

En sus primeros períodos, el catarro asmático presenta los caracteres del catarro seco, que conserva más ó menos tiempo, y concluye por convertirse en un catarro moco-purulento. Transfórmase entonces el asmático en bronquítico enfisematoso, y sólo la anamnesia puede permitir remontarse al origen de la afección. Además, así como los bronquítico-enfisematosos, el asmático presenta, en ciertos momentos, la dilatación del corazón con el séquito habitual de los signos de la astenia cardíaca (1).

DE LOS ESPUTOS EN LA BRONQUITIS ASMÁTICA.—En estos últimos tiempos, los esputos de la bronquitis asmática han sido objeto de un estudio detenido.

Con el microscopio se divisan varios elementos especiales que son: las espirales brónquicas, los cristales de Charcot-Leyden, las células eosinófilas.

1.º *Espirales*.—Al examinar con el microscopio los esputos perlados de Laënnec, se comprueba que los forman filamentos que se arrollan alrededor de un eje brillante, bajo la forma de una elegante espiral (fig. 2). Estas *espirales*

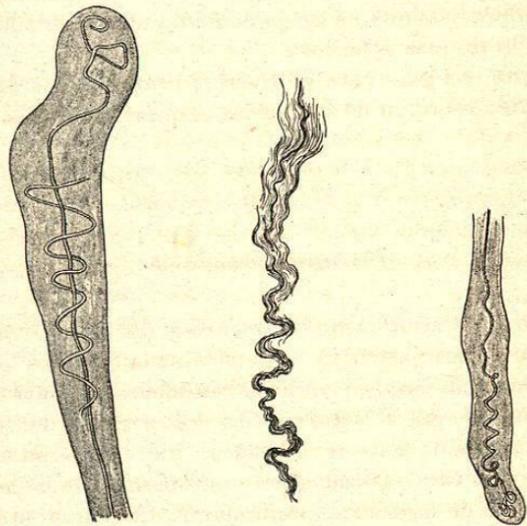


Fig. 2.—Espirales brónquicas, procedentes de esputos de un asmático.—Amplificación de 27 diámetros (según Eichhorst).

han sido descritas primero por Leyden y después por Ungar; también han sido objeto de importantes investigaciones por parte de Curchsman. Van envueltas dichas espirales por una masa mucosa, y contienen en los intersticios de las vueltas de las espirales cristales de Charcot-Leyden y células eosinófilas. Es probable que las constituya la mucina (Pel). Patella ha descrito recientemente la degeneración hialina de las espirales antiguas, degeneración que debe atribuirse á la producción de los cristales de Charcot-Leyden.

2.º *Cristales de Charcot-Leyden*.—Leyden ha observado en la expectoración de los asmáticos, cristales especiales que había ya mencionado Charcot en los

(1) El asma es como la jaqueca, una neurosis que envejece, y que, al envejecer, pierde la pureza de sus caracteres originales (Lasègue).

esputos del catarro seco y en la sangre de los leucémicos. Son dichos cristales pirámides dobles muy agudas, brillantes y de varias dimensiones (fig. 3). No se conoce aún bien, la composición química de esos cristales; se ha reconocido que era inexacta la opinión de Friedreich y Hüber, que los consideraban como formados de tirosina. Cree Salkowski que se trata de una substancia mucinoide cristalizada y Schreiner que es una combinación de ácido fosfórico con una base orgánica. La brusca aparición y en gran número, en el momento del ataque de asma, su presencia constante y su rápida desaparición después del ataque, han hecho creer que estos cristales podían muy bien ser causa de los ataques de asma; pero ya veremos que pueden observarse fuera del asma.

3.º *Células eosinófilas*.—Algunos escritores, y muy recientemente Leyden, han asegurado que en los esputos del asma, los cristales de que acabamos de hablar iban siempre acompañados de células eosinófilas de Ehrlich (células provistas de un núcleo lo más frecuentemente lobulado y de forma variable, y que tiene un protoplasma amarillento que se colorea por los colores de anilina, cuyo principio colorante es un ácido, cuyas células se encuentran, á veces, en la sangre normal, y casi siempre en la sangre de los leucémicos, que provienen según Ehrlich, del bazo y de la médula de los huesos, en que se encuentran igualmente). Opina Leyden que existen relaciones íntimas entre las células eosinófilas y los cristales, porque jamás se encuentran unas sin otros, tanto en la sangre de los leucémicos como en los esputos de los asmáticos (1).

La constancia de estos tres elementos en los esputos de los asmáticos, es muy notable; pero no debemos olvidar, que se encuentran también en otras circunstancias. Se han visto las espirales, los cristales y las células eosinófilas en la bronquitis simple y en la fibrinosa, en la neumonía y en la tisis pulmonar. Se han visto los cristales y las células en el moco nasal de individuos afectados de pólipos, con ó sin asma, y aun de coriza sencilla ó simple. Los ha encontrado Koracs en los esputos de la broncorrea serosa consecutiva á la toracentesis. Es, pues, algo aventurado pretender, que los mencionados elementos sean característicos de la bronquitis asmática.

¿Existe una bronquitis asmática, sin asma? Nada más fácil que diagnosticar el origen asmático de una bronquitis, cuando el enfermo ha tenido, durante largo tiempo ataques de asma clásico. Pero, según G. Sée, la neurosis asmática contiene tres elementos: 1.º, el elemento pneumo-bulbar (acceso de disnea); 2.º, el elemento mecánico (enfisema, asma alveolar); 3.º, el elemento secretorio (asma catarral). Ahora bien; el elemento secretorio ó catarral puede ser predominante desde el principio, en cuyo caso el origen de la bronquitis pasa con facilidad inadvertido. Así es que el catarro seco es casi siempre un asma desconocido, pues ya hemos visto que tiene bastantes afinidades con el asma. Interesante sería saber si se encuentran habitualmente los tres elementos que

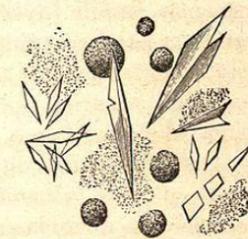


Fig. 3.—Cristales de Charcot-Leyden en los esputos de un asmático. Amplificación de 300 diámetros.

(1) Leyden, *Semaine médicale*, núms. 26 y 35.

acabamos de estudiar en los esputos del catarro seco, y que son constantes en la bronquitis asmática. Pero, no sabemos que se haya verificado esta investigación.

Hay seguramente un parentesco real entre la bronquitis crónica común, bien sea seca ó húmeda, y la asmática. Por lo regular, el terreno de la evolución es el mismo; son neuro-artríticos hereditarios, con ó sin lesiones nasales, los que son atacados por ambas enfermedades. Muy confusos son, á veces, los límites que separan las dos formas clínicas. Puede admitirse, pues, que, si no son una afección sola y única, forman dos grupos muy semejantes. Pero es difícil, hasta más ámplia investigación, darle el nombre de bronquitis asmática, sino cuando la han precedido ataques de asma clásico.

TRATAMIENTO.—Con el tratamiento del asma, hemos expuesto ya el de la bronquitis asmática. Limitarémonos á recordar, que las medicaciones dirigidas contra el catarro seco, pueden usarse contra la bronquitis asmática; podrá agregarse al ioduro de potasio, la tintura de lobelia hasta la dosis de 1 á 4 gramos diarios. Cuando la bronquitis es moco-purulenta, exige las mismas medicaciones dirigidas contra los catarros húmedos.

IV

Bronquitis de los cardíacos.

Debemos distinguir con Lasègue, la *bronquitis en las afecciones mitrales* y la *bronquitis en las aórticas* y agregar á estos dos tipos primordiales el *tipo mixto*, que participa á un tiempo del uno y del otro.

1.º *Bronquitis en las afecciones mitrales*.—«Es caracterizada la bronquitis mitral por una congestión hipostática de los pulmones con estertores húmedos subcrepitantes, que van decreciendo gradualmente de abajo á arriba, al mismo tiempo que existe por lo regular en la base, un ligero derrame pleurítico. Esta es una bronquitis de marcha lenta, progresiva, sin accesos, por decirlo así, tórpida, y produce una sofocación gradual, exacerbada por el movimiento. Tal es el síntoma capital de la bronquitis mitral, esta disnea diurna súbita que viene en pos del más mínimo esfuerzo precisamente cