

nerviosos hereditarios, en los cuales el asma sólo constituye un síntoma aislado de su estado general, con igual título que el tic convulsivo y las neurosis vaso-motoras ú otras que pueden padecer al mismo tiempo ó poco después.

CAPITULO III

CORIZAS AGUDAS

I

Coriza aguda simple. — Romadizo ó constipado vulgar.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — La coriza aguda, vulgar ó romadizo, es la inflamación catarral aguda de la pituitaria; afección baladí de la que nadie escapa, que á menudo cura espontáneamente en una semana ó menos, sin dejar indicios apreciables en el enfermo. En tales casos, sólo se recurre al médico en circunstancias especiales, bien porque las recidivas son bastante frecuentes para que el enfermo se preocupe de ellas, bien porque, al manifestarse un ataque aislado, adquiere cierta intensidad la traqueobronquitis que le acompaña.

El catarro nasal agudo, suele marcar el principio de la forma más común de la gripe epidémica; es constante al principio del sarampión, del tifus, y puede observarse también en otras enfermedades generales infecciosas. En esos diversos casos, ora se trate de una localización específica, ora de una infección secundaria, presenta caracteres particulares. En este lugar no nos ocuparemos de esas variedades secundarias de la coriza, y sólo estudiaremos la coriza aguda simple, el catarro vulgar, que constituye por sí solo toda la enfermedad.

La coriza es más frecuente en los niños que en los adultos, y más común en éstos que en los viejos. Ciertos sujetos tienen especial susceptibilidad en ese sentido: tal sucede en los niños linfáticos con hipertrofia moderada de la amígdala faríngea, y en los individuos que padecen catarro nasal crónico, si quiera sea poco intenso. En estos individuos, cuando son atacados, no presenta la coriza tanta violencia como en los demás; los sujetos que se constipan muy á menudo, sólo tienen ligeros ataques agudos ó más bien subagudos: mientras que en los que padecen uno ó dos constipados cada año, los síntomas son mucho más intensos.

Esta afección reina de preferencia en los climas templados y variables, durante la estación fría y húmeda, y sobre todo, en los meses de transición, fines de otoño y fines de invierno. Su causa determinante más común es el enfriamiento prolongado y sobre todo, el de las extremidades inferiores, cuando éstas se hallan expuestas, al mismo tiempo que á la acción del frío, á la de la humedad.

Parece indudable que el romadizo vulgar, lo mismo que todas las inflamaciones agudas ó subagudas de las membranas mucosas, es de índole infecciosa. La vulnerabilidad de la pituitaria, la facilidad con que presenta reacciones

vaso-motoras bajo la acción de influencias múltiples, las alteraciones de diverso grado que esas simples hiperemias, al repetirse, llegan á imponer á su estructura, y, por otra parte, la penetración constante en su superficie de los diversos micro-organismos arrastrados por el aire inspirado, explican fácilmente la frecuencia de las inflamaciones superficiales de esta membrana. Por lo demás, ciertos micro-organismos capaces de convertirse en patógenos, puedan vivir y reproducirse en la superficie de la membrana de Schneider: así, en los sujetos sanos, pueden verse en ella estafilococos, neumococos, bacilos encapsulados, y también (con mucha mayor frecuencia que en la boca) estreptococos. Es muy posible que los ataques de coriza aguda sean debidos á esos diversos microbios, aislados ó asociados; sin embargo, la enfermedad suele ser una inflamación ligera y que carece de especificidad. Sea como quiera, parece indudable el contagio de la coriza; aunque muy débil, se presenta á menudo á nuestra observación. En los niños, este contagio es más evidente que en los adultos; basta fijar un poco la atención para conocer con cuánta frecuencia las amas de cría, lo mismo que las niñeras, transmiten la afección á los niños de que están encargadas; muchas veces este contagio se manifiesta á los dos ó tres días. Los resultados, negativos hasta ahora, de las tentativas experimentales de inoculación, no pueden ser invocados en contra de la transmisibilidad; es evidente que esos casos sucesivos de coriza no se desarrollan bajo la influencia de un enfriamiento que haya atacado á todo el mundo á la vez, y que sólo el contagio explica dicha propagación; en algunos casos, ha podido demostrarse el contagio por medio de los pañuelos.

El frío no es la única causa determinante de la coriza aguda, puede sobrevenir por la permanencia prolongada en una atmósfera caliente ó cargada de polvo; por el contacto de ciertos vapores ó substancias irritantes ó por la ingestión de ciertos medicamentos (ioduros, bromuros). Pero esas diversas variedades etiológicas de coriza, suelen afectar un curso subagudo, y atacan sobre todo, á las personas predispuestas.

