas, queda el segundo signo, que no se debe olvidar, y es el *pequeño ruido de válvula* observado por Barth y Caseaux. Si al mismo tiempo que se conserva la integridad de la voz se manifestasen los signos de la bronquitis capilar, y en lugar del estertor subcrepitante general y muy

abundante, no se oyese mas que un ronquido sonoro mezclado con este ruido de válvula, habria razon para creer que existe una bronquitis pseudo-membranosa. Sin embargo, este diagnóstico no puede darse en el estado actual de la ciencia sino como muy incierto, porque para fijarle es absolutamente necesario hacer otras nuevas observaciones.

Queda por último una dificultad que han suscitado algunos autores, y principalmente Laennec. *¿Las concreciones de que se ha hablado en este artículo, son realmente pseudo-membranas producidas por una inflamacion especifica?* Esto es lo que no queria admitir Laennec (1), quien parece que nunca las habia encontrado. Según este autor, los pólipos hallados por Murray y Cheyne serian de la naturaleza de los pólipos vesiculares de las narices, de los oidos y del cuello del útero, es decir, formados por un tejido análogo al de las membranas mucosas que contenian pequeños quistes serosos. Pero por la descripción que hemos hecho mas arriba, se ve que esta opinion no puede sostenerse, y aun se debe suponer con Meriadec Laennec, que el autor no ha tenido á la vista las observaciones que ha citado. En cuanto á las concreciones parecidas segun algunos autores á un vaso pulmonar, Laennec piensa que son pura y simplemente concreciones sanguíneas polipiformes de los bronquios, como las que se encuentran en los hematóicos (*loc. cit.*), mas la forma tubulosa de las concreciones y la introduccion de un estilete en su cavidad no permiten admitir esta suposicion.

El doctor J. Collet (2), y mas recientemente un médico de Lóndres, escribiendo al doctor Duncan (3), han descrito la materia espectorada como si estuviese formada de hidátides. *¿Habrá habido error en el diagnóstico, ó existian realmente hidátides.* Es muy difícil resolver esta cuestion, porque las descripciones carecen de pormenores. En el caso citado por Collet se puede creer que existian hidátides, puesto que el autor ha contado ciento treinta y cinco en cuatro meses; y esta enumeracion no parece posible en una simple escrescion de falsas membranas ordinariamente arrojadas en masa. El otro hecho presenta aun mas incertidumbre. En ningun caso hubo escrescion de hidátides enteras, lo que no hubiera dejado duda alguna.

(1) Laennec, *Auscult. méd.*, t. I, cap. V. *Des polypes des bronches*, p. 250, 3.^a edición.

(2) J. Collet, *A case of hydatids discharged by coughing.* (*Med. Trans. of Lond.*, t. II, p. 486, 1772).

(3) Duncan, *The Edimb. med. and surg. Journ.*, t. VII, p. 490.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos de la bronquitis pseudo-membranosa y del crup.

BRONQUITIS SEUDO-MEMBRANOSA.	CRUP.
Hay integridad de la voz, á no ser que haya complicacion.	Ronquera y afonía.
Respiracion no sibilante.	Inspiracion sibilante.
Tos frecuente, húmeda, sin carácter particular.	Tos crupal.
Ronquido sonoro, algunas veces muy estenso. Ruido de válvula.	Resonancia en el pecho de la inspiracion sibilante. No hay ruido de válvula.
Algunas veces espectoracion de falsas membranas ramificadas y tubulosas (signo patognomónico).	Ninguna falsa membrana ramificada, á no ser que haya complicacion con la bronquitis pseudo-membranosa.

2.º Signos distintivos de la bronquitis pseudo-membranosa y de la pulmonía lobular.

