19-4

81-2-C-14

No
1763

Oc. 2444
(1763)

- T E S I S -

I C T U S L A R I N G E O E S E N C I A L.

----------xx---------

UNIVERSIDAD CENTRAL
SECRETARIA
GENERAL

Excmo Sr.

Señores

Al poder elegir libremente el Tema que ha de ser el fundamento de esta Memoria, invade mi pensamiento la duda y el temor bajo el peso de carga tan inmensa, pues esta libertad que el Reglamento me condede pone precisamente en más evidente notoriedad mis escasas aptitudes.

Por esta causa al presentar mi trabajo ante un Tribunal de tan alta competencia he preferido formarlo no con el deshilvanado encaje que cien autores me hubieran proporcionado en un asunto para mi desconocido, sino exponer hechos de mi propia observación.

Dedicándome desde que terminé mi carrera á la especialidad de Oto-rino- laringología, he tenido la ocasión de observar en la clínica de mi querido maestro el Dr. Cisneros en el

Hospital General, un enfermo que dos ó tres veces por día con motivo de quintas de tos, pierde el conocimiento y cae á tierra. Este es un caso tipo de Ictus laríngeo.

Otro enfermo en la policlínica del Carmen del Dr. Barajas, antiguo catarroso que con motivo de violentas quintas de tos, tiene aturdimientos que le obligan á apoyarse en el primer objeto que encuentra á mano. Este es un caso de simple Vértigo laríngeo.

La observación de estos dos enfermos me ha parecido bastante interesante para hacerla el sujeto de mi Memoria.

Se trata de una enfermedad poco conocida y estudiada desde la primera descripción que dió de ella el Dr. Charcot.

Me limitaré á establecer sus causas y sus formas, á averiguar á propósito de su patogénia, las afinidades que tiene con otras manifestaciones de neuro - artritismo en particular con el asma y en fin á diferenciarla de los accidentes muy análo-

gos que presenta la Tabes.

Por esta razón he creido conveniente darle el nombre de Ictus laríngeo esencial.

Apropósito del tratamiento, señalaré la importancia y eficacia de la antipirina en el enfermo de mi primera observación y en el de el Dr. Lermoyez.

Apoyandome en la importancia del asunto y su escasa bibliografía y siendo cualidad de maestros armonizar el saber con la benevolencia,huelga pediros esta, el último de vuestros discípulos que como tal cuenta con ella por adelantado.

I N T R O D U C C I O N é H I S T O R I A

En 1876 describió el Dr. Charcot por primera vez " una neurosis rara y singular, caracterizada esencialmente por una sensación súbita, imprevista de cosquilleo al nivel de la laringe provocando algunos accesos de tos espasmódica é inmediatamente después, pérdida de conocimiento, con cianosis de la cara y algunas veces convulsiones epileptiformes parciales. El enfermo vuelve en si instatáneamente con plena posesión de su inteligencia como si nada le hubiese pasado" (I)

LLamó el Dr. Charcot á este estado "Vértigo laríngeo". Tres años más tarde, en 1879 adquirió una observación del Dr. J. R. Gasquet y dos nuevas observaciones personales de "Ictus laríngeo" como lo llamó entonces, é hizo la conclusión de que los accidentes agrupados bajo esta denominación respondían á una

(I) Charcot - Gazette Medical de Paris 1876 nº 49 Pag. 580

forma clínica distinta, separable de otras formas análogas; el vértigo ab aure læsa, el pequeño mal epiléptico. Hizo notar que estas crísis se asemejaban á las crisis laríngeas de los tabéticos, y en 1888 diferenció las dos afecciones.

Asi comenzó el estudio del síndrome que voy á tratar de describir. Después de los trabajos del Dr. Charcot se han publicado infinidad de memorias.

En 1878 el Dr. J. R. Gasquet, publicó en el "Practitionner" una observación que fué traducida por el Dr. Decaisne en la Revue des Sciences Medicales, que fué la que el Dr. Charcot unió á las dos suyas personales en 1879.

En 1882 Krishaber publicó una observación de ictus laríngeo en los Annales des Maladies de l' oreille et du larynx. En el mismo año apareció una memoria de Landon Carter Gray (Ame Journal of Neurology).

Esta memoria se refiere á un hombre francamente epiléptico que en ciertos momentos presenta accesos que no pueden diferenciarse de los accesos de ictus laríngeo simple.

En 1883 Bianchi publicó en la Psychiatria (Napoli 1883) una observación de un jóven francamente epileptico, en el que sobrevienen accesos que empiezan por un espasmo laríngeo con tos espasmódica, seguida de pérdida de conocimiento.

En 1884 aparecen las memorias de Lefferts (Arch. of Laryngol) Mac - Bride (Edimb Med. Rev) Russel (Birminghan. Med. Rev.) y Massei (Giornale Internationale della Scienze Mediche).

El mismo año Knight publicó una memoria en la que describe dos observaciones de las cuales, una se refiere á una mujer en donde estudia la cuestión bajo un nuevo punto de vista patogénico.

Al año siguiente el Dr. Dauwin y el Dr. Thermes publica-

ron dos importantes artículos y en 1888, Weill publicó otra en la Revue de laryngologie.

En 1889 Armstrong en el Medical News agrupa bajo la denominación de síncope laríngeo 20 casos conocidos y uno personal. En Francia el Dr. Cartaz publicó dos nuevas observaciones.

Aparecen después las memorias siguientes:

1890 D' Aguano. Archivii italiani de laryng Anno X

1891 Gleistman. New York Medic

1891 Roquer Casadesus. Revista of Laryngol Barcelona

1892 Adler. New York Medic Journal.

1892 Newcombe. New York Medic Journal

1892 Fhilipps. Medical New Philad.

1893 Briozola. Monitor Medic Lima.

En fin el Dr. Ruault en su tratado de Medicina, describe cuatro nuevos casos de ictus laríngeo esencial y Garel y Collet

en una importante memoria(Annales des Maladies de l' oreille et du Larynx. Diciembre 1894) describen 23 nuevos casos.

Tal es brevemente reasumida la historia de la cuestión.

He podido reunir las cuarenta observaciones que se han publicado en Francia; agruparlas y añadiendo mis dos nuevas observaciones, deducir de estos documentos las causas diversas y los síntomas del ictus laríngeo esencial; tratar de explicar la patogenia y dar á conocer su tratamiento según las opiniones sacadas de las principales memorias, tal ha sido nuestro objeto al escribir este trabajo.

E T I O L O G I A

El ictus laríngeo ataca con muchísima más frecuencia al sexo masculino que al femenino, de los 42 casos que he examinado, solamente he encontrado dos mujeres.

PROFESION - Según Garel y Collet, los enfermos afectos de ictus laríngeo, tienen en general una profesión sedentaria, esto es lo más general, pero no puede considerarse como regla absoluta y asi lo demuestra la estadística siguiente, resultado de mis 42 observaciones y en la cual encuentro:

11 veces una profesión completamente sedentaria.

2 negociantes, 1 droguero
1 licorista, 1 tendero
1 tejedor, 1 sastre
1 tornero 1 ajustador
1 escribiente y 1 farmacéutico

9 veces una profesión que no exige reposo absoluto.	3 médicos 2 sacerdotes 1 bolsista 1 comerciante 1 albañil y 1 jornalero.
4 veces en profesión no sedentaria.	1 almirante 1 marino 1 oficial y 1 viajante

EDAD. - La edad en que generalmente se presenta el ictus es la de 49 años. Garel y Collet dan como término medio 45 años.

Yo encuentro según mi estadística:

Entre 10 y 20 años	---	1 caso	(mujer)
" 20 y 30 "	----	1 caso	
" 30 y 40 "	---	9 "	
" 40 y 50 "	---	14 "	
" 50 y 60 "	---	10 "	

Entre 60 y 70 años --- 5 casos

" 70 y 80 " --- 2 "

En resúmen que la mayoría de los casos de ictus se encuentran entre los cu arenta y cincuenta años

ANTECEDENTES . CONSTITUCION - El artritismo parece ser la diátesis más favorable á la aparición del ictus laríngeo y se la encuentra en la mayoría de los casos.

Yo he observado 7 veces la gota, 7 la obesidad y una la diabetes.

El enfermo de la observación IV de Garel y Collet cuyos padres, murieron diabéticos.

En la mayoría de los casos se encuentra asimismo manifestaciones artríticas en los parientes.

El examen del aparato respiratorio es de importancia y nos demuestra que casi siempre, los enfermos son catarrosos an-

tíguos y he observado en 32 casos el catarro crónico y el enfisema pulmonar.

La tuberculosis se ha observado dos veces en dos enfermos de Garel y Collet.

En tres casos observo, la simultaneidad del asma y del ictus.

Por último, en 4 casos, los enfermos han sido atacados de ictus en el cu rso de un coriza ó de una bronquitis aguda y en otros 2 casos del Dr. Thermes en el curso de la coqueluche.

Bajo el punto de vista nervioso, nada de particular, en la observación II de Garel y Collet consta que un primo carnal del enfermo, murió en un manicómio. Otro enfermo el de la observación XX está muy nervioso desde que fué mordido por un perro rabioso. Otro enfermo el de la observación IV es muy impresionable y llora fácilmente.

El alcoholismo se ha observado 3 veces, la sífilis 3 veces.

EXAMEN LARINGEO - La misma proporción existe entre los casos en que no hay lesión laríngea, como en los que la tienen; en estos últimos se limita á una pequeña hiperemia marginal de las cuerdas vocales.

Un enfermo de Dawin y otro de Garel y Collet tienen afonía.

En la Obseravación I del Dr. Cartaf existe una pequeña masa tumoral que va desde la base de la lengua á la epiglotis.

EXAMEN FARINGEO - Los exámenes faríngeos han demostrado en varios casos, la faringítis granulosa la cual es con frecuencia de origen nicotínico.

En un caso observado por Garel y Collet la úvula es muy prominente.

Por lo que afecta á la nariz he encontrado un caso de pó-

lipos, 2 casos de desviación del tabique nasal, uno de los cuales es sumamente pronunciado, tanto que obstruye por completo la fosa nasal derecha.

La hipertrofia de las amígdalas la he encontrado una vez.

En la observación comunicada por el Dr. Lermoyez existe una faringitis seca con laringitis, consecutiva.

CAUSAS PROXIMAS. INFLUENCIAS DIVERSAS. POSICION. - Parece que la posición no influye en el ataque, pues hay enfermos que han tenido las crisis estando de pié, otro sentados, otros por último acostados. Un mismo enfermo ha sufrido diversas crisis en distintas posiciones.

Más influencia parecen tener las comidas y asi Ruault cita en su observación II un enfermo en que el ictus sobreviene en el momento de las comidas: en otro del mismo autor observación III sobrevienen después de cenar.