SÍNTOMAS Y CURSO. — El constipado de mediana intensidad, suele comenzar bruscamente. El enfermo nota que se ha enfriado, experimenta ligero malestar, pesadez de cabeza y quizás ligeros escalofríos. Al propio tiempo, nota sensación de sequedad y después obstrucción nasal. Bien pronto, hay hormigueo en las fosas nasales, y después estornudo. Tan pronto como aparecen los estornudos, que se manifiestan por la menor impresión de frío, comienza el flujo por la nariz: la secreción es acuosa, transparente y fluida, de abundancia variable, pero siempre notable, y el enfermo, obligado á sonarse constantemente para limpiar el flujo espontáneo, comienza á sentir irritación y hasta erosiones de los orificios nasales y de su contorno, por los roces repetidos con el pañuelo. Al mismo tiempo, se acentúa la cefalea frontal, desaparece el olfato, disminuye el gusto y no tarda en alterarse la voz. El enfermo come casi siempre sin apetito, mientras que su sed suele aumentar más ó menos y se acuesta á disgusto. La rinorrea cesa durante el sueño (1); pero en cambio, éste es agitado y con pesadillas. En ocasiones, se nota cierta sequedad y calor en la piel. El enfermo despierta al siguiente día con la garganta y la boca

(1) Véase Moure, Manuel des maladies des fosses nasales, pág. 38. París, 1886.

secas; y apenas se levanta reaparecen la rinorrea y la tendencia á los estornudos.

Ese estado persiste uno ó dos días: al mismo tiempo aumenta la ronquera y sobreviene la tos, apenas molesta en ocasiones, otras veces frecuente y penosa, principalmente por la noche, después de acostarse. La propagación del catarro agudo á la laringe, á la tráquea y á los gruesos bronquios, es lo más frecuente; en términos que Lasègue decía que «toda bronquitis que no comienza por la nariz, no es una bronquitis simple»; y yo creo que puede afirmarse, con no menos razón, que toda coriza *aguda* que no se propaga, en mayor ó menor grado, á las primeras vías aéreas, no es una coriza aguda *a frigore* vulgar. La verdadera coriza, francamente aguda, comienza casi al propio tiempo por ambas narices y se extiende de arriba abajo á las vías aéreas, sin interesar apenas la faringe bucal; lateralmente, se propaga á la conjuntiva (que suele estar congestionada, pero no inflamada), y más rara vez á los senos. No creo que deba admitirse, en absoluto y sin discusión, que la cefalalgia frontal, síntoma tan precoz de la coriza, sea debida siempre á la invasión de los senos frontales, etmoidales y esfenoidales. Si esta invasión fuese lo más frecuente, dada la estructura de la mucosa de estas cavidades y su escasa vitalidad, sería muy común la supuración de dichos senos en los casos de romadizo. Ahora bien; esta complicación es por fortuna muy rara, y, aparte de la grippe y de algunos otros procesos infecciosos, es lo más á menudo consecutiva á una afección análoga de los senos maxilares, de origen dentario. Por mi parte, creo que la propagación de la coriza simple á los senos es excepcional y me explico este hecho por la obstrucción mecánica que la tumefacción generalizada de la mucosa nasal determina en sus orificios.

Pasadas treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, los estornudos han cesado por completo y la rinorrea serosa disminuye, siendo reemplazada por una secreción mucosa más espesa y menos abundante, y después por una secreción moco-purulenta. El romadizo no es tan pronunciado y la tos es menos seca, sin que por eso tienda á desaparecer la ronquera. A los pocos días, las fosas nasales recobran su permeabilidad, reaparece el olfato al mismo tiempo que se disipan las perturbaciones gustativas debidas á la anosmia, y bien pronto cesan á su vez los síntomas de laringotraqueitis. La afección ha durado seis á ocho ó diez días, y únicamente ha sido molesta durante los cuatro primeros.