BRONQUITIS SEUDO-MEMBRANOSA.	NEUMONIA LOBULAR.
Sintomas que se hacen rápidamente intensos.	Sintomas menos rápidamente intensos.
Ronquido muy estenso.	Estertor crepitante en algunos puntos del pecho.
Asfixia desde los primeros dias de la formacion de las falsas membranas.	Sintomas de asfixia menos marcados, y que no aparecen hasta el fin de la enfermedad.

3.º Signos distintivos de la bronquitis pseudomembranosa y del enfisema pulmonar con bronquitis aguda.

BRONQUITIS SEUDOMEMBRANOSA.	ENFISEMA PULMONAR CON BRONQUITIS AGUDA.
Antecedentes. Ningun acceso de disnea. Calentura intensa.	Antecedentes. Accesos de disnea. Calentura menos intensa.
No hay abultamiento en ningun punto del pecho.	Abultamiento mas ó menos marcado y mas ó menos estenso de las paredes del pecho.
No es mas claro el sonido en un punto que en otro.	Sonido mas claro en el punto ocupado por el abultamiento.
Ronquido sonoro general y algunas veces ruido de válvula.	Estertor subcrepitante en la parte posterior é inferior de los pulmones; sibilante y sonoro en otras partes.

Es inútil añadir que en los casos en que no hay expectoracion de concreciones ramosas, este signo desvanece por si solo todas las dificultades. Así, pues, los dos diagnósticos precedentes solo son útiles cuando falta esta expectoracion.

4.º *Signos distintivos de la bronquitis pseudomembranosa y de la bronquitis capilar general.*

BRONQUITIS SEUDOMEMBRANOSA.	BRONQUITIS CAPILAR GENERAL.
Muchas veces hay escrecion de falsas membranas ramificadas (signo patognomónico).	No hay escrecion de falsas membranas ramificadas.
Otras veces se expectoran pequeños pedazos membranosos.	No hay tampoco expectoracion de pedazos pseudomembranosos.
Ronquido sonoro general, mezclado solamente con estersor subcrepitante.	Estertor subcrepitante muy abundante, y diseminado por todo ó casi todo el pecho.
Ruido de válvula en algunos casos.	No hay ruido de válvula.

Es de sentir que Fauvel, cuyas observaciones son de tanto valor y cuya memoria es tan importante, no haya procurado indagar si era posible distinguir durante la vida estas dos inflamaciones, evidentemente de diversa naturaleza.

Pronóstico. La enfermedad cuya historia se acaba de leer es muy grave; sin embargo, como tengo ya dicho, se han referido un gran número de curaciones; pero repito es mas que probable que haya pasado desapercibido un número mayor de muertes por falta de investigaciones suficientes.

Cuando la bronquitis pseudomembranosa complica otra afeccion, es casi constantemente mortal; lo es siempre cuando forma parte de una inflamacion pseudomembranosa que ocupa toda la estension de las vias respiratorias.

§ VII.—Tratamiento.

En cada caso en particular se han empleado diversos medios, sin que ninguno de ellos haya tenido al parecer una accion muy marcada sobre el curso de la enfermedad ó sobre sus principales sintomas. En el artículo *Bronquitis capilar general* se puede ver el tratamiento aconsejado por Fauvel. Hé aqui lo mas importante que se encuentra en los hechos algo auténticos que posee la ciencia.

Se han empleado generalmente los *antiflogísticos* para combatir la irritacion local y los sintomas febriles, y se ha acudido á ellos con tanta mas solicitud, cuanto que el observador reconocia una inflamacion muy intensa de los bronquios, cuya naturaleza especifica no sos-

pechaba. Las *sanguijuelas*, las *ventosas escarificadas* al pecho, y sobre todo la *sangría general*, deben, segun todos los autores, usarse, pero con moderacion, particularmente en los niños y en los sugetos debilitados, por temor de que á consecuencia del abatimiento de las fuerzas no se haga mucho mas difícil la expectoracion.