En la observación II de Garel y Collet el ictus sobreviene una vez despues de las comidas y otras antes.

En la observación XX del mismo, el ictus se ha presentado 2 horas después de las comidas.

También parece evidente que el tabaco influye en la presentación de los ataques: un enfermo de Krishaber, sufrió un ataque á consecuencia de haber recibido una bocanada de humo y el Dr. Dawin tuvo una crisis fumando un cigarro en su despacho.

Un enfermo de Ruault observación IV tiene crisis mientras fuma ó acaba de fumar.

Citaré por último, diversas influencias que he podido notar: un enfermo es atacado al salir de un café (aire frío) otro en el teatro (aire caliente).

Un enfermo de Garel y Collet observación X tuvo un ataque

riendose á carcajadas y otro por el contrario tratando de contener la risa.

Se citan casos de ictus producidos por percibir olores de cloroformo, eter etc. tres enfermos pudieron evitar la crisis, el uno tomando pastillas y los otros dos con toques laríngeos de cocaína.

S I N T O M A T O L O G I A

El ictus laríngeo puede describirse asi: un hombre de unos 40 años, casi siempre catarroso antíguo , siente á nivel de la laringe un cosquilleo que le produce un acceso de tos y que le hace perder el conocimiento. Generalmente la cara se congestiona se pone bultuosa y algunas veces sus miembros están agitados por movimientos convulsivos. Casi inmediatamente vuelve en sí, quedando en plena posesión de su inteligencia.

Analizaré estos diversos síntomas:

El cosquilleo se observa en la mayor parte de los casos; los enfermos manifiestan que es un pequeño picor, cosquilleo semejante al que se percibe al principio de un catarro común.

El primer enfermo que yo observé en la clínica del Dr. Cisneros en el Hospital General. experimentaba , agudísimos pinchazos á nivel de la laríngе.

Un enfermo de Charcot el Dr. W..... lo definió "una sensación particular de quemadura y cosquilleo en la laringe" En la observación II de Garel es una sensación de compresión en la garganta.

En la observación XII es una sensación de extrangulación. En la observación XXIII es un cosquilleo intenso con sensación de sofocación.

Otros enfermos lo localizan al nivel del esternón.

TOS - Lo más frecuentemente, es quintosa espasmódica, violenta. Sin embargo en 3 casos, se ha observado una pequeña tos seca.

Otros enfermos son ata cados de ictus después de una ligera quinta de tos (observación Krishaber y Garel y Collet II).

En la observación I de Garel y Collet el enfermo fué atacado de ictus una vez despues de una tos ligera, otra, después

de tres ó cuatro accesos de tos: En las observaciones IX y XII el acceso sobrevino después de un solo golpe de tos.

La tos es á veces dispneica, el Dr. Dawin declara "que se siente gradualmente asfixiar" En el enfermo de W eill la quinta se acompaña de una tos con ansiedad asfictica.

En suma, se puede decir que por regla general el ictus acompaña á las quintas violentas de tos; pero no hay una relación forzada entre la aparición de aquel y la violencia de estas.

Para terminar diré que en un enfermo de Garel y Collet la tos era producida al secarse el cuello con la tohalla después de lavarse y que en uno de los enfermos del Dr. Merklen se podía provocar una quinta de tos con cianosis de la cara,ejerciendo una lijera presión al nivel de la laringe.

PERDIDA DE CONOCIMIENTO - Garel y Collet son de opinión

que la pérdida de conocimiento es siempre completa , y de la lectura de las cuarenta y dos observaciones no resulta esto; si bien hay casos en que la pérdida es completa, hay otros muchos en que es incompleta, por ejemplo:

En la observación II de Charcot, el enfermo no ha tenido más que una simple sensación de vértigo.

En la observación III el enfermo experimenta una simple amenaza de sofocación. Krishaber dice que su enfermo experimentaba algunas veces una ligera obnibulación, un aturdimiento.

En la observación II de Cartaf, vemos que el enfermo tuvo una vez después de un acceso de tos una obnibulación de algunos segundos.

El Dr. Dawin declara, no haber tenido la primera vez la sensación de la pérdida completa del conocimiento.

En la observación II de Garel y Collet tuvo, algunas veces,

después de fuertes accesos de tos un desvanecimiento pero si pérdida de conocimiento.

Asimismo, vemos en la observación XIII que el enfermo "tienee algunas veces después de las comidas una tos violenta y un desva-- necimiento pasajero.

En la observación XIV el enfermo ha tenido 5 crisi incompletas, es decir sin pérdida de conocimiento completa, pero con vértigo y zumbidos de oidos.

En fin encontramos en la observación XX que cuando las quintas son violentas "el enfermo se ve obligado á tomar un punto de apoyo".

En todas estas observaciones que acabo de citar,los enfermos han tenido además de crisis incompletas, crisis verdaderas completas. Pero si nos fijamos más atentamente, en la observación I de Charcot veremos que el enfermo no ha tenido más que

una crisi y que esta ha sido incompleta, puesto que el mismo Charcot dice " el enfermo mientras duró la quinta, se desplomó sobre sí mismo y se volvió á levantar inmediatamente no perdiendo completamente el conocimiento".

Esto es lo que me ha obligado á publicar mi II observación cuyo enfermo catarroso antíguo, jamás ha tenido después de violentas quintas de tos más que desvanecimientos que le obligaban á agarrarse al primer objeto que encontraba á mano. Asimismo veo en la observación de Lermoyez que su enfermo no ha tenido más que crisi de ictus laringeo incompletos atenuados.

Evidentemente, la pérdida de conocimiento, el aturdimiento, el desvanecimiento, la obnibulación no son más que distintos grados de una misma afección por lo cual yo creo que se podría dividir el ictus laríngeo esencial, en ictus completo é ictus incompleto ó mejor aún en ictus laríngeo propiamente di-

cho y vértigo laríngeo.

CONGESTION Y PALIDEZ DE LA CARA - He encontrado que en mayoría de las observaciones, se ha notado durante el ictus, congestión de la cara : cara roja, turgescente, violacea, cianótica &. En 10 casos se hace notar que á esta congestión ha seguido palidez; en 9 casos no se ha podido demostrar la palidez consecutiva. En 3 casos por el contrario se ha observado la palidez de la cara durante el ictus.

Observación XVI de Garel y Collet, durante el desvanecimiento "palidez muy grande".

Observación XVIII de los mismos " pérdida de conocimiento con palidez de la cara".

Observación de Krishaber "la pérdida de conocimiento fué muy corta, pero el enfermo palideció mucho".

PULSO - El pulso se ha observado pocas veces, porque el

médico casi nunca ha tenido ocasión de ver al enfermo durante la crisis.

El Dr. Thermes ha tenido una vez esta ocasión y dice en su observación II " los latidos cardiacos eran apenas perceptibles, después el pulso vuelve povo á poco".

Kurz que igualmente ha tenido ocasión de presenciar la crisis de uno de sus enfermos dice "el pulso era muy débil y lento".

MOVIMIENTOS CONVULSIVOS - Acompañan con frecuencia al ictus, otras veces se presentan después. Los más frecuentes son los de los miembros superiores.

En la observación XII de Garel y Collet " el enfermo presenta sacudidas de los miembros superiores, en el abdómen y un poco en las piernas".

En la observación VIII el enfermo experimenta algunas ve-

ces durante las quintas hormigueo general de piés á cabeza y ligeros movimientos en los dedos.

En la observación II el enfermo experimenta después de las crisis, una sensación de hormigueo en los brazos, con pequeñas trepidaciones involuntarias.

En todos los casos está perfectamente demostrado que no ha habido convulsiones tónicas.

DURACION DEL ACCESO - Es difícil fijarlo exactamente, pero en general puede decirse que la crisis ha sido muy corta: algunos segundos. El Dr. Dawin dice apropósito de su ictus "las últimas palabras que había trazado mi pluma todavía frescas y húmedas demostraban la poca duración de la crisis". Como es natural hay algunas excepciones.

En la observación I de Thermes la duración es de uno á dos minutos. En la observación V de Garel y Collet el enfermo

tuvo una vez una crisis muy corta y en otra la crisis duró medio minuto.

DESPUES DE LA CRISIS - Casi todos los enfermos, reconocen que una vez pasada la crisis, no experimentan el menor malestar,asi por ejemplo el enfermo de Charcot, observación II que "continúa la conversación un momento interrumpida".

El enfermo de Weil tiene pesadez de cabeza y opresión.

En la observación XX de Garel y Collet el enfermo está abatido durante un cuarto de hora.

No se han observado nunca, mordeduras de la lenguan ni parálisis ni micción involuntaria.

MARCHA Y FRECUENCIA - Lo mismo que su duración es difícil fijar la frecuencia de las crisis de ictus laríngea.

El enfermo de la observación II de Charcot tuvo 15 crisis en un día; El enfermo de la observación IV del mismo tuvo 3 ó 4.

Por el contrario, el enfermo de la observación I de Ruault tuvo 3 en 35 años con intervalos de 15 y 18 años. Algunos enfermos solo han tenido un ataque en toda su vida. Otros los tienen todos los inviernos. Algunos tienen desvanecimientos frecuentes y de cuando en cuando, pérdida completa de conocimiento.

El enfermo de mi II observación, tiene cada mes un aturdimiento á consecuencia de una gran quinta de tos. En la observación XI de Garel y Collet el enfermo vió duplicarse sus accesos á consecuencia de una laringo-bronquitis.

Por consiguiente no puede definirse de una manera precisa la marcha y la frecuencia de los accesos. En general puede afirmarse que los accesos muy frecuentes, van ligados á recrudecimientos de afecciones del aparato respiratorio, que ceden cuando mejora la agudización de la afección respiratoria: que los

accesos raros son mucho más caprichosos, y que los enfermos no pueden considerarse libres de una recidiba, puesto que aparecen muchas veces con intervalos de muchos años.

D I A G N O S T I C O Y P R O N O S T I C O

Tal como lo he descrito, el ictus laríngeo es de un diagnóstico facil. Se distingue del vértigo de Meniere en que este se anuncia en gener al por una exacerbación brusca de las sensaciones auditivas, tales como los zumbidos, silbidos & y seguido de náuseas y con frecuencia de vómitos.

Se diferencia también del pequeño mal epileptico. La ausencia casi constante de depresión, de agotamiento que son consecuencia forzosa de las crisis epilépticas, basta para diferenciar los dos ataques. Además ya he señalado anteriormente que en el ictus laríngeo jamás se han observado mordeduras de la lengua, micciones involuntarias, en fin la edad de los enfermos atacados de ictus es muy distinta á la de los epilépticos , y la pérdida de conocimiento va siempre precedida de una quinta de tos.