El examen rinoscópico permite ver la pituitaria, primero roja, tensa y reluciente; después deslustrada, lívida, teñida de color rojo oscuro, con masas de moco en el suelo y nudosidades filamentosas que se extienden desde los cornetes al tabique, bajo la forma de mallas entrelazadas; más tarde, casi pálida y cubierta en algunos puntos de capas moco-purulentas; por último, cada vez menos hinchada y con aspecto cada vez más parecido al normal. Es también muy frecuente encontrar los signos del catarro naso-faríngeo. Finalmente, ha podido verse, durante algunos días, la laringe algo congestionada y después catarral, y comprobarse que los músculos vocales funcionaban de un modo imperfecto. Al propio tiempo, la tráquea presentaba una rubicundez extraordinaria, más ó menos insólita.

Tal es el curso normal del constipado vulgar, francamente agudo, de mediana intensidad. De ordinario, no da origen á síntomas generales notables, y

sólo en los casos más intensos puede haber ligera fiebre por la noche, durante los dos primeros días, y un ligero estado saburroso de las primeras vías, con inapetencia, estreñimiento y más rara vez diarrea. Cuando á estos síntomas se unen dolores articulares en las rodillas, calambres y dolores musculares de las extremidades inferiores, lumbago y ligera tumefacción del bazo, debe admitirse que se trata de un ataque de grippe y no de una simple coriza.

En ciertos casos, el curso de la afección experimenta variaciones inesperadas. A veces se espesan las secreciones nasales y llegan á ser moco-purulentas á los tres ó cuatro días, pero persiste el romadizo; la tumefacción de la mucosa nasal no tiene ninguna tendencia á disminuir, y el enfermo se esfuerza para desprender aquellas secreciones viscosas y adherentes. Las perturbaciones auriculares (zumbidos, sordera, autofonía, en uno solo ó en ambos lados) que resultan, ora de los esfuerzos para sonarse y de la congestión cefálica que determinan, ora de la propagación (por continuidad) del catarro á la trompa de Eustaquio, acompañan con frecuencia á las molestias debidas al romadizo. Tal estado puede subsistir á los síntomas laringo-traqueales, durar muchos días y á veces dos ó tres semanas, cediendo después de un modo lento é imperfecto.

Aparte de los cambios que imprime á la afección la intensidad y extensión de la bronquitis, perturbaciones que sin duda pueden variar dentro de límites muy extensos, apenas se observan complicaciones temibles en el curso de esta afección, casi siempre benigna. Sin embargo, pueden verse inflamaciones supurativas del oído medio, aunque esto es raro; las de los senos y vías lagrimales parecen excepcionales en la coriza simple, mientras que en la grippe epidémica son bastante frecuentes.

En las formas subagudas, atenuadas, abortivas, que se observan con relativa frecuencia en el curso de ciertas formas de coriza crónica, los síntomas son menos evidentes, la enfermedad más circunscrita y su duración disminuye. Pero como ya hemos dicho, las recidivas son más frecuentes, á menos que se trate de una coriza accidental, debido al iodo, á los polvillos atmosféricos, etc.

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y BACTERIOLOGÍA.—Zuckerkanndl, que ha practicado el examen histológico de trozos de la mucosa nasal procedente de un caso de coriza aguda en el período de secreción mucosa, ha visto, como lesiones principales, una infiltración muy marcada de células redondas en la capa subepitelial, lo mismo que alrededor de los vasos sanguíneos distendidos y llenos de sangre. Independientemente de estas células redondas, ha encontrado también glóbulos rojos extravasados. Los fondos de saco glandulares estaban también distendidos y su epitelio alterado. En un caso de coriza subaguda, las lesiones eran análogas, pero menos marcadas.

El examen de las secreciones da resultados diferentes, según el período de la afección en que se practica: desde el principio se ven en ellas células epiteliales y células linfáticas, aunque comienzan por encontrarse en corto número. Los elementos celulares aumentan á medida que el proceso sigue su evolución, y, en un momento dado, llega á ser considerable la abundancia de los glóbulos blancos. Más tarde, la secreción recobra los caracteres del moco nasal normal, que siempre es bastante rico en elementos linfáticos.

Las investigaciones bacteriológicas no han permitido encontrar en las secreciones ningún micro-organismo que no exista cuando falte el proceso infla-

matorio. Cardone (1) encontró estreptococos, estafilococos blancos y dorados, neumococos lanceolados y bacilos encapsulados de Friedlander. Estos microbios han sido encontrados en sujetos sanos por Thost, Netter, Paulsen, von Besser y otros, asociados á diversos saprofitos; ninguno de ellos, pues, es característico de la coriza aguda.

DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.—El diagnóstico se impone á primera vista, y el único error que debe evitarse será el confundir con una coriza aguda vulgar una coriza sintomática. En los niños, hay que eliminar ante todo la coqueluche y el sarampión; también se debe pensar en la existencia de cuerpos extraños. Si la coriza, cualquiera que sea la edad del enfermo, afecta un curso anormal ó se prolonga más que de ordinario, hay que examinar con cuidado las fosas nasales para evitar toda confusión entre las lesiones específicas ó de otra índole y un constipado vulgar. Un acceso agudo del tabique ó también á veces de una de las cavidades accesorias pudiera pasar inadvertido, si no se presta la debida atención.

El pronóstico, es absolutamente benigno; sólo adquiere gravedad en los casos en que se presentan complicaciones de vecindad excepcionales, ó cuando el estado de las vías respiratorias predomina, quedando la coriza en segundo término. La misma bronquitis aguda simple es, en la mayor parte de los casos, una afección benigna.

La coriza aguda cura sin tratamiento, y las más veces el enfermo se limita á evitar el frío ó á estar algunos días sin salir de casa. Sin embargo, es inducible que en muchos casos una terapéutica conveniente podrá detener los progresos de la enfermedad, cuando se instituye desde el principio, impidiendo su extensión á las vías respiratorias ó abreviando la duración; sea como quiera, el uso de medios paliativos calma los síntomas de la coriza y disminuye la intensidad del mal.

La medicación local abortiva, que consiste en hacer que el enfermo aspire por la nariz disoluciones astringentes ó antisépticas fuertes, es infiel y poco recomendable; además, su efecto puede ser contraproducente, si llega á determinar lesiones persistentes de la mucosa.

Se ha recomendado también, para *yugular* la afección, la tintura de opio á dosis elevadas y fraccionadas, administrada desde el principio de la afección y asociada ó no á la tintura de belladona. Se puede igualmente dar á la vez morfina y atropina. Pero estos medios á menudo no dan más resultado que limitar más ó menos la rinorrea del principio, sin disminuir el romadizo, y aumentando, en cambio, la cefalalgia. Si á esa medicación se unen los pediluvios sinapizados ó muy calientes, podrá mejorar el estado del individuo.

Es más probable detener la marcha de la afección administrando al enfermo desde el principio, el benzoato de sosa á altas dosis (2) (4 á 6 gramos en el niño, 6 á 10 gramos en el adulto), que se tomará en poción con intervalos regulares, teniendo cuidado de que medie siempre una hora, cuando menos, antes ó des-

(1) Cardone, *Archivii italiani de laringologie*, pág. 105, 1888.

(2) Conviene prescribir el benzoato de sosa, preparado con el ácido benzoico que se obtiene por sublimación del benjuí ó procedente del tolú. Es más eficaz y sobre todo el estómago lo soporta mejor que el benzoato de sosa preparado industrialmente, el cual es siempre más ó menos nauseoso (*France médicale*, 1887).

pués de las comidas para no perjudicar al estómago. Si el enfermo permanece en su habitación preservándose del frío, y si comienza el tratamiento el primero ó segundo día, lo más tarde, el efecto de dicha medicación es casi inmediato, en términos que puede abandonarse tres ó cuatro días después. Cuando la afección haya llegado al segundo período, el tratamiento puede también abreviar algunos días su duración y combatir rápidamente los síntomas laringo-bronquiales. Esta medicación, que yo dí á conocer en 1885, conviene en la mitad poco más ó menos de los casos; pero en otros es ineficaz; además, ciertos enfermos no pueden soportarlo sin experimentar perturbaciones gástricas que obligan á suspenderla. Por mi parte, aconsejo que se emplee siempre, y si á los dos ó tres días no da el resultado apetecido, debe renunciarse en definitiva al benzoato de sosa, porque según los individuos ó da resultados, ó fracasa constantemente.

Los medios paliativos locales más útiles, al principio, serán las inhalaciones de vapor de agua y después las aplicaciones intranasales de vaselina. Los efectos de las inhalaciones de mentol, son inconstantes; los de las insuflaciones de polvos que contengan una proporción variable de cocaína, son favorables inmediatamente, y alivian al enfermo disminuyendo el romadizo, pero su duración es corta; bien pronto, vuelve á hincharse la mucosa y para que se retraiga de nuevo, hay que recurrir otra vez á la misma maniobra. Si la cefalalgia es bastante marcada para molestar al enfermo, sería casi siempre eficaz la antipirina al interior á dosis suficientes.

En los niños de pecho, la coriza aguda puede adquirir cierta gravedad, por lo que dificulta la alimentación. Rayer, Bouchut, Fränkel, Kothe y Laurent han llamado la atención acerca de este hecho y demostrado que la obstrucción nasal repentina, es bastante completa para obligar al niño á respirar únicamente por la boca; esto le impide mamar, y de aquí resulta en pocos días la inanición más absoluta. Apenas el niño toma el pecho, se sofoca, deja el pezón y comienza á llorar; si la madre ó la nodriza no están prevenidas, ignoran la causa de aquella agitación y la atribuyen á cólicos ó cualquier otra afección dolorosa. A esos síntomas acompañan á menudo ciertos trastornos respiratorios nocturnos, pesadillas, agitación, sudores de la cara y quizá verdaderos accesos de espasmo de la glotis. Los medios terapéuticos á que puede recurrirse en tales casos, son de dudosa utilidad; pero como la afección suele curar por sí sola en algunos días, basta resguardar al niño del frío, tenerle en reposo, y sobre todo asegurar su alimentación alimentándole con la cuchara y, hasta si es preciso, con una sonda esofágica pequeña.

II

Catarro de heno.

SINONIMIA: Enfermedad de Bostoc. — Fiebre, asma de heno. — Catarro, asma de verano, Goudon. — Rinobronquitis espasmódica, Guéneau de Mussy. — Rinitis, hiperestesia periódica, Sajous.

DEFINICIÓN.—Morell-Mackenzie define esta curiosa enfermedad: *una afección particular de la mucosa de las fosas nasales, de los ojos y de las vías respiratorias, que da origen al catarro y al asma, y que se desarrolla casi exclusivamente*

bajo la influencia del polen de las gramíneas; sólo se observa, pues, cuando estas plantas se hallan en el período de florecencia. La definición del autor inglés me parece excelente, porque tiene la ventaja de no confundir esta afección con ciertas perturbaciones nerviosas, vaso-motoras y secretorias de las vías aéreas, que sobrevienen en otras condiciones distintas y que le simulan; además marca bien su causa determinante, lo mismo que las dos formas clínicas que afecta.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — La *predisposición individual*, desempeña importante papel en la etiología de esta enfermedad. Es una afección, casi exclusivamente especial de la raza blanca, y á la cual pagan un tributo mayor que los habitantes de otras localidades, los ingleses, los norte-americanos y también, aunque en menor grado, los alemanes, suizos y franceses. Rara vez ataca á los campesinos, los habitantes de las *grandes ciudades*, y en particular los que pertenecen á las *clases elevadas é instruídas* de la sociedad, están mucho más expuestos á padecerla. La gran mayoría de individuos atacados, son *nerviosos ó neuro artríticos* hereditarios. Los *hombres* están más expuestos á la afección que las mujeres. La enfermedad comienza, lo más á menudo, en la edad *adulta*. Sin embargo, no es raro observarla en los *niños*. La *herencia*, no sólo del temperamento morbozo, sino también de la afección misma, se comprueba con facilidad: varios individuos de la misma familia, ó bien el padre y uno ó más hijos, pueden ser invadidos á la vez. En gran número de enfermos puede comprobarse la existencia de *lesiones nasales* (tumefacción crónica ó hipertrofia de la mucosa, desviaciones ó elevaciones osteocartilaginosas del tabique); pero faltan en tantos otros y su tratamiento ejerce un efecto tan dudoso sobre la enfermedad, que, cuando más, se las puede conceder una influencia secundaria.

En Europa, el romadizo que nos ocupa es enfermedad propia de los meses de Mayo, Junio y Julio, época de floración de las diversas *gramíneas*. Sospechada por Elliotson (1), en 1831, la acción determinante del *polen* de estas plantas, fué perfectamente demostrada por Blacklay (2), de Manchester, en 1873. «Por una serie de experimentos hábilmente dirigidos, dice Morell-Mackenzie (3) y continuados con gran sentido científico, Blacklay consiguió demostrar: 1.º, que las inhalaciones de polen producían siempre, en su propia persona, los síntomas característicos de la fiebre de heno; 2.º, que lo mismo en él, que en otras dos personas, la intensidad de los síntomas estaba en razón directa de la cantidad de polen suspendida en el aire; 3.º, que el calor, la luz, el polvo, las substancias olorosas ni el ozono, no bastan para determinar una fiebre de heno. Blacklay llevó á cabo sus experimentos con el polen de diversas gramíneas ó cereales y con el de plantas que pertenecían á 35 órdenes diferentes. Dicho autor demostró que, en Inglaterra, en la época propia para la fiebre de heno, el 95 por 100 del polen contenido en suspensión en el aire pertenecía á

(1) Elliotson, *London Med. Gaz.*, 1831.

(2) Blacklay, *Hay-fever*, Londres, 1873, 2.ª edic., 1880.

(3) Morell-Mackenzie, *Les maladies du nez*, trad. francesa por Moure y Charagae, París, 1884, páginas 92 y siguientes. Consúltense también, acerca de este punto, los tratados generales de enfermedades de la nariz, en particular los de Bosworth, Nueva-York, 1889; de Sajous, Filadelfia, 1888; y la revista de O. Beschoner, *Jahresbericht der Gesells. f. Natur-und, Heilkunde*, Dresde, 1886, resumida en el tratado de Voltolini, antes citado.

las gramíneas. Las plantas de esta familia suelen florecer entre los primeros días de Mayo y la última quincena de Julio, y precisamente en esta época es cuando reina la enfermedad. Si la estación es húmeda y fría, la fiebre de heno suele aparecer más tarde, siendo entonces más benigna que cuando el tiempo es seco y la vegetación exuberante». Lo mismo ocurre en Francia.

En América, por el contrario, el polen de las gramíneas produce efectos menos intensos que en Europa. Se han visto algunas formas leves de la fiebre de heno desde el mes de Mayo al de Agosto, pero en Agosto y Septiembre es cuando la enfermedad reina con mayor intensidad. Ahora bien; en esa época ha terminado la floración de las gramíneas; pero en ese momento es en el que florece en abundancia una planta que no existe en Europa, el *ajeno romano* (*Ambrosia artemisiifolia*, ambrosiáceas, compuestas). El polen de esa planta es agente provocador muy activo: un médico americano, Wyman, atacado de fiebre de heno y que pudo evitar la reaparición de la enfermedad refugiándose en un sitio elevado en que no crecía esa planta, era invariablemente acometido de un acceso cuando se abría un paquete que había llevado consigo: en el hijo de este observador, los resultados fueron análogos.

Parece, pues, seguro, que es el polen el que determina la fiebre de heno. El *sol*, el *polvo*, pueden sin duda favorecer ó hacer que reaparezcan los accidentes en época oportuna, pero no bastan para crear la enfermedad, y cuando determinan accidentes análogos, en la temporada ó fuera de ella, es muy probable que no se trate de la verdadera fiebre de heno, sino de una hiperexcitabilidad refleja nasal insignificante que simule esta afección, pero que, en realidad, es muy diferente. ¿Cómo obra el polen? ¿Posee, como supone Morell-Mackenzie, una *acción irritante especial*? ¿Obra, por el contrario, porque lleve consigo á las fosas nasales *micro-organismos* que son verdaderos agentes patógenos? El profesor Cornil, casi lo admite así. Ya en 1869, Helmholtz (1), que padecía desde mucho tiempo antes la fiebre de heno, encontró durante los accesos en su moco nasal, pero sólo en las masas más adherentes, micro-organismos que no existen en circunstancias ordinarias. Ahora bien, la descripción que de esos microbios da Helmholtz, se parecen mucho á los del *Bacillus subtilis*. Sería de desear que se emprendieran investigaciones detenidas en ese sentido, que acaso llegarían á resolver la cuestión.

Quizá la concepción más exacta de la fiebre de heno sea la que consiste en considerarla como una afección debida á la penetración, en la nariz, de micro-organismos introducidos por el polen de las gramíneas y algunas otras plantas, micro-organismos que sólo actúan sobre los individuos que poseen predisposición especial (2). Pero esta última, cualquiera que sea su importancia, no desempeña ciertamente un papel tan exclusivo como creyeron ciertos autores. Guéneau de Mussy, considerando la enfermedad como una simple manifestación de la *diátesis artrítica* (3) se engañaba. Daly (4) y otros muchos autores americanos, Hack y algunos otros alemanes, han cometido asimismo un error

(1) Helmholtz, citado por Binz, *Virchow's Archiv.*, 1869.

(2) Ruault, *Archives de laryngologie*, núm. 2, 1889.

(3) Guéneau de Mussy, *Clinique medicale*, t. II. Véase también Leflaive, Tesis de doctorado, París, 1887.

(4) Dalz, *New-York medical Journal*, 1883.—Hack, *loc. cit.* Véase también Natier, Tesis de doctorado, París, 1889, Índice bibliográfico.