Muchos médicos han empleado los *vomitivos*, entre los cuales citaré á Starr, que prescribía la *ipecacuana*, y á J. Cheyne, que administró el *vino antimonial*. En las observaciones citadas por estos autores, no se vé evidentemente que por la influencia de esta medicacion hayan sido desprendidas las falsas membranas y arrojadas por la expectoracion. No obstante, si se tiene en consideracion lo que sucede en la laringitis pseudomembranosa y aun en la bronquitis capilar general, hay razones para esperar muy buenos efectos del uso de los vomitivos. Por consiguiente, se los deberá administrar á una dosis bastante alta para producir vómitos abundantes. Poco importa la sustancia que se elija con tal que se consiga el efecto; sin embargo, se debe emplear con preferencia el *tártaro estibiado*, porque es muy fácil de administrar y de un efecto seguro. En el caso referido por Caseaux, Dumeril prescribió el *óxido blanco de antimonio*, que no surtió efecto alguno, y por el contrario, en la observacion del doctor Thore, hijo, se administró la *ipecacuana* á dosis emética muchas veces, y con el éxito mas feliz.

Rara vez se han usado los *purgantes*, á los que solo se puede conceder un efecto secundario. Los médicos ingleses han prescrito mas particularmente los *calomelanos*; pero como su efecto es complejo, hablaré de ellos en el párrafo siguiente.

Los médicos ingleses son los que tambien han preconizado las *preparaciones mercuriales* usadas exterior é interiormente; así North recomienda las fricciones mercuriales en la garganta hasta producir una ligera salivacion. Si no hemos podido decidir nada acerca del valor de este medio en la historia de la laringitis pseudomembranosa, con mayor razon nos seria imposible hacerlo en esta afeccion, que no se halla tan bien estudiada.

North aconseja además hacer inspiraciones con el *vapor de agua caliente cargada de éter*, y tambien quiere que se administre interiormente un escitante difusible, tal como el *licor anodino de Hoffmann*, pero no parece ha empleado estos medios en las dos observaciones que refiere.

En fin, se han usado los expectorantes, tales como el *quermes*, el *ojimiel escilitico*, etc., y se han prescrito la *quina*, los *baños de mar*, las *aguas de Bristol* (Warren), sin que se pueda decir nada de positivo acerca de la eficacia de estos medios terapéuticos. Los autores no han hablado de las *preparaciones opiadas*; sin embargo, deben tener cierto grado de utilidad, como en todas las afecciones en que importa calmar un poco la respiracion.

Se deberá tener á los enfermos en una habitacion cuya tempera-

tura sea moderada, ponerles al abrigo de las corrientes de aire, y facilitar su respiracion teniéndolos sentados, cuando ellos por sí solos no pueden estarlo. El doctor Cheyne ha observado que en los casos en que la enfermedad tenia una forma crónica, el *frio* y el *viento nordeste* producian exacerbaciones, por lo cual los enfermos harán bien en evitar estas causas ocasionales.

En general en la bronquitis pseudomembranosa con crup cree Peter que hay mas bien indicacion que contraindicacion de la traqueotomía, porque dice que la espulsion de las falsas membranas bronquiales es imposible estando obstruida la laringe por el crup. A pesar de una complicacion tan grave, no es imposible la curacion. Millard (1) refiere cuatro ejemplos.

Breve resumen del tratamiento.

Emissiones sanguineas moderadas, vomitivos, purgantes, preparaciones mercuriales, inspiraciones y pociones escitantes, espectorantes y opiados.

ARTÍCULO V.

DILATACION DE LOS BRONQUIOS.

Antes del principio de este siglo tenian mucha repugnancia los médicos en hacer autopsias de tísico, y cuando las hacian confundian la dilatacion bronquial con las cavernas tuberculosas. Por lo tanto, no debe sorprender el que la dilatacion de los bronquios haya sido pasada en silencio por los autores hasta Laennec; pero luego que se descubrió la auscultacion, esta afeccion fué inmediatamente conocida. Laennec la describió, y despues de él Andral, Louis, y sobre todo Barth (2), añadieron á su descripcion particularidades interesantes.