Me resta hacer el diagnóstico diferencial del ictus laríngeo esencial con el ictus laríngeo de los tabéticos.

En la tabes existen dos clases ó formas de crisis laríngeas. Charcot las describió en 1888. Las unas, crisis intensas ó muy intensas,están caracterizadas, por una verdadera apnea, con amenaza de muerte y convulsiones epiléptiformes. En este caso se ha observado alguna que otra vez la muerte repentina. No podrán pues, confundirse estas crisis con el ictus laríngeo simple el cual como hemos visto, nunca ha tenido una terminación funesta, tiene por síntoma característico la pérdida de conocimiento y no la apnea.

Pero existe entre los ataxicos una segunda forma de crisis laríngeas, que consiste en una tos quintosa con pérdida de conocimiento, crisis absolutamente análogas á las que hemos descrito . El Dr. Dielafy las describe asi: "los trastornos la-

ringo-bronquiales pueden sobrevenir desde los comienzos de la tabes. Están caracterizados por accesos de tos quintosa, coqueluchoide, con espasmos glóticos y sensación de ahogo. A veces estos accesos son violentos, van acompañados de vértigos, vómitos y aún de convulsiones epileptiformes y pérdida de conocimiento, con caída del enfermo; este es el ictus laríngeo" (I)

La descripción de esta crisis es identica á la que he dado del ictus laríngeo esencial, y en este caso no nos fijaremos para hacer el diagnóstico, en el ataque, sino que recurriremos á averiguar en el enfermo la presencia de otros síntomas de tabes: dolores fulgurantes, dolores en cinturón, disminución ó ausencia del reflejo rotuliano, trastornos visuales, signo de Romberg,& que fácilmente pueden descubrirse en un atáxico, pero que jamás se han observado en ninguno de los casos de ictus la-

(I)Dielafoy. Manuel de Patologie interne.

ríngeo, que señala la literatura Médica. Además, pregunto yo ? no puede presentarse en los ataxicos el simple ictus laríngeo de los artríticos ó de los catarrosos crónicos y no podríamos con siderar esto como un accidente sobrevenido en el curso de la enfermedad?.

En fin esos casos de ictus esencial, en los que no se encuentra á veces más que un ligero enrojecimiento de las cuerdas vocales, se diferencian absolutamente de las crisis que se pueden encontrar en las afecciones laríngeas graves. En este último caso, en efecto, el ictus es único y siempre mortal.

El pronóstico del ictus laríngeo esencial es, por el contrario, siempre favorable. Esta afección " más espantosa en apariencia que peligrosa en realidad " como la juzga el Dr. Dawin no pone nunca en peligro la vida del enfermo. Veremos además que poseemos cierto número de medicamentos capaces de

contener la crisis. Hay pues un gran interés en conocerla exactamente y distinguirla de las otras afecciones similares que acabo de enumerar.

P A T O G E N I A

?Cual es la patogenia de esta singular afección?

Voy á exponer lo más sumariamente posible las diversas teorías que han sido propuestas para su explicación.

Algunos autores entre ellos Landon, Carter, Gray, Bianchi, Massei, consideran el ictus laríngeo como una manifestación epiléptica. Para mí las dos afecciones no tienen ninguna relación y ya las he diferenciado en el artículo sobre el diagnostico.

Charcot que había llamado á este síndrome "vértigo laríngeo" lo asimilaba al vértigo de Meniere. En vez del nervio auditivo, el nervio excitado era el laríngeo superior. Veía en esta afección un trastorno reflejo causado por la hiperexcitabilidad de la mucosa de las vías aereas superiores " Los síntomas premonitorios, decía, parecen indicar, que el punto de

partida de todos los accidentes, radica en la laríngе ó en las regiones superiores de la tráquea".

Siguieron otros autores que veían en la afección un vértigo,, dando cada uno de ellos un mecanismo distinto "Gasquet admitía la teoría de Woake, es decir la transmisión de las impresiones del ganglio cervical inferior que reaccionaba produciendo una vaso-dilatación de la arteria vertebral y sus ramificaciones laberínticas; consecutivamente á esta vaso-dilatación habría un aumento de presión intra laberíntica y trastornos del equilibrio por la acción ejercida sobre los canales semicirculares".

Para el Dr. Cartaf "parece que existe en la mayoría de los casos un trastorno reflejo nervioso, cuyo punto de partida es una hiperestesia de la mucosa laríngea, que determina por fenómenos de inhibición sobre el neumogástrico y los centros bul-

bares, una verdadera sideración pasajera".

El Dr. Thermes dice en conformidad con Bowm Sequard "que sobre todo la laringe y también la tráquea y la mucosa que las tapiza pueden bajo la influencia de una irritación mecánica, producir inhibición del corazón, la de la respiración, como también la de todas las actividades cerebrales.

Puede pues sobrevenir de pronto bajo la influencia de una irritación mecánica de estas partes una pérdida incompleta de conocimiento y un síncope cardiaco y respiratorio más ó menos completo".

Como se ve resulta siempre la teoría de Charcot, que nosotros llamaremos teoría nerviosa puesto que se hace del ictus laríngeo esencial un trastorno reflejo cuya causa es la hiperexcitabilidad de la mucosa y sobre todo del nervio laríngeo superior. Esta teoría ha sido aceptada por RUAULT en su trata-

do de Medicina (Tomo IV).

En 1886 Knight propuso una teoría que Garel y Collet aceptaron y desarrollaron en su importante memoria de Diciembre de 1894. Llamaremos á esta teoría circulatoria, porque en ella se explica el ictus por un trastorno de la circulación encefálica. Ellos hacen del ictus laríngeo un reflejo que tiene su punto de partida á nivel de la laríngе ó de los bronqios, cuya causa principal la atribuyen al estado de congestión é inflamación de la mucosa laríngea; pero basandose sobre los trastornos de la circulación de la cara, sobre el pulso debil y lento, opinan que las excitaciones que parten del nervio laríngeo superior repercuten sobre los centros nerviosos por mediación de la circulación y llegan á esta conclusión: "La pérdida de conocimiento se explica naturalmente por anemia de la sustancia cortical del cerebro, como en el síncope ordinario. Pero se les puede

objetar que en la mayoría de los casos se ha observado congestión de la cara, á veces muy intensa y que por lo tanto no hay anemia cerebral, objeción que ellos rebaten diciendo que la congestión de la cara observada en la mayoría de los casos no es más que una congestión venosa. Existe en realidad anemia arterial y esa es la verdadera anemia encefálica "las dos condiciones están reunidas para dejar la menor parte de oxógeno y la mayor de ácido carbónico en contacto de las células nerviosas, y la anemia arterial y la congestión venosa lejos de contrariarse no hacen más que sumar sus efectos".

El Dr. Merklen en una comunicación reciente á la Sociedad Médica de los Hospitales ha propuesto una teoría en la cual tiene en cuenta los dos elementos; trastornos circulatórios, hiperexcitabilidad de la mucosa laríngea.

La excitación del nervio laríngeo por el cosquilleo del

principio provoca la tos; esta determina la cianosis de la cara (aumentada además por el enfisema y la tos habitual). En este momento el desague del sistema venoso se hace con dificultad; como consecuencia de esta retención venosa hay anemia arterial, el ventrículo izquierdo, no lanza á la aorta más que una onda sanguínea insuficiente para asegurar la irrigación de los centros nerviosos. La anemia bulbar que resulta no hace más que favorecer los fenómenos de inhibición que resultan de la excitación laríngea, es decir el síncope.

Cualquiera que sea la teoría adoptada para explicar el mecanismo de la pérdida de conocimiento, debo hacer constar que para la mayoría de los autores, el punto de partida de estos accidentes es la hiperexcitabilidad de la mucosa laríngea.

Pero por qué esta hiperexcitabilidad? Verdaderamente que no se puede invocar al estado de la mucosa laríngea, puesto

que hay una desproporción enorme entre las lesiones observadas casi siempre insignificantes y la intensidad á veces espantosa de la crisis. Además hemos visto en el capítulo de las influencias diversas, el ictus ocasionado por las causas más ligeras: el aire caliente, el aire frío, la risa, ciertos olores,&... No podría admitirse un nervosismo constitucional, sine materia del laríngeo superior y hacer del ictus laríngeo esencial una especie de neurosis, asimilable por ejemplo, al asma esencial?

El asma, como el ictus es á veces ocasionado por ciertos olores; un simple coriza, una bronquitis aguda pueden hacer estallar lo mismo una crisis de ictus como de asma. Los pólipos nasales se encuentran en la etiología de ambas afecciones. El asma y el ictus pueden sobrevenir bajo la influencia de una causa cualquiera (emoción, risa) y aún sin causa apreciable.

"En fin la predisposición diatesica hereditaria es la causa

por excelencia del asma esencial. Esta predisposición es el neuro-artritismo. La herencia similar no hay necesidad de demostrarla; lo está desde hace mucho tiempo. De la herencia no similar hay infinidad de pruebas; los gotosos, calculosos, los artríticos engendran los asmáticos" (I) Y el Dr. Brisaud de quien tomamos esta nota, define el asma, como una neurosis, que consiste en crisis de dispnea espasmódica. Nos parece que el ictus laríngeo ofrece cierta analogía y cierto grado de parentesco con el asma y como á este le podremos considerar como una neurosis.

(I) Brisaud. - Traite de medicine, Tomo IV.

T R A T A M I E N T O

Debemos tener en cuenta el tratamiento de la lesión causal y el tratamiento de la crisis.

El tratamiento de la causa se dirigirá al estado laringo--traqueal. Asi pues, combatiremos la afección crónica de las vías respiratorias, causa primera del ictus laríngeo, con los medios terapéuticos apropiados, se harán desaparecer las lesiones locales: si la úvula es muy larga se practicará la uvulotomía. En los casos en que se observen pólipos nasales se procederá á la extirpación de los mismos.

En los casos de laringitis producirán efectos beneficiosos los toques laríngeos con una solución de cacaína al 10 % ó este mismo medicamento en pulverizaciones. La revulsión (puntos de fuego, tintura de yodo en la parte anterior é inferior del cuello) son también buenos medios terapéuticos. La privación del

tabaco en los grandes fumadores puede hacer desaparecer los ataques, como sucedió en el caso que cita Ruault (observación IV).

En las faringitis granulosas y en las hipertrofias de la amígdala lingual se ha empleado con éxito, la cauterización bien con el gálvano-cauterio, bien con el cloruro de zinc (observación I de Cartaf.

