

Curschmann (1) y Ungar han insistido mucho sobre la presencia del *exudado espiróideo*: se trata de pelotones de filamentos mucosos, arrollados en espiral y recorridos en el sentido de su longitud por una cavidad central llena de aire. Ungar admite que estos filamentos segregados por los bronquios los destruyen y constituyen, por obstáculo mecánico, la causa esencial del acceso de asma. Pero de las investigaciones de Vierordt, Jacksch, etc., y del mismo Curschmann, resulta que estas producciones se encuentran también en pneumónicos.

Leyden, por otra parte, descubrió los *crisales asmáticos*, que son cristales octaédricos formados probablemente por fosfatos orgánicos; son enteramente análogos á los que Charcot, primero, y Neumann después, observaron en el bazo y en la médula ósea de los leucémicos; por esta razón se les ha denominado *crisales de Charcot y Leyden*. Las afirmaciones de Leyden han sido confirmadas varias veces.

Por último, F. Müller, discípulo de Ehrlich, indica, á su vez, en los esputos de los asmáticos, elementos particulares que son las *células eosinófilas* ó *células de Ehrlich*. Se trata de leucocitos de una variedad especial, descubiertos en la sangre por Ehrlich, y que se distinguen por la afinidad de sus granulaciones celulares para la eosina. Diversos observadores, Schwarze, Spilling, Neusser, Canon y Leyden también garantizan este hecho. Según este último autor, en los esputos de los asmáticos se encuentran las células de Ehrlich además de los cristales. Existe cierta relación entre la abundancia respectiva de estos dos elementos: ambos aparecen con el acceso y desaparecen de la expectoración poco tiempo después; pero ni uno ni otro son absolutamente patognomónicos del asma; aunque rara vez, se observan también en otras secreciones patológicas (tuberculosis, pneumonia, coriza), y también entonces aparecen generalmente asociados. Es, por consiguiente, muy probable que los cristales de Charcot y Leyden se produzcan á expensas de las células de Ehrlich; tienen la misma significación semeiológica que estas últimas (2).

La alteración secretoria no se circunscribe á la mucosa tráqueo-bronquial y laríngea. La pituitaria puede ser afectada de la misma manera, no con tanta frecuencia á la verdad, pero á veces también de un modo exclusivo. La misma conjuntiva y la mucosa del conducto nasal, cuyos centros de inervación se hallan tan próximos á los de la superficie respiratoria, presentan fenómenos análogos, y sobre todo las conjuntivas, en las que, en ciertos sujetos, se puede ver producirse instantáneamente una fluxión pruriginosa con lagrimeo abundante.

Durante toda la crisis el pulso permanece relativamente en calma: en unos enfermos conserva su ritmo habitual, en otros parece más bien lento, y en otros, por último, aumenta en frecuencia (tal se observa, sobre todo, en los niños). Por lo demás, en las formas francas la fiebre es excepcional, y antes bien se ha indicado un descenso en la temperatura, cuya causa tal vez no debe buscarse únicamente en la inminencia de la asfixia. Por otra parte, sería erróneo suponer que la crisis de asma, bajo el pretexto de que es de naturaleza nerviosa, es incapaz de provocar un acceso febril. En la infancia, particularmen-

(1) *Deutsches Archiv.*, 1884, núms. 1 y 2.

(2) E. Leyden, *Deutsche med. Wochenschrift* 1891, pág. 1085. Véase más adelante Marfan, *Bronquitis*.

te, dista mucho de ser rara la fiebre. Muy pronto tendremos ocasión de recordarlo.

**VARIEDADES CLÍNICAS.**—Vacilamos en pasar revista á todas las modalidades de las crisis de asma que se han descrito, un poco arbitrariamente tal vez, bajo la denominación de *formas clínicas*. En efecto, las formas que reviste esta afección difieren tanto, no sólo de uno á otro enfermo, sino también de una á otra crisis, que nos parece irrealizable toda clasificación metódica. La crisis, por otra parte, no es más que una de estas variedades, aun cuando la más común. Tal como la hemos descrito, es demasiado esquemática, y sobre todo demasiado completa para que pueda esperarse encontrarla con frecuencia.