Laennec dividia esta afeccion en dos formas principales. En la primera el bronquio estaba dilatado uniformemente en mayor ó menor estension, y en la segunda existian varias dilataciones parciales semejantes á las cavernas. Andral ha modificado esta division, añadiendo otra tercera forma que consiste en una série de dilataciones globulosas separadas por intervalos mas ó menos grandes, y que ocupan una ó muchas ramas en una estension variable. Esta última forma es la que el médico inglés Elliotson ha llamado *dilatacion á manera de rosario*.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se ha reservado el nombre de *dilatacion de los bronquios* al aumen-

(1) Millard, Tesis de Paris, 1858.

(2) Barth, *Memoires de la Societé medicale d'observation*, Paris, 1836, t. III.

to mas ó menos considerable del diámetro de estos conductos, cuando se presenta en un punto de su estension distinto de sus estremidades vesiculares. Efectivamente, en este caso se ha designado á la enfermedad bajo el nombre de *enfisema pulmonar*.

La lesion que nos ocupa apenas se conoce en la ciencia bajo otra denominacion que la de *dilatacion de los bronquios*.

Es mas frecuente de lo que pudiera creerse. Laennec solo ha citado dos casos; Andral cinco, uno dudoso; Louis ha observado ocho ó nueve solamente. Pero esta misma rareza de observaciones depende, sin duda, como lo ha hecho notar Laennec, de que las investigaciones no se hacen generalmente con cuidado. Barth, dice haber recogido cincuenta y cinco casos en un espacio de veinte años.

Relativamente á la *edad*, se encuentra que la mayor parte de los sugetos tenian mas de cuarenta años. Hé aquí las cifras de Barth: de 45 observaciones con autopsia habia 2 menores de 20 años; 5 de 20 á 30; 5 de 30 á 40; 4 de 40 á 50; 5 de 50 á 60; 7 de 60 á 70, y 19 de mas. Sin embargo, los niños no se encuentran completamente al abrigo de esta afeccion. Laennec refiere un caso observado en un niño de tres años y medio, y Legendre leyó á la Sociedad médica de observacion la historia muy interesante de un niño de siete años que tenia una dilatacion general de los bronquios de todo un pulmon. Hemos observado en 1845 un caso semejante en un niño de nueve años. La dilatacion ocupaba toda la parte posterior del pulmon derecho y la parte inferior.

Grisolle (1) no ha observado la dilatacion de los bronquios como lesion concomitante de la neumonia de los adultos, mientras que es frecuente en la bronquitis capilar de los niños y de los adultos.

Laennec creia que la *coqueluche* podia producir esta lesion; pero el único caso sobre el que fundó esta opinion, no es suficiente para ponerla fuera de duda. Creyó que una *obstruccion* cualquiera de los bronquios podia ser causa suficiente de dilatacion por el obstáculo que pone á la salida del aire y de los esputos. Sin duda una obstruccion de este género que se uniese á las causas de dilatacion ya mencionadas, aumentaria considerablemente su potencia; porque la dilatacion de los diversos conductos de esecucion detrás de un punto estrechado ú obstruido es un hecho positivo.

La obliteracion de un bronquio produce no solo la dilatacion de un conducto cuya estremidad opuesta está estrechada, sino tambien la dilatacion de los conductos bronquiales inmediatos (2).

Dittrich y Virchow han publicado observaciones de dilataciones bronquiales seguidas de estrecheces consecutivas á ulceraciones sifiliticas (3).

(1) Grisolle, *Traité de la pneumonie*, 1864, p. 56.

(2) Reynaud, *Memoire sur l'obliteration des bronches* (*Memoires de l'Acad. de medecine*, 1835, t. IV, p. 447).

(3) Virchow, *Syphilis constitutionnell*, Paris, 1860.