Para el tratamiento de la crisis misma, recurriremos á dos medicamentos que han dado excelentes resultados; son estos; el bromuro potásico á dósis elevadas hasta 5 y 6 gramos diarios, preconizado por Charcot y la antipirina á la dosis de 2 ó 3 gramos diarios que ha dado excelentes resultados en mi primera observación y en la de Lermoyez. He de hacer constar que en los dos casos, la antipirina ha hecho desaparecer rápidamente las crisis de ictus, sin suprimir la tos.

O B S E R V A C I O N E S

OBSERVACION I. - Crisis repetidas de ictus laríngeo desde hace tres semanas sobrevenidas á consecuencia de una laringítis simple en un enfisematoso. Curación rápida por la antipirina. Caso que observé en la clínica del Dr. Cisneros en el Hospital General.

E. Castro, albañil de 39 años de edad, se presentó en la consulta del Dr. Cisneros el 23 de Octubre del año 1901. Manifiesta el enfermo que sufre repetidas caídas con pérdida de conocimiento desde hace unas tres semanas, que estas caídas se repiten dos ó tres veces por día á consecuencia de violentos accesos de tos.

Presenta una extensa equimosis en el lado derecho de la cara y doble equimosis subconjuntival. Manifiesta que nunca ha tenido esos accidentes y no recuerda que en su familia los haya

padecido ninguno.

Nada de sífilis, alcoholismo, ni tara nerviosa.

Desde hace 10 años tose todos los inviernos, actualmente recrudecimiento de esta tos.

Configuración globulosa del tórax, cuello corto, ausencia de la matidez precordial, sonoridad timpánica en todo el tórax, en fin los síntomas de un enfisema pulmonar.

Corazón y riñones normales. El examen de la faringe negativo, la úvula normal.

Las crisis de tos empiezan por unos pinchazos agudísimos en la laringe con molestia retro-esternal, que determinan quintas de tos y sensación de estrangulación, seguida muy pronto de cianosis de la cara y sudores, á veces epistasis, en fin desvanecimientos, obnibulación de la vista y caída con ó sin pérdida de conocimiento.

La caída marca el fin de la crisis, la tos cesa y el enfermo se levanta inmediatamente, no experimentando ningún malestar y continuando su trabajo como si nada hubiese sucedido.

Se hizo el diagnóstico de ictus laríngeo y se le prescribieron dos gramos diarios de antipirina, para continuar luego con tres gramos.

Desde el 2° día las crisis cesan. Los accesos de tos son menos intensos. Actualmente una ligera presión hecha el nivel de la laringe produce una tos coqueluchoide con cianosis instantánea de la cara (El enfermo no tiene la coqueluche: no tiene nuevos accesos y ha vivido 6 semanas entre niños sin contagiarles su tos)

OBSERVACION II. - (inédita, comunicada por el Dr. Lermoyez) Laringitis crónica secundaria, consecutiva á una supuración de los senos de la cara. Ictus laríngeo,desapareciendo por el tra-

tamiento por la antipirina.

Hombre de 57 años, es un artrítico enfisematoso de cuello corto y tórax globuloso. Aparte de la afección laríngea que le obliga á consultar, su salud es regular: ni albuminuria, ni azúcar en la orina. Nada en el corazón. Contrajo la sífilis hace 30 años, actualmente no presenta ninguna manifestación específica.

Desde hace muchos años tiene la nariz obstruída por costras y moco-pus, esta secreción procede de un empiema combinado de varios senos; probablemente de los senos frontales y de las células etmoidales posteriores.

Lentamente se ha efectuado una infección descendente; desde hace algunos años ha sobrevenido una faringitis seca y este invierno ha sido á su vez atacada la laringe.

Actualmente es de su laringitis de lo que se preocupa el enfermo. Esta se manifiesta por dos síntomas: Primero una ron-

quera de la voz, que á veces llega hasta la afonía completa. 2º una tos quintosa que sobreviene por crisis. Durante estos accesos el enfermo se pone cianótico y pierde casi el conocimiento durante algunos segundos hasta el punto de perder el equilibrio; sin embargo no ha tenido nunca verdadera caída. El acceso, solo le deja un poco de fatiga. En suma esto es un acceso de ictus laríngeo atenuado.

El laringoscopio muestra pocas lesiones en la laringe; un poco de espesamiento y enrogecimiento de la mucosa y sobre las cuerdas mucosidades, las cuales, al secarse dan lugar á la afonía y á la tos, que hacen cesar rápidamente las inhalaciones de vapor de agua, pero dichas inhalaciones desde hace un año, ni atenúan ni disminuyen las crisis de ictus.

Desde hace un año, la laringitis ha sido tratada por diferentes especialistas sin resultado alguno, el enfermo no acepta

el tratamiento quirúrgico de sus sinusitis.

El 24 de Octubre, como las crisis van en aumento, le prescribí, 1° dos gramos diarios de antipirina, y 2° cuatro pulverizaciones laríngeas con una solución de cocaína al 1 por 80.

El 5 de Noviembre vuelvo á ver al enfermo. El tratamiento antipirínico ha hecho desaparecer por completo, las crisis de ictus, apesar, de haber tomado el enfermo solamente 50 centígramos de antipirina los últimos días. Los demás síntomas laringeos y nasales persisten sin ninguna modificación.

El interés de esta observación estriba en el hecho de que la medicación antipirínica ha hecho desaparecer rápidamente el síndrome ictus laríngeo en el curso de una laringitis secundaria de origen nasal, sin que las lesiones laríngeas hayan sin embargo sufrido ninguna modificación.

OBSERVACION III. - Personal. Observada en la policlínica

del Carmen del Dr. Barajas. Vértigo laríngeo en un anciano atacado de enfisema y bronquitis crónica.

J. Fernandez de 67 años, jornalero.

Su madre murió de un cáncer, el padre de enfermedad desconocida. Nada de reumatismo, ni de gota. Los reflejos rotulianos, normales.

A los 12 años padeció una enfermedad que no sabe calificar, solamente dice que estuvo todo hinchado.

Ha tenido cólicos de plomo hacia los 45 años.

A consecuencia de los cólicos según manifiesta el enfermo tuvo á los 47 años una congestión cerebral.

Actualmente es un catarroso crónico. Padece fuertes quintas de tos.

No recuerda haber perdido jamás el conocimiento tosiendo, ni haberse caido; pero en el momento de la quinta, experimenta sen-

sación de estrangulación con ligero cosquilleo laringeo, las facciones se descomponen, la cara está roja, violacea, con frecuencia experimenta aturdimientos, desvanecimientos que le obligan á agarrarse al primer objeto que encuentra á mano. Después del aturdimiento ningún malestar.

Manifiesta el enfermo que los desvanecimientos los sufre desde que tuvo la congestión cerebral; antes tosía pero no recuerda haber tenido ningún desvanecimiento. Después de la congestión tiene un desvanecimiento por mes que sobreviene con motivo de un fuerte acceso de tos. A la auscultación signos de catarro bronquítico.

OBSERVACION IV. - Ictus completo en un enfermo gotoso de 55 años, que sufre de vez en cuando accesos de tos (Charcot. Societé de biologie 19 Nobre 1876).

El Dr. Charcot fué llamado á asistir á un enfermo que pa-

decía ataques de gota articular y á menudo accesos de tos espasmódica.

Un día durante un acceso de tos lo vió desplomarse y levantarse inmediatamente sin presentar la menor convulsión. Al terminar la crisis nos aseguró el enfermo que no había perdido por completo el conocimiento y nos hizo saber que padecía este accidente desde que se presentó la tos espasmódica. Inútil advertir que el enfermo de 55 años de edad jamás experimentó síntomas epilépticos.

OBSERVACION V. - Crisis completas é incompletas en un enfermo de 55 años. Congestión intensa de la cara, sacudidas convulsivas. Accesos muy frecuentes (Charcot, loc. cit)

En Agosto de 1876 el Dr. Charcot vió con el Dr. C... un enfermo de 55 años de edad que no siendo epiléptico,se queja de hahaber adquirido desde hace un año lo que el llama"ataques". El

ataque se anuncia por un cosquilleo que reside un poco por debajo de la laringe acompañado de una pequeña tos seca; inmediatamente el enfermo pierde el conocimiento y cae. Durante este ataque, según las personas que lo han observado, la cara se pone violácea, turgescente y algunas veces se producen sacudidas convulsivas en la cara y en uno de los brazos. El enfermo no se muerde la lengua ni se orina. El acceso es de muy corta duración, y apenas ha terminado el enfermo se levanta sin la menor molestia, siendo capaz de reanudar la conversación momentos antes interrumpida. Los accesos se han hecho muy frecuentes desde hace algún tiempo, llegando á 15 en un día. Los ataques han sido siempre precedidos de cosquilleo laríngeo y de pequeña tos. Sin embargo, muchas veces sucede que los accesos de tos no van seguidos de grandes ataques. En este caso el enfermo experimenta solamente una sesación de vértigo que no puede definir y que no va seguido de caída.

Padece este individuo desde hace tiempo una bronquitis crónica con enfisema, pero solo hace un año que han aparecido el cosquilleo, la tos espasmódica y los ataques que acaban de ser descritos.

Con tal motivo el Dr. Charcot ha llegado á creer que el punto de partida de estos accidentes, puede ser una irritación particular de los nervios laríngeos. Se trataría por consiguiente de una especie de vértigo laríngeo que puede compararse de cierto modo al vértigo de Meniere y que le parece tener relación con una afección de los nervios laberínticos. Bajo esta impresión el Dr. Charcot ha prescrito las cauterizaciones faringeas con nitrato de plata, las aplicaciones irritantes sobre la parte anterior del cuello y empleo interno del bromuro potásico á dosis elevadas. Se a por efecto de esta medicación, sea por cualquier otra causa el enfermo curó al cabo de algunas semanas de tratamiento.

OBSERVACION VI. - Crisis de ictus laríngeo, con convulsiones clónicas del brazo izquierdo, en un reumático, bronquítico y asmático (Charcot Progres Medical avril 1870)

El Dr. W.... natural de Rusia de 40 años de edad; hace unos 12 años á consecuencia de haber estado sumergido en el agua hasta medio cuerpo cerca de una hora, contrajo, un ataque de reumatismo articular generalizado que le hizo permanecer en cama cerca de tres meses.

Poco después se presentó una afección bronquítica que aguda al principio no tardó en hacerse crónica. Opresión constante, estertores sivilantes que se extienden á distancia, expectoración difícil. Con frecuencia, violentos accesos de asma que generalmente terminan por la expulsión de esputos moldeados vermiformes. En el año 1877 fuera de los accesos de asma y sin intervención de una causa apreciable, el enfermo experimenta de repente, un po-

co por debajo de la laringe en el trayecto de la tráque una sensación especial de quemadura y cosquilleo muy penoso y poco después quintas de tos; después rápidamente sobreviene un vértigo é inmediatamente el Dr. W.... siente sucesivamente flexionarsele involuntariamente los dedos de la mano izquierda, el mismo brazo se coloca en extensión y se eleva á la altura de la cabeza al mismo tiempo que es agitado por tres ó cuatro movimientos clónicos. En este momento pierde el Dr. W.... el conocimiento, al volver en sí lo cual tiene lugar á los pocos segundos, se encuentra constantemente acostado en el suelo sobre el costado izquierdo. Los miembros del lado izquierdo no presentan ninguna anomalía ni de motilidad ni sensibilidad en el intervalo de los accesos que acaban de describirse.

Con frecuencia la sensación de quemadura y cosquilleo va seguida solamente de algunas inspiraciones sivilantes, una amena-

za de sofocación y el acceso queda asi incompleto. El examen laringoscópico practicado por el Dr. Fauvel no ha hecho reconocer en el órgano nada más que un pequeño enrojecimiento general de la mucosa.

El Dr. W.... sucumbió rápidamente en pleno conocimiento sin haber presentado convulsiones durante un acceso de asma, el 12 de Enero de 1878.

OBSERVACION VII. - Ictus laríngeo con congestión intensa de la cara algunas convulsiones. Curación por el bromuro potásico y aplicación de vegigatorios sobre la laringe. (Charcot loc. cit)

Hombre de 45 años, fué atacado el 20 de Julio de 1878 de una bronquitis sin caracteres particulares que curó con bastante rapidez, pero dejó tras ella, al nivel de la laringe una sensación casi constante de calor y cosquilleo.

Esta sensación se exaspera de tiempo en tiempo y va segui-

da de quintas de tos persistentes y penosas. En el mes de Agosto, el enfermo estando dormido fué despertado bruscamente por una de esas quintas, se levantó, perdió casi al instante el conocimiento y volvió en sí, encontrándose acostado en el suelo. Desde esta época las crisis se repiten con frecuencia, algunas veces 3 ó 4 veces por día. Constantemente, en estas crisis el enfermo pierde el conocimiento y cae al suelo; se ha caido varias veces en la calle. Se levanta en seguida sin ningún trastorno marcado en las ideas, pero no conservando el menor recuerdo de lo que le ha pasado durante la caída, recuerda solamente el cosquilleo laríngeo y la tos que precede al vértigo.

Por las personas que han presenciado estas crisis, se sabe, que en el momento de la caída, la cara se pone turgescente y violácea. Tiene de cuando en cuando movimientos convulsivos en la cara y extremidades.

No hay grito inicial, ni emisión de orina, ni jamás se ha mordido la lengua. Al momento de volver en sí no experimenta ni náuseas ni vómitos.

Tal era la situación del enfermo cuando fué á consultar con el Dr. Charcot en Diciembre de 1878. Le prescribió el bromuro potásico á dosis elevadas y la aplicación de vegigatorios volantes sobre la región de la laringe. A las tres semanas de tratamiento han desaparecido por completo los accidentes.

OBSERVACION VIII. - Ictus laríngeo en un Almirante de 70 años, atacado de bronquitis (J. R. Gasquet. The Practicioner 1778. Traduction S. Descaisne)

Se trata de un Almirante de la reserva, hombre de vida activa y que había disfrutado hasta estos últimos años de una salud excelente. A los 70 años fué atacado de una fuerte bronquitis con tos espasmódica y accesos de asma que se repiten varias veces

por día. Desde esta época padece ataaues, de los cuales él mismo da la descripción siguiente: pierde súbitamente el conocimiento y cae á tierra. Al cabo de 2 ó 3 minutos vuelve en sí, pero aún queda algún tiempo aturdido. Los accesos se reducen á estos fenómenos, nada de convulsiones, gritos, etc.

Este enfermo ha sido sucesivamente tratado como atacado de una afección cerebral mal determinada de epilepsia, de vértigo estomacal, &... pero sin resultado alguno. Al cabo de cierto tiempo, notó que los ataques que sobrevienen con intervalos muy irregulares, van siempre precedidos de una irritación laríngea y de una tos espasmódica, la cual muchas veces no va seguida de la explosión del acceso. Entonces fué cuando se decidió á cuidarse seriamente su laringe (?) que hoy día está curada. Al mismo tiempo los ataaues han desaparecido.

OBSERVACION IX. - Ictus completo é incompleto en un comer-

ciante de 24 años de edad. En una crisis palidez de la cara. Una crisis á consecuencia de una emoción, otra al recibir una bocanada de humo de tabaco (Krishaber. Annales des Maladies de l' oreille et du larynx 1882)

Comerciante de 24 años de edad.

Ningún antecedente nervioso.

Claudicación á consecuencia de una antígua afección articular de la pierna derecha; á los 21 años, pleuresía seguida de curación; actualmente nada á la auscultación del tórax.

A los 23 años, chancro seguido de accidentes secundarios. Tratamiento mixto prolongado. Ninguna manifestación terciaria.

Buena salud habitual.

Hace unos 15 meses á consecuencia de una viva emoción, pérdida de conocimiento sin caída (estaba sentado) en el transcurso del mismo día algunos accesos de tos seca seguidos de aturdi-

miento pero sin pérdida de conocimiento.

A los 6 ú 8 días del primer acceso de tos, quinta de tos muy ligera seguida inmediatamente de pérdida de conocimiento. Cae sobre las rodillas lesionándose ligeramente la frente. Vuelve en sí un poco aturdido y prosigue sus ocupaciones.

Al día siguiente,nuevo acceso: no recuerda si ha tenido tos. La pérdida de conocimiento fué muy corta y el enfermo palideció mucho.

Dos meses depués, ligera quinta de tos, seguida de eruptos y malestar general.

Cuarto gran acceso yendo en lancha, acceso de tos, sensación vertiginosa, pérdida de conocimiento. Vuelve en sí, quiere levantarse pero un nuevo acceso de tos seguido de aturdimiento se lo impide. El enfermo compara sus aturdimientos, á lo que se experimenta al recibir un golpe en la cabeza.

Después de numerosos accesos semejantes á los precedentes excepto uno, en el que el enfermo á consecuencia de una bocanada de humo de tabaco, tuvo un acceso de tos con sensación de extrangulación pero sin pérdida de conocimiento. En esta ocasión vino á consultar. Durante estas crisis no había espuma en la boca, ni micciones involuntarias; después de la crisis ni aturdimiento ni cansancio.

OBSERVACION X. - (Dawin. Journal de Medicine de Paris Agosto 1887. pag 200)

Teniente de navío de 38 años de edad, robusto, enfisematoso, artrítico y gran fumador. Aficionado al canto, ha visto velarse su voz insensiblemente, ataques frecuentes de angina.

Una tarde después de reirse mucho, es atacado súbitamente de tos seca, corta, frecuente, convulsiva; cara violacea; ictus. La tos cesa con la caída y vuelve en sí sorprendido de verse acos-

tado en un sofá.

OBSERVACION XI. - Crisis al principio incompletas, después completas en un Médico, Cianósis, Asfixia. Una crisis fumando. (Dauwin. loc. cit.)

En 1877 el autor fué atacado de faringitis nicotínica y tuvo un acceso de tos idéntico al del caso anterior, sobrevenido por ligero picor al nivel de la laringe. El enfermo sentíase asfixiar gradualmente "Sin embargo no tuve sensación de pérdida de conocimiento; cuando me encontré en brazos de uno de los que presenciaban la crisis; se me dijo entonces que como no cesaba la tos me puse cianótico y que mi cabeza cayó sobre el pecho cuando cesó el espasmo. Continué sin sentir ninguna molestia más, la comida de familia durante la cual se desarrolló esta escena más alarmante en apariencia que grave en realidad.... y yo no le doy importancia, pero me abstengo de fumar."

El Dr. Dauwin tuvo otras dos crisis: En Mayo de 1882 durante la noche se despertó bruscamente con picor en la garganta y quinta de tos: Asfixia, pérdida de conocimiento.

En Abril de 1885 á las cinco de la tarde mientra escribía en su despacho fumando un cigarrillo se reprodujeron los mismos accidentes. Se encontró echado sobre la alfombra en decúbito supino á los piés del sofá del cual cayó. Las últimas palabras que su pluma había trazado estaban frescas y húmedas lo cual acusa la corta duración de la crisis.

OBSERVACION XII. - Crisis completa en un Médico artrítico y enfisematoso. (Dauwin. loc. cit.)

En 1880 en las Antillas el Sr. X.... Dr. en Medicina, fuerte,vigoroso, artrítico enfisematoso y un poco aprensivo, contó al autor que la víspera "había tenido una congestión cerebral con pérdida de conocimiento á consecuencia de una quinta de tos. Se

creyó que padecía una afección cardiaca." El Dr. Dauwin demostró la identidad de estos fenómenos con los que él había padecido y consiguió tranquilizar al enfermo. El Sr. X.... no tenía ni coqueluche ni ninguna afección de las vías respiratorias aparte del enfisema.

OBSERVACION XIII. - (Thermes. Journal de Medicine de Paris. Junio 1887)

Ictus completo en un hombre de 67 años, ligeramente artrítico, atacado de coqueluche- Cianosis durante el ictus, después palidez.

Una crisis provocada por la titilación de la úvula y de la epiglotis. Curación por el bromuro potásico.

Sr. X... de 67 años de edad, buena salud habitual, ligeramente artrítico. Hace tres años ha tenido una laringo-traquitis con fiebre. Tos poco frecuente. Después de una semana de repo-

so y tratamiento apropiado, vuelve á sus ocupaciones; la tos continúa revistiendo un carácter coqueluchoide, después francamente coqueluchoide. El enfermo había hecho frecuentes visitas á una familia que tenía un niño con la coqueluche, además en la población había varios casos.

Una tarde el enfermo á consecuencia de una quinta de tos perdió completamente el conocimiento "empezó á toser y en seguida se le vió palidecer, dar vueltas, vacilar y caer" Vuelve en sí, un poco sorprendido al cabo de uno ó dos minutos.

El mismo fenómeno se produjo con pocos días de intervalo, durante las quintas de tos. Se le recetó el bromuro potásico á dosis progresivas de uno á cinco gramos diarios y toques laríngeos con una solución del mismo medicamento al 1 por 20. Las quintas fueron menos frecuentes y por último cesaron como asimismo las crisis de ictus. No tuvo más que otras dos, después de este trata-

miento.

OBSERVACION XIV. - Crisis completas en un hombre de 64 años sospecha de coqueluche. - Congestion de la cara durante el ictus, pulso débil. Mejoría por el bromuro potásico (Thermes loc. cit.)