Si quisiéramos nada más que enumerar todas las formas *posibles* del asma, necesitaríamos examinar uno á uno los caracteres fundamentales que constituyen su tipo nosológico y presentar todas sus variaciones. Entre estas últimas, nos limitaremos á estudiar las que son aferentes á los tres elementos constitutivos de la enfermedad, á saber: *el estado de crisis, la disnea y el catarro*.

**VARIEDADES EN EL ESTADO DE CRISIS.**—El horario de las crisis no tiene forzosamente una puntualidad fatídica; no siempre son nocturnas, sino que á las veces son diurnas y hasta exclusivamente diurnas. Este hecho, en honor á la verdad, es excepcional y no se observa más que en el asma del heno (1).

La transición repentina del estado de salud al de enfermedad, constituye la *crisis*, pero hay que considerar graduaciones en esta transición. En efecto, la disnea puede sobrevenir insensiblemente y alcanzar con lentitud su fastigio. Lo mismo sucede con la vuelta al estado de salud, que es verdaderamente la *crisis*, en el sentido antiguo de esta palabra, cuando la evolución es rápida. Ahora bien; los casos de disnea asmática prolongada, son relativamente comunes; con demasiada frecuencia excede su duración de cuatro, cinco á seis horas; pasan un día, dos, tres, y la angustia respiratoria persiste; apenas si una remisión de algunos instantes, que sobreviene en general en las primeras horas de la tarde, trae al paciente un alivio precario. El *estado de mal* puede persistir así durante varias semanas. Basta que sobrevenga la curación seguida en un plazo variable de una segunda crisis, precediendo á su vez á una nueva curación, para que resulte el ataque demostrado por sí mismo. Estas alternativas ocupan toda una existencia.

Acabamos de hablar del *estado de mal*, y verdaderamente de él se trata cuando en lugar de una disnea permanente se suceden con cortos intervalos los paroxismos como en el mal menor epiléptico. Hé aquí, pues, una variedad más, y no de las menos frecuentes. ¿Se negará que se trata del asma esencial si el sujeto no tiene ni bronquitis, ni enfisema, ni lesión renal, ni alteración cardíaca, nada, en fin, y si cada uno de estos paroxismos resume en sí, atenuándolos sencillamente, todos los atributos de la crisis grande? «Las diferencias marcadas que nuestro espíritu quiere establecer entre los fenómenos, no existen en la naturaleza; no hay más que gradaciones, tintes diversos, y todos nuestros esfuerzos deben tender á la investigación de la ley que rige esta variedad de efecto, porque su conocimiento nos da la solución de todas las con-

(1) V. Ruault, *Enfermedades de las fosas nasales*, pág. 52.



tradiciones aparentes, y nos explica las causas del error en que incurrimos, por querer ser demasiado absolutos (1)».

Cuando la enfermedad es ya antigua, y sobre todo, cuando se ha manifestado por accesos numerosos y violentos, el parénquima pulmonar pierde su elasticidad. La lesión orgánica sucede, sin transición brusca, á la simple alteración funcional. El asmático, hecho enfisematoso, tiene las vías respiratorias más sensibles. La disnea propia del enfisema y el gran desarreglo cardíaco que de él resulta, son una provocación permanente para nuevas crisis.

Llegado este caso, ¿el enfermo es más enfisematoso que asmático ó más asmático que enfisematoso? Dejaremos sin resolver esta cuestión, porque no podemos hacer más que suposiciones (2). Pero en presencia de cada caso particular, no está prohibido investigar cuál de los dos estados predomina sobre el otro, qué parte corresponde al elemento espasmódico eventual de que es susceptible toda disnea, y qué papel desempeña la neurosis esencial en la disnea permanente del enfisematoso. Al clínico y no al patólogo conviene resolver estos problemas. El pronóstico depende, en parte, de esta resolución.

VARIEDADES EN LA DISNEA.—No insistiremos sobre las variedades que se manifiestan únicamente por diferencias de intensidad desde la sensación pasajera de opresión respiratoria, hasta la amenaza prolongada de una asfixia inminente. Pero tenemos que hacer desde luego una observación importante, respecto de la preponderancia de la disnea en la espiración.

Si en el momento de las grandes crisis, sólo parece dificultada la espiración, en las crisis medias á veces también la inspiración necesita, al parecer, un esfuerzo extraordinario. Esto consiste en que el paciente, que es aún capaz de expulsar en cantidad suficiente el aire inspirado, se apresura en cierto modo á terminar cada espiración para llegar más pronto á una nueva inspiración; no confía este trabajo á los músculos inspiradores y en particular al diafragma, que dilatan la caja torácica automáticamente, sino que interviene por sí mismo y contrae voluntariamente los inspiradores accesorios. Por lo tanto, tiene disnea inspiradora, disnea espiradora y polipnea.

Hemos dicho que los músculos inspiradores en estado de espasmo tónico, daban al tórax una conformación especial. Esta no siempre aparece perfectamente caracterizada: pero es preciso tener en cuenta que no todos los músculos inspiradores manifiestan forzosamente y por la misma razón, su actividad espasmódica; la contractura aislada del diafragma, la contractura aislada de los inspiradores cervicales, la contractura generalizada de todos estos músculos, imponen según la repartición especial de cada caso, la actitud del enfermo.

Aunque la disnea reconoce casi siempre por causa próxima un espasmo de los músculos inspiradores, no es imposible que se produzca—y hasta con gran violencia—sin participación alguna evidente de estos músculos. Ahora bien, como se trata sin género alguno de duda, de un fenómeno nervioso espasmódico, en que no puede pensarse en la glotis, se admite que los músculos lisos de los bronquios intervienen para cerrar las vías aéreas. Ya veremos la importancia que se ha atribuído á los músculos de Reisseisen en el mecanismo del

(1) Claude Bernard, *Chaleur animale*, pág. 305.

(2) Esta cuestión se halla expuesta más adelante en el capítulo relativo á las bronquitis (Marfan).

asma. Bástenos saber, que entre las numerosas modalidades clínicas que puede revestir esta afección, hay una en que parece localizarse en la pared contráctil de las ramificaciones bronquiales; todo se limita á una disnea de mediana intensidad, sin gran esfuerzo exterior; el diafragma no está contraído y el ritmo respiratorio permanece normal; los estertores sibilantes más ó menos fuertes, son los únicos que revelan el estado de crisis.

En contraposición con este síndrome reducido, podemos señalar los casos en que se aumenta con fenómenos convulsivos del mismo orden en esferas nerviosas más ó menos distantes de su asiento primitivo. El espasmo de la glotis no es frecuente, pero sí lo es mucho más la forma de «convulsión interna», que consiste en un aura glótica con pérdida brusca del conocimiento, y que Charcot ha designado con el nombre de *ictus laringeo*. El ictus laríngeo termina á veces las crisis de asma, y en particular las de intensidad media. En las mismas condiciones se ha observado el ataque de epilepsia franca. Permittedo es ver en estos síndromes añadidos al primero, la expresión superlativa de un estado de espasmo permanente, de que sólo se hallaban afectados al principio los músculos respiratorios. Las leyes de Pflüger sobre la propagación y generalización de las convulsiones epileptóideas parciales, serían, por lo tanto, aplicables al «asma convulsivo», ó «disnea espasmódica esencial».

Por último, si el catarro es extenso, si invade á la totalidad de la superficie bronco-pulmonar y aun si asciende hasta las vías superiores, interesando á la tráquea, á la laringe y á las fosas nasales, es evidente que la disnea perderá su carácter espasmódico. Esta consecuencia inevitable nos conduce á hablar sobre las variaciones del elemento catarral.

VARIEDADES EN EL CATARRO.—También bajo este concepto podríamos multiplicar hasta el infinito las variedades ó formas clínicas, pero nos atenderemos á lo esencial. Ya al decir que ciertas crisis de asma se reducían al paroxismo disnéico, hemos indicado que el catarro no es un elemento fundamental de la neurosis. Esta noción, adquirida desde larga fecha en la clínica, sirvió de base á los antiguos nosógrafos, para establecer en primer término dos categorías, á las cuales se subordinaban todas las demás: el *asma seco* y el *asma húmedo*.

En lo que concierne al asma húmedo, no debe creerse que en las crisis completas, la secreción marca necesariamente el summum del paroxismo, y que desde el momento en que el paciente empieza á expectorar, está á punto de terminarse el acceso. Algunos asmáticos tienen catarro desde el principio de éste y con frecuencia su punto de partida es un coriza repentino. Este coriza es á veces de una intensidad extraordinaria, con estornudos incesantes que pueden contarse hasta por centenares. Y cosa curiosa, se le observa sobre todo por la mañana; y si de ordinario, es el preludio de la crisis, no es raro tampoco el que las cosas no pasen más adelante. La crisis se halla constituida sólo por el coriza y debería llamársele entonces *asma nasal*, si no hubiera sido empleada ya, un poco á la ligera, esta fórmula para designar al asma provocado por lesiones nasales, sobre el cual aún diremos algunas palabras con motivo de la etiología.

El catarro bronquial basta también por sí sólo para constituir la crisis. Cuando sobreviene de improviso y desaparece lo mismo, sin causa conocida,



sin reacción febril concomitante, y sobre todo, cuando se reproduce periódicamente, no es admisible la duda.

Por último, en sujetos cuyas crisis son casi siempre idénticas, la variación del catarro es la que determina generalmente la diferencia. Si es abundante y precoz, si la expectoración se efectúa sin grandes esfuerzos, el acceso es de corta duración, y á veces aborta. En el caso contrario, la disnea y la angustia se eternizan.

Entre estos dos extremos y entre todas las formas intermedias que pueden observarse, existe un catarro persistente, con exacerbaciones pasajeras, con disnea intermitente, que nos vemos precisados á calificar de *asma catarral crónico*. No se establece de pronto, sino que casi siempre sobreviene después de crisis que no pueden desconocerse por su forma más franca, y cuyo diagnóstico retrospectivo puede hacerse por una investigación bien dirigida.

En contraposición con esta variedad, cuyo fondo se halla constituido por el *catarro crónico*, el asma puede también traducirse por verdaderas congestiones febriles. Los niños se hallan especialmente expuestos á esta forma. La instantaneidad de la crisis, que de ordinario es nocturna; la intensidad de la disnea, que es ruidosa, corta y fatigante; la dificultad y la abundancia de la expectoración, que provoca una tos tenaz; la plenitud general de los bronquios; la elevación brusca de la temperatura; los sudores, la angustia y hasta la cianosis, todo anuncia un catarro sofocante; el peligro es inminente. Una intervención enérgica le desvía, al parecer. Todos los síntomas se calman; el día siguiente pasa sin accidente alguno, con una fiebre y una disnea soportables; pero al llegar la noche, á la misma hora, se produce una recrudescencia de la misma duración, y con la misma alarma y el ciclo se desarrolla de este modo durante cuatro, cinco, seis días, terminando por una curación perfecta y casi sin convalecencia. Este episodio, si fuera único, no tendría significación patológica precisa; pero se repite, bajo influencias diversas, un ligero enfriamiento, un cambio de estación, una emoción insignificante. El ataque de asma febril es fácil de reconocer, y es tanto menos alarmante, por otra parte, cuanto que cada vez pierde en intensidad, hasta el día en que habiendo desaparecido la fiebre de este cortejo ruidoso de síntomas, se reconstituye en su pureza clásica el tipo conocido del asma esencial. Inútil es añadir, que esta misma forma febril admite también variantes, y nos creemos autorizados á atribuir á esta causa muchas « congestiones pulmonares ». Aun cuando los niños se hallan más expuestos que los adultos al catarro asmático febril, no se hallan tampoco menos sujetos al asma franco apirético, y, aparte de la reacción general más intensa á que les predispone su edad, no hay nada que á nuestro parecer justifique el consagrar un párrafo especial al *asma infantil*.

FORMAS IRREGULARES.— En sus manifestaciones atípicas, desvanecidas ó larvadas, el asma conserva, como en su forma común, el carácter de una neurosis esencial. Las reproducciones paroxísticas le demuestran siempre. Ya hemos mencionado de paso las crisis atípicas (aquellas en que la evolución del síndrome se halla modificada ó invertida), las crisis desvanecidas (en que el coriza, por ejemplo, resume en sí el acceso abortado) y las crisis irregulares (en que interviene la fiebre). Quédannos aún por indicar las que pueden llamarse crisis larvadas. Un asmático espera á plazo fijo la explosión de su cri-

sis; si por casualidad falta ésta, hay algo que la reemplaza, y cualquiera que sea la afección vicariante, toma de la neurosis inmanente sus atributos fundamentales, localizándose con preferencia en una esfera de inervación bastante próxima á aquella de que es tributario el asma verdadero. La angina de pecho, llamada diatésica ó artrítica, desempeña muchas veces esta suplencia.

Por lo demás, en el siglo pasado se confundían muchas veces el asma y la angina de pecho. Antes de Larrey, la angina de pecho se llamaba *pneumalgia* ó *asma doloroso*. En suma, estos nombres, en cuanto que se aplicaban á formas mixtas ó larvadas, no hacían más que traducir fielmente la realidad de las cosas. Entre la angina de pecho y el asma, síndromes esquematizados con demasiada frecuencia por las necesidades del estudio, existe toda una serie de manifestaciones intermedias, tomando, ya del asma, ya de la angina de pecho, y en proporciones variables, tales ó cuáles síntomas, que no tienen en sí valor alguno patognomónico, pero cuyo conjunto realiza los aspectos clínicos más variados. La analogía de las dos neurosis fue reconocida y afirmada por J. Franck, Trousseau y Anstie. Hace mucho tiempo, Kneeland demostró su alternativa é indicó como resultado de su propia experiencia que « el asma intenso y crónico se complica casi siempre con síntomas que, sin constituir lo que ordinariamente se llama angina de pecho, corresponden, sin embargo, á afecciones del mismo género; tres veces vió al asma franco conducir directamente á la angina de pecho franca ». En este orden de hechos es donde se encuentran las variedades larvadas del asma. Entonces no se trata ya de un ataque violento de angina de pecho que sobreviene en sustitución del asma que falta, sino de un síndrome enteramente nuevo, en presencia del cual vacila el diagnóstico. John Forbes estuvo muy inspirado al decir que « hay en la angina de pecho algo de *mental* que distingue á esta neuralgia de todas las demás ». Esta observación se adapta lo mismo al asma cuando se manifiesta por una *ansiedad respiratoria en que nada significa la disnea*. El enfermo cree que va á asfixiarse; tiene, dice el profesor Jaccoud, el *temor* de la sofocación, sin verdadera dificultad de la respiración. Los « pseudo-asmias sintomáticos », en las enfermedades del corazón, se traducen frecuentemente por crisis de esta clase. Así, la simple angustia, sola y sin angina de pecho, sin disnea y sin catarro, es también una forma del asma larvado. Nosotros la hemos designado con el nombre de *ansiedad paroxística*. Esta ansiedad no es más que mental, por lo menos en apariencia; es probable, sin embargo, que tenga su substrato en alguna perturbación de los núcleos del nervio vago, lo mismo que el asma mejor caracterizado. Corresponde á aquel apuro con aceleración del ritmo respiratorio, que F. Franck estudió tan bien en los animales, á quienes se excita el pneumogástrico; como si el sacudimiento del nudo vital, centro de las funciones respiratorias, evocara instantáneamente el presentimiento de un peligro inmediato, de un síncope fatal. La *ansiedad paroxística*, sensación indefinible, puede, por lo tanto, reemplazar al asma verdadero. Es nocturna, despierta de pronto al sujeto en lo más profundo de su sueño apacible y le aterra; palidece, se impregna de sudor frío y tiene conciencia de que va á morir; ésta es, según Séneca, « la meditación de la muerte ». Pero su respiración continúa libre, su corazón late, los minutos pasan y el tiempo le tranquiliza; una emisión de orina abundante y clara viene prosáicamente á anunciarle el



desenlace de este drama, y vuelve á dormirse. Ha tenido una crisis de asma.

Podría incluirse también entre las formas larvadas del asma la *angustia laríngica* (que ofrece tantos puntos de contacto con el ictus laríngico esencial), ciertos espasmos esofágicos, que se reproducen periódicamente, y por último, los brotes congestivos pruriginosos que se presentan con una violencia extrema en la conjuntiva y en la mucosa de las vías lagrimales. Pero en estas determinaciones de la diátesis tan distantes de su sitio de elección, el asma propiamente dicho se halla demasiado desfigurado para que nos detengamos á analizarlas. Nos bastará con recordarlas un poco más adelante, cuando nos ocupemos de las transformaciones eventuales de la neurosis (1).

#### DURACIÓN — TERMINACIÓN

Como la gota, la hemicránea y la epilepsia, el asma es una enfermedad intermitente, cuyas apariciones, separadas por intervalos más ó menos prolongados, pueden renovarse desde la infancia hasta la senectud. En general, se manifiesta más pronto que la gota, más tarde que la hemicránea, y como la epilepsia, marca de ordinario el principio de la adolescencia. No es posible, por lo tanto, atribuirle una duración ni aun aproximada; forma parte del individuo, es una « función » de su temperamento. Esto no implica de un modo absoluto que se sea asmático por toda la vida. El asma infantil, como la epilepsia, es susceptible algunas veces de curación. El asma de los niños puede desaparecer en la pubertad, el de los adolescentes en la edad madura. Pero si nada impide esperar esta curación, nada tampoco permite preverla, y aun muchas veces es engañosa, porque la neurosis siempre es capaz de tomar la ravanha bajo otra forma.

El número de los ataques, sus fechas y sus causas ocasionales, de que más adelante nos ocuparemos, varían en todas proporciones, según los sujetos. Hay algunos que no sufren más que cinco, cuatro y aun tres en el curso de una existencia prolongada; otros, expuestos á asaltos incesantes y sin tregua, sucumben por asistolia antes de haber cumplido los cuarenta años.

Aun cuando no tenga una duración precisa, el asma tiene una *evolución*. Bajo este concepto, las diferencias se hallan subordinadas tanto á la fecha del padecimiento como á la edad del individuo. Lasègue decía del asma: « envejece á la larga », lo cual significa que con el tiempo, sus ataques se hacen cada vez menos temibles; se desgastan en cierto modo. ¿No sucede lo mismo con todas las manifestaciones buenas ó malas de la vida nerviosa? La hiperexcitabilidad de la periferia se gasta y la energía refleja de los centros disminuye. Todo consiste en que los órganos esenciales no hayan periclitado aún en la edad crítica de la neurosis. Ahora bien; es muy raro que un asma de cierta intensidad no traiga consigo al enfisema. Sucede con el pulmón en el asma lo que con el corazón en las palpitations esenciales. El exceso de trabajo del corazón, aun faltando lesiones orgánicas, conduce á la asistolia. El exceso de trabajo del pulmón conduce al enfisema. Así como hay un « corazón forzado »