Hombre de 64 años de edad, vigoroso, buena salud habitual, ligeramente artrítico, fumador, nada por parte de los bronquios, pulmones y corazón.

En Septiembre de 1885 recibió en su casa á un niño que padecía una rino-faringitis acompañada de tos. A los 15 días de haberse marchado el niño enfermo fué atacado de fiebre, bronquitis y tos pertinaz.

Durante una quinta el enfermo acostado en su cama pierde el conocimiento; otra vez después de cenar cae como una masa inerte; otra jugando á las cartas tuvo una quinta detos con pérdida de conocimiento. El Dr. Thermes presenció una crisis: el enfermo

tiene una quinta de tos y pierde el conocimiento la cara se congestiona, después se pone pálido, la piel húmeda y fría, los latidos cardiacos apenas son perceptibles. Por último en pulso va ampliandose poco á poco, la cara se colorea y el enfermo vuelve en sí; todo esto ha durado un minuto escaso.

Se le prescriben pastillas de cocaína y toques laríngeos con una solución de cocaína al 1 por 20 seguidos de toques en la región sub-glotica con una solución de resorcina (Método de Mancorbo).

Los ataaues se hacen más frecuentes y se le prescribe el bromuro potásico en poción y toques. Llamado el Dr. Charcot en consulta, calificó la enfermedad de vértigo laríngeo y aconsejó aumentar la dosis de bromuro hasta 4, 5 y 6 gramos por día. Disminución sucesiva de las quintas y vértigos.

El enfermo puede considerarse como curado.

OBSERVACION XV.- (Weil. Revue de Laryngologie 1888)

Hombre de 45 años. Vigoroso, obeso y alcoholico.

Hace 8 años padece accesos frecuentes de asma. Desde hace 6 años los accesos son más frecuentes. Actualmente signos de bronquitis.

A cada acceso de asma, durante varios días, tos quintosa y espasmódica de una duración de 10 minutos á una hora, repitiendose varias veces al dia. Estas quintas van precedidas de cosquilleo laríngeo con ansiedad. El enfermo se asfixia.

A veces cosquilleo, quintas de tos, asfixia, la cabeza se inclina sobre el pecho, pérdida de conocimiento que dura unos segundos. Al volver en sí nota movimientos clónicos en el brazo derecho y oye como un ruido de cascada durante algunos segundos en el oido derecho.

Después cabeza pesada, la memoria se conserva (Simultaneidad de accesos de asma y de ictus.

OBSERVACION XVI. (Cartaz, Congres International de Laryngologie 1889.

Crisis completas é incompletas en un gotoso, atacado de faringitis crónica y presentando en la base de la lengua una pequeña masa carnosa que vá á tocar á la epiglotis. Curación por las cauterizaciones con el cloruro de zinc.

Comerciante de 55 años, fuerte, robusto pero padeciendo desde hace tiempo de accesos de gota con cólicos hepáticos. Desde hace cinco años estos accidenteshan disminuido.

Hace unos diez años, primeros síntomas de una faringitis crónica sequedad de la faringe, tos quintosa. Fumador; ha suprimido casi por completo el uso del tabaco. En estos ultimos años la tos quintosa ha reaparecido con mas intensidad.

En 1887 estando en su cuarto, comienza á toser con bastante violencia perdiendo el conocimiento y cayendo. Nada de mordedura de la lengua ninguna apariencia de ataque epiléptico, nada de sífilis ni ningún signo de tabes.

Tres ó cuatro meses despues segundo ataque de vértigo, despues de una quinta de tos; pero la perdida de conocimiento no fue completa; no tuvo más que un momento de obnibulación.

En esta época el examen local demuestra, una faringitis crónica (hiperemia intensa de la mucosa sin hipertrofia folicular, arbolizaciones vasculares numerosas) nada en las fosas nasales, ligero en rojecimiento de las cuerdas vocales. En la base de la lengua marcada hipertrofia del tegido adenoideo; Una masa carnosa del tamaño de una pequeña avellana viene á chocar contra la epiglotis. En

este punto es donde el enfermo siente el cosquilleo que provoca las quintas de tos.

Cauterización de la base de la lengua con una solución de cloruro de zinc al 1 por 20 muy ligeras, y repetidas veces.

Mejoria marcada.

Al invierno siguiente, bajo la influencia de la humedad, la tos reaparece. Nuevos toques y el enfermo no ha vuelto á tener ni vértigos ni pérdida de conocimiento.

OBSERVACION XVII. Crisis completas é incompletas en un Oficial viejo, una vez en el curso de un reumatismo, otra vez en la de una bronquitis. Curación con el bromuro potásico y tintura de iodo delante del cuello (Cartaz Loc. Cit.

Oficial de 60 años. Gran fumador. bebedor pero actualmente muy sobrio por los violentos accesos de gota que sobrevienen á la menor intemperancia.

El año último en 1888 fué atacado de un pequeño reumatismo.

Hacia el quinto dia de enfermedad, accesos de tos y vértigo experimenta una obnibulación de algunos segundos. La pérdida de conocimiento según él no ha sido completa.

Algunos dias más tardes, tos ligera, seguida de vértigo, pero con caida sobre el suelo. El enfermo vuelve en sí y se levanta to-

vanta todo aturdido antes de que su hijo haya podido socorrerle.

A consecuencia de una bronquitis, tuvo nuevos accesos de vértigo sin pérdida de conocimiento.

Nada de sífilis. Ningún signo de tabes. Jamás ha tenidos ataques epilepticos fuera de esta diátesis gotosa, salud perfecta.

El exámen local, negativo.

Tratamiento bromuro potásico inhalaciones balsámicas. Aplicaciones de tintura de iodo enmla parte anterior del cuello.

El enfermo escribió al poco tiempo que se encontraba mejor y no habia vuelto á tener nuevas crisis.

OBSERVACION XVIII. (Ruault Traite de Medicine. Tomo 4° pga. 146) Hombre de 72 años. enviado por el Dr. Monod.

Acaba de tener un acceso de vértigo laringeo en la puerta de

un café. Esta es la tercera vez que lo padece desde hace 35 años con un intervalo de uno á otro de 15 á 18 años y siempre ha sido atacado en condiciones absolutamente idénticas, estando sentando en la terraza de un cáfe después de comer. La caida ha sido eimpre completa aun estando sentado y volvió en sí en el momento que lo levantaban.

JJamás ha experimentado el menor malestar despues del acceso, que ha sido siempre un accidente completamente transitorio.

La salud del enfermo es buena apesar de su edad.

Bebe y fuma moderadamente, sin exceso.

Examen clínico negativo. Nariz, faringe y laringe completamente normales. El cosquilleo del vestíbulo de la laringe y regiones vecinas con una sonda no provoca reflejos exagerados .

OBSERVACION XIX. Crisis siempre en el curso de una bronquitis y siempre en el momento de las comidas en un hombre de 53 años que goza de buena salud habitual (Ruault. Loc. Cit).

Hombre de 53 años. Enviado por el Dr. Gremier.

Buena salud habitual. Exámen clínico completamente negativo.

Orina normal. Ningún signo de Tabes ni ninguna otra afección nerviosa. Nada de alcoholismo y tabaquismo sin embargo algunas veces se excede lo cual le ocasiona vómitos pituitosos durante algunos dias.

En 1888 bronquitis que deja tras ella, accesos de tos quintosa. Después con cinco ó seis dias de intérvalo, por la noche al momento de la comida, sobrevienen accesos de vértigo laringeo con caida. La segunda vez cayó sobre el ángulo de la chimenea y se lesionó la

cabeza. Ningún otro acceso durante mas de un año.

En Noviembre de 1889 bronquitis ligera y el dia 10 cuando él se creia curado, nueve ataque de vértigo lanríngeo igualmente durante la comida. Su señora tiene tiempo de sostenerle, vuel-ve en sí al momento sin darse cuenta de lo que habia pasado como las dos veces precedentes.

Su señora ha notado que se pone congestionado pero que hoy hay palidez consecutiva ni convulsiones. Ningún nuevo acceso desde esta época aunque el enfermo tiene tendencia á toser fácilmente.

Ninguna afección laringea, ni faringea. Desviación del tabique nasal que data de la infancia.

OBSERVACION XX. Crisis completas que sobrevienen siempre despuesde las comidas en el curso de una bronquitis en un hombre li-

geramente obeso (Ruaüt Loc. Cit.)

Hombre de 51 años. Enviado por el Dr. Guillot de Lisy.

Sanguineo, ligeramente obeso. Ha tenido dos cólicos hepáticos hace algunos años. Orina normal. Ningún signo de tabes. En Noviembre de 1891 ha padecido una bronquitis que le deja accesos de tos. Quince dias despues del comienzo de la bronquitis primer acceso de vértigo laríngeo por la noche después de la comida. Del mes de Octubre al mes de Enero de 1892 cinco nuevos accesos, siempre á la misma hora y con intérvalos próximamente iguales. De Enero á fin de Mayo época en que veo al enefermo, no ha tenido más accesos, pero la tos persiste. Algunos síntomas de bronquitis; estertores. Nada en la faringe, ligera hiperemia del vestíbulo laríngeo nada en las fosas nasales.

OBSERVACION XXI. Crisis completas en un hombre de 52 años gran fumador; el acceso sobreviene siempre estando fumando ó cuando acaba de fumar. Suprimido el tabaco: desaparecen los accesos. (Ruault Loc. Cit) .

Hombre de 52 años. Enviado por el Profesor Bouchard. Buena salud habitual, ninguna antecedente hereditario ni personal que sea digno de mención. Ningún signo de tabes.

Acceso de vértigo laringeo durante la reunión en una Comisión administrativa, con motivo de fumar un cigarrillo. Cuatro ó cinco accesos después de éste, con intérvalos variables, casi siempre cuando el enfermo fuma ó acaba de fumar.

El enfermo deja de fumar desde el último ataque.

Desde entoncespróximamente dos años los accesos no han reaparecido.

OBSERVACION XXII. (Garel y Collet - Annales des maladies de l'oreille et du larynx Diciembre 1894) (1)

Marzo de 1894 Pañero de 54 años nada de obesidad , reumatismo ni gota Reflejos rotulianos normales.

Tosedesde hace dos años, todos los inviernos, fuertes quintas. Su madre muerta de accesos de asma. Un hermano y tresherm anas gozan de buenasalud.

Crisis. Laprimera, hace tres años, porla tarde dos horas despues de lacomida. Quintadetós, no larga, después cara vultuosa. La cabeza cae sobre el pecho durantedos ó tressegundos. Cuando vuelveen sí estámuy pálido . Ningún otro accidente durante la tarde.

---

(1) Todas las observaciones quesiguen son delos mismos autores.

La segunda, á las tressemanas, mediahora después de acostarse tuvo una quinta de tos; se sienta en su cama, tres ó cuatro golpes de tos y pérdida deconocimiento (Su mujer cree haber notado temblor en los brazos) después duerme toda lanoche.

OBSERVACION XXIII. Crisis completas después depequeñas quintas de tós. Desvanecimiento sin pérdida deconocimiento despues de fuertes qui ntas.

Enero de 1894. 43 años. Cura.

No padece ningunaenfermedad crónica.

Hace 18 años tuvo una fiebre intermitente. Desde hace 4 años está obeso y tose.

Su padre murió á los 58 años de un cáncer gastrico. Una hermanamurió de unatuberculósis laringea. Un primo (linea paterna) ha muerto en un Asilo de alienados.

Crisis. La primera hace tres años, después decenar, pequeña quinta de tós, la cabeza cae sobre el pecho, congestión y luego palidez de la cara.

Duración del acceso, muy corto.

Lasegundavez, hace tressemanas, quinta de tós seguida de pérdidadeconocimiento y caida. El acceso no ha durado un minuto.

Latercera vez, al levantarse, quinta muy ligera mucosidades en la garganta. Constricción de la larínje, pérdida del conocimiento: durante ella color cianótico. Enseguida palidez, Duración del acceso, segundos. Cuando vuelve en sí movimientos clónicos del brazo. Algunas veces despues de fuertes quintas, experimenta aturdimientos pero sin pérdida de conocimiento.

El 17 de Febrero 1894 . El enfermo no ha tenido más que un aturdimiento con sensación de pinchazos en la larínje. El cree

poder evitar el acceso conteniédose la tos, ó tomando pastillas.

Después de las quintas experimenta muy á menudo sumbidos de oidos y al mismo tiempo una sensación de hormigueo en el brazo con pequeñas trepidaciones involuntarias.

OBSERVACION XXIV. Crisis completas con pérdida deconocimiento de medio minuto. Curación por el bromuro potásico.

Junio 1893. Contador.

Ningún nervioso en su familia.

Crisis. Dos ó tres veces ha tenido quintas de tós, determinadas por cosquilleo en la larinje, y seguida de pérdida deconocimiento (de medio minuto).

En el momento del ataque congestión de la cara. Despues algunos movimientos clónicos del brazo.

Tratamiento. Desde que tome el bromuro potásico han cesado las crisis. Todavia hay quintas de tos pero sin pérdidade conocimiento.

OBSERVACION XXV. Crisis completas é incompletas en una mujer.

Noviembre de 1893. Mujer sin profesión de 39 años.

Madre y padre muertos diabéticos.

Nada de neuropatías en la familia. Llora ámenudo .

Dos fiebres tifoideas en su infancia.

Hace nueve años flebitis doble á consecuencia de un parto y después tos coqueluchoide.

Crisis. Laprimera hace cuatro años, estando comiendo. Fuerte quinta de tos seguida de pérdida de conocmiento por unos segundos y caida; este fué el únicoacceso completo.

Actualmente quintas de tos con congestión de la cara pero sin pérdida del conocimiento, si escaso, una ausencia de uno ó dos segundos, sin caida.

Tratamiento. Jarabe de morfina; alivio durante cuatro meses. Luego los accesos tienden á volver pero menos fuertes. Nada de ictus.

OBSERVACION XXVI. Octubre 1893. Viajante de comercio de 48 años. Nada de gota en la familia. Sífilis dudosa, vicioso; tose desde hace cincoaños.

Crisis. La primera hace mes y medio; tose dos ó tres veces, experimenta zumbidos de oidos y cae sobre las rodillas. Se levanta enseguida.

La segunda, hace cinco dias le dá en una mesa del café; quinta de tos muy fuerte, pierde el conocimiento desplomándose sobre

la banqueta, dura medio minuto.

Enrojecimiento del velo del paladar, pilares y úbula.

Engrosamiento simétrico del tabique nasal.

Tratamiento. Bromuro. Toques de glicerina iodada faringeos.

OBSERVACION XXVII.

Junio 1892. Hombre de 42 años.

Ningún gotoso en la familia. Una bronquitis hace dos meses. Ecisematoso.

Crisis . Hace un mes la primera á las ocho y media de la noche, quinta de tos. Se encontró en el suelo con la frente herida. Despues ha tenido ocho ó diez accesos.

El último ayer tarde, cosquilleo laríjeo, tos convulsiva, pérdida de conocimiento. Durante la crisis, movimientos convulsivos

en los brazos.

Faringitis granulosa ligera.

OBSERVACION XXVIII. Hombre de 51 años, ha tenido de diez á quince crisis en un invierno. Disminución de los accesos por el bromuro de potasio.

Febrero 1893. Droguero. Su padre goza de buena salud. Madre muerta de parto.

Ha padecido dos blenorragias. No tiene hijos, Gripp en 1890.

El año último dolores en los dedos de los piés que desaparecen con unas pildoras anti-gotosas.

En 1891 (Diciembre) quintas de tós y pérdida de conocimiento.

Durante este invierno ha tenido de diez á quince crisis, espaciadas cada dos ó tres dias, algunas veces dos por dia.

Las crisis empiezan por cosquilleo detrás del esternón; tos, congestión de la cara, pérdida de conocimiento muy breve. Despues palidez muy marcada.

Experimenta algunas veces durante las quintas hormigueo general de pies á cabeza. Ligeros movimientos en los dedos.

Tratamiento. Bromuro potásico que disminuye el número de accesos.

OBSERVACION XXVX. Noviembre 1893. Licorista de 49 años.

Madre reumática, muerta á las 85 años de un ataque de apoplegía. Su padre murió á los 74 años. Una hermana que vive, reumática . Un poco alcohólico.

Desde hace cuatro años, padece una congestión tuberculosa en los dos vértices.: estertores húmedos y crepitantes.

Crisis. Hace cuatro años,ddespués de comer, quinta de tos violenta, congestión de la cara. Pérdida de conocimiento (de algunos segundos)

Segunda crisis seis meses después. Tercera crisis hace dos años Cuarta crisis, ayer después de comer, congestión primero y luego palidez de la cara.

OBSERVACION XXX. Hombre de 45 años (Agosto de 1891)

Padece de reumatismo desde hace 17 años.

Crisis. La primera hace cinco semanas, despues ha tenido otras cuatro. El acceso aparece siempre por la noche, hacia la una de la mañana. Un solo golpe de tos, sofocación, congestión, pérdida de conocimiento. Después palidez de la cara; frio.

OBSERVACION XXXi. Ictus lanrígeo que aparece sin tos, á conse-

cuencia de la risa.

Notario, de 38 años (Febrero de 1894)

Tose todos los invier nos desde hace mas de diez años.

Está ronco desde hace tres meses. Pertenece á una familia de asmáticos y catarrosos.

Ha tenido tres ictus laringeos sin tos, bajo la influencia de una risa forzada.

Dos ó tres accesos han tenido lugar estando sentado. Cabeza caida, cara congestionada, palidez despues de la pérdida del conocimiento. Ningún movimiento en los brazos.

Faringitis granulosa é hiperemia de las cuerdas bocales.

Fuma mucho.

OBSERVACION XXXII. Ictus laringeo en un diabético.

Farmaceútico de 40 años de edad.

El abuelo y dos tios diabéticos.

Diabético (la proporción del azucar varía entre 3 y 66 gramos)

Crisis. Datan de 5 á 6 años; la primera sin pérdida de conocimiento.

Cosquilleo fugaz en la laringe, un golpe de tos y pérdida de conocimiento con asfixia, cianosis y sacudidas en los miembros superiores,abdomen, un poco en los miembros inferiores, algunas veces después del acceso palidez. Una sola vez el enfermo ha caido á tierra. Algunas veces después del acceso, esputos sanguinulentos

OBSERVACION XXXIII. Ictus comp eto en un enfermo que tiene la úbula sumamente larga. Tubulotomía: completa desaparición del ictus.

Negociante de 48 años.

Asmáticos en la familia. Nada de gota ni reumatismo.

Desde hace diez años obeso. Desde el año 1870 dispepsia nerviosa. Bronquitis todos los inviernos.

Viene á consultar, por padecer un cosquilleo en la garganta. Ubula muy larga con un papiloma en la base. Rechaza la operación.

Vuelve cinco dias después: después de comer tres ó cuatro accesos de tos, sensación de extrangulación; pérdida de conocimiento (tres segundos). Congestión intensa de la cara seguida de palidez. Ningún movimiento en los miembros.

Una semana después, sección de la úbula. Manifiesta el enfermo que algunas veces experimenta después de las comidas accesos de tos violenta con un poco de sofocación y desvanecimiento pasajero.

OBSERVACION XXXIV. Ictus completa é incompleto en un reumático. Curado por el extracto de belladona, ioduro y cocaina.

Agente de Bolsa de 35 años de edad. El padre, un tio y un hermano gotosos.

Algunos dolores y retracción del dedo anular, más marcada en la mano izquierda. siempre tose. Encisema ligero.

Crisis. La primera hace diez y seis ó diez y siete años; accesos de tós y pérdida de conocimiento (de un segundo).

Cuatro ó cinco años despues; al levantarse tose y cae al suelo.

Quince dias después, nuevo ictus después de tós.

Cinco años después en Abril, ocho crisis en tres semanas, muy cortas.

Hace tres semanas, nuevo catarro y cinco crisis incompletas es

decir con simplez zumbidos de oidos y vértigos.

Esta noche crisis brusca y completa.

Durante las crisis el cuello se congestiona y la cara se pone roja. Cuerdas bocales y tereniadas.

Tratamiento. Extracto de belladona 0 gs, 02, ioduro de potasio.

OBSERVACION XXXV. Ictus completo en un enfermo que tiene pólipos nasales. La ablación de los mismos, no hace desaparecer por completo las crisis; el enfermo las hace abortar con toques de cocaina.

Comerciante de vinos de 39 años (Febrero 1890).

Nada de gota en la familia.

Hace tres años fué mordido por un perro rabioso. Tratamiento

Pasteur.

Muy nervioso después de éste accidente.

Antes del principio de la afección, cefalalgia durante cinco ó seis años. Desde hace nueve años, todas las noches á eso de las diez , quinta de tos; á la una de la mañana se repite la quinta.

Exámen de la nariz. Dos pólipos que se extraen en dos secciones.

Vuelve diez dias después; quintas menos violentas.

Estancia en Mont-Dore.

Vuelve en Octubre 1890. algunos pequeños pólipos.

Un toque con una solución de cocaina hace estallar un acceso de tos espasmódico sin pérdida de conocimiento.

Una cauterización con el gálvano-cauterio produce el mismo re-

sultado.

Crisis. Confiesa el enfermo que á consecuencia de estos accesos de tos pierde el conocimiento desde hace seis años, durante las quintas.

Durante el invierno quintas de tos que empiezan por un cosquilleo en la garganta que concluye muy á menudo por una pérdida de conocimiento (tres ó cuatro veces por semana y otras veces por dià) Duración del síncope: uno á cinco segundos.

Algunas veces convulsiones clónicas de los dos brazos, nada en las piernas. Nicción y evacuaciones involuntarias pero raramente.

Se cae á menudo. Para evitarlo se sienta en cuanto nota el menor cosquilleo.

Mayo de 1891. Ha pasado el invierno en buenas condiciones. No ha tenido crisis desde la última intervención.

Desde hace un mes, han vuelto á reaparecer las crisis menos fuertes, pero una sola vez al dia con pérdida de conocimiento. Sin embargo puede hacer abortar sus crisis con toques de cocaina. Ningún vestigio de polípos. Octubre de 1891. Estado excelente, pero desde hace un mes, nuevas crisis á las cinco de la tarde, con silbidos en el pecho. Cuando está acostado la quinta estalla con pérdida de conocimiento. Los pólipos no han recidibado.

OBSERVACION XXXVI. Ictus completo en una joven disminución de la crisis por toques con cocaina antes del acceso. Palidez de la cara durante el mismo.

Joven de 17 años (Marzo 1890).

Desde hace mucho tiempo, amigdalas hipertrofiadas,. Amigdalotomía en 1888 á causa de anginas frecuentes.

Gripp al principio de Enero. A mediados de dicho mes tos muy pertinaz.

Quintas despues de las comidas. mientras duran las quintas, desvanecimiento de algunos segundos.

En el mes de Febrero, cinco ó seis desvanecimientos por dia sin sacudidas en los miembros. Durante el desvanecimiento palidez grande, cara contraida, no hay nicción involuntaria.

A partir de esta época, un toque con cocaina al 1, por 20 practicado cuando empieza el cosquilleo ha disminuido considerablemente el número de quintas y desvanecimientos.

Hipertrofia de la amigdala faringea y lingual (operadas el 26

de Septiembre y el 18 de Octubre) .

OBSERVACION XXXVII. Ictus completo. Crisis que sobrevienen despues de comer y estando sentado el enfermo. Crisis en el curso de un coriza y de una laringitis aguda.

Sastre de 39 años (Julio de 1889).

Dispeptico.

Crisis. Un primer acceso en 1888. Dos accesos la semana última. El acceso empieza siempre después de comer y estando sentado; quintas de tos que ocasionan pérdida de conocimiento(de un segundò) La cabeza cae y se levanta inmediatamente. Ninguna convulsión.

En 1890 dos accesos con ocho dias de intérvalo en el curso de un coriza.

En 1891 nuevos accesos; dos en el mismo dia, uno la vispera,

á consecuencia de una bronquitis aguda.

El exámen laringocópico; simple hiperemia de las cuerdas bocales.

OBSERVACION XXXVIII. Ictus completo que sobrevienen en un enfermo con motivo de largas quintas de tos. Desaparición de las crisis por el corhidrato de morfina y toques preventivos con cocaina.

Hombre de 42 años. (Febrero de 1889).

Su padre muerto de pneumonia, La madre de catarro crónico.

Obeso desde hace cinco años. Apariencias de una buena salud.

Ha sido alcóholico, habiéndose moderado desde hace dos años.

Hace diez años tuvo un ataque de gota que empezò por el dedo grueso del pié: estuvo enfermo dos meses próximamente.

Desde esta época, todos los años, manifestaciones variadas de gota.

Así mismo tose todos los inviernos, con espectoración matinal abundante.

Hace un año experimentó una sensación de cosquilleo en las fauces y perdió el conocimiento durante algunos segundos.

Transcurren 11 meses sin ninguna nueva crisis.

Hace mes y medio segunda crisis. En estos últimosocho dias ha tenido dos crisis semejantes.

La crisis empieza por cosquilleo laringeo, especie de pinchazos que provocan una tos seca, penosa, quintosa. Cuando la quinta de tós se prolonga es cuando estalla la crisis. cara congestionada; el enfermo cree que se asfixia; algunas convulsiones clónicas

de los miembros superiores llegando á la pérdida de conocimiento con palidez de la cara. La pérdida de conocimiento dura apenas dos ó tres segundos. Después de la crisis algunos movimientos convulsivos, un poco de cefalalgia.

El enfermo jamás se ha caido durante el acceso, estos han sobrevenido siempre en la noche, media hora ó tres cuartos de hora despues de la comida. Ningún sintoma auricular, nada de vértigo, ni de mordedura de la lengua, ni espuma en los labios. Nada de nicción involuntaria. El enfermo pretende tener una sensibilidad especial en el cuello,, á nivel de la laringe; cuando se lava el cuello, el frote de la tohalla provoca una quinta de tós.

Aouscultando: signos de bronquistis crónicas con encisema. Nariz completamente normal, lo mismo la laringe. Ningún signo de ta-

bes.

Tratamiento. Algunas dósis de clorhidrato de morfina. Elixir de terpina. Se aconseja al enfermo hacerse á la primera señal de crisis un toque laríngeo con una solución concentrada de cocaina.

La tos se calma enseguida sin ictus. La morfina se sustituye por el bromuro potásico.

OBSERVACION XXXIX. Ictus completo con dos años de intérvalo en un enfermo artrítico sospechoso de tuberculoso.

Cura de aldea de 55 años, la mayor parte de sus parientes tienen marcada predisposición á los catarros lanrigo-bronquíticos.

En 1857 afección grave de la laringe, considerada como tuberculosa

Durante los diaz años siguientes, tos emoptisis.

Despues mejora el estado general aumentando su peso de 75 á 90 kls, que es su peso actual.

Continua tosiendo en el invierno, con recrudecimientos primaverales.

Desde hace diez años eczema liquenoide de la antebrazo y manos. Ciática y dolores musculares. Vigoroso, con cara congestionada. Voz afónica, acentuada desde hace un mes. experimenta molestia continua al nivel del cartílago tiroides.

Exámen local: ligero enrojecimiento marginal de las cuerdas bocales. Desviación considerable á la derecha del tabique nasal.

Crisis. La primera en Febrero de 1889: cosquilleo laringeo con sensación de alguna cosa que sube, pérdida completa de conocimien-

to. Nada de convulsiones clónicas. Palidez. Al volver en sí mirada extraviada, esputos espumosos y coloreados, el ictus se anuncia con un violento acceso de tos.

La segunda crisis en Febrero de 1891 dos años mas tarde mes por mes.

Observación tomada en Junio de 1893 el enfermo no ha vuelto á tener ictus.

OBSERVACION XL. Crisis completas que sobrevienen siempre despues de las comidas. Algunas crisis incompletas.

Tornero de 42 años. Ningún antecedente hereditario. Ninguna enfermedad nerviosa ni gota en la familia. El enfermo no es sifilítico ni reumático; nada de alcohólismo.

Fumador. Hace tres años tuvo una caida sobre la nariz á conse-

cia de la cual le ha quedado una desviación considerable del tabique que obstruye por completo la fosa nasal derecha.

Desde hace tres años tos frecuente, penosa, quintosa, á veces seguida de vómitos y siempre de naúseas. Espectoración incolora glerosa.

Desde hace cinco ó seis meses el enfermo ha perdido el conocimiento cuatro veces con motivo de quintas de tos, con un mes y medio de íntervalo. Los cuatro ataques han sobrevenido siempre una ó dos horas despues de haber comido y en actitudes variables; sensación de cosquilleo, constricción de la garganta, quinta de tós, cara congestionada, vacilación y pérdida de conocimiento durante algunos segundos Durante las quintas, movimientos clónicos en los brazos. Algunas convulsiones. Nada de micción involuntaria, ni

mordedura de la lengua.

Después de la crisis, el enfermo queda abatido pero se repone al cabo de 15 ó 20 minutos.

Además de estos accesos con pérdida de conocimiento el enfermo presenta casi todos los dias inmediatamente de las quintas de tós los mismos fenómenos de pérdida de fuerza y aplanamiento general pero sin pérdida de conocimiento.

Las quintas de tós desaparecen bajo la influencia de una dósis débil de morfina.

Cuatro de Diciembre de 1893. El enfermo tiene una fuerte quinta de tós coqueluchoide, espasmódica, delante del autor , pero sin pérdida de conocimiento. Los signos de tabes buscados cuidadosamente faltan en absoluto.

Exámen local. Faringitis granulosa. Ligera hiperemia de las cuerdas bocales. desviación del tabique á la derecha.

23 de Diciembre 1893. Han cesado los accesos con pérdida de conocimiento pero cuando las quintas de tós son violentas el enfermo se vé obligado á apoyarse aunque no pierde el conocimiento.

Una sección de electrolixis sobre la desviación del tabique.

26 de Enero 1894. El enfermo ha tenido un acceso de vértigo laríngeo con pérdida completa de conocimiento después de comer.

OBSERVACION XLI. Hombre de 52 años (Julio de 1894).

Ni gota, ni diabetis, ni epilepsia en la familia.

Hace diez años, reumatismo gotoso. Tose fácilmente. Ha tenido dos accesos de asma. La tos es quintosa: ha perdido el conocimiento cinco veces en tres años; todos los fuertes accesos de tós

empiezan por ligero cosquilleo. La ausencia dura de ocho á 10 segundos. La cara se congestiona mucho. Nunca á tenido micción involuntaria. Nada en el corazón, en la laringe y en la nariz.

OBSERVACION XLII. Hombre de 32 años (Abril 1894) Ningún antecedente hereditario. Impresionable, llora con facilidad. Hace cinco años dolores en el dedo gordo del pié, curado por el salicilato de sosa. Obeso y ligeramente alcóholico. Tose y espectora todas las mañanas. El 6 de Enero último su hija es atacada de coqueluche y él tiene quintas de tós coqueluchoide. En un mes ,ha perdido tres veces el conocimiento; dos veces ha caido al suelo; una vez estaba sentado. La crisis empieza por cosquilleo laringeo; la ausencia dura apenas dos segundos, la cara se congestiona.

Septiembre 2016

Ninguna lesión de la laringe ni de la nariz.

He dicho.

Antonio Cavanilles y Sans

Madrid 15 Enero 1902

UNIVERSIDAD CENTRAL
SECRETARÍA GENERAL

Dr. Guedes

Verificó el ejercicio del grado de Doctor y obtuvo la calificacion de Sobresaliente

Eduardo Sanchez Herrero

R. Alonso Munoz

Luis Fuidea y Calvo

Emilio Lopez

El Sr.

Rosa Salvador