(1) Consúltense las dos memorias siguientes: Arthaud y Butte, *du nerf pneumogastrique*, 1892, y Rescoussie, *Essai sur les névroses du nerf vague*, Paris, 1892.

en el primer caso, hay un « pulmón forzado » en el segundo. El destino del asmático es hacerse enfisematoso si se retarda la evolución de la enfermedad, porque los alvéolos pulmonares pierden de día en día un poco de elasticidad; la acción mecánica de la disnea los distiende con exceso, y la acción fisiológica del éstasis sanguíneo, es más perniciosa aún. El estado asfíctico en las crisis prolongadas interrumpe la nutrición de las paredes alveolares, facilita su rotura, y cuando las crisis se hacen más raras, cuando se atenúan los paroxismos nerviosos, es demasiado tarde. El enfermo está condenado á perpetuidad al enfisema catarral con todas sus consecuencias. No entraremos ahora en el estudio de este nuevo tema, que será tratado más adelante en el capítulo relativo á las *bronquitis crónicas*.

*Asma y tuberculosis*.—Sin embargo, entre los accidentes á que se hallan expuestos los sujetos afectados de bronquitis crónica, hay uno que merece aquí mención especial; nos referimos á la infección tuberculosa. Durante largo tiempo se ha admitido el antagonismo del asma y de la tuberculosis. El asma, se decía, es una credencial de larga vida, es una enfermedad de un autocratismo absoluto que no tolera la intromisión de ninguna otra. Algo hay de verdad en esta metáfora, pero los hechos la han desmentido muchas veces. Verdaderamente algunos sujetos parecen refractarios á la tuberculosis; si los asmáticos son de esta clase, la mezcla hereditaria de las dos diátesis disminuye su resistencia. Guéneau de Mussy, fue el primero que lo demostró con notables ejemplos. Unas veces preexiste el asma y sobreviene la tuberculosis; otras empieza la tuberculosis, y el asma se añade más adelante. En el primer caso, el acceso, al desvanecerse, deja siempre algunos vestigios de su paso; una disnea regular, acompañada de accesos febriles, inaugura los síntomas de la tisis. Desde entonces las crisis asmáticas son más raras y pierden su carácter franco. En el segundo caso, los paroxismos modifican la marcha progresiva de la tuberculosis pulmonar local; ésta se detiene ó se retarda en su evolución. Guéneau de Mussy, se pregunta si no será el enfisema que complica al asma, la verdadera causa de esta detención; el asma, dada esta hipótesis, no ejercería una influencia directa sobre la tisis. Por último, se han visto alternar los períodos del asma y de la tuberculosis, dominando la escena sucesivamente cada una de estas dos enfermedades.

TRANSFORMACIONES DEL ASMA. — Ya hemos indicado los estrechos lazos de parentesco que en todo tiempo se han reconocido entre el asma y la gota, la urticaria, la ciática y la hemicránea. Estas afecciones no sólo coexisten en las mismas familias, sino que pueden sustituirse y hasta suplantarse en un mismo individuo. El temperamento neuro-artrítico — herpético, para emplear la denominación de Bazin — se traduce necesariamente por una cualquiera de estas grandes manifestaciones diatésicas.

La transformación del asma esencial en gota articular no es muy común, pero, sin embargo, es posible. La segunda sigue al primero, unas veces, después de un plazo breve, y otras, y esto es la más común, cuando las crisis de asma han desaparecido hace ya bastante tiempo (1).

No sucede lo mismo con la urticaria. Aquí la alternativa entre el asma y la

(1) Véase en el Tomo I de esta obra: Legendre, págs. 287, 288 y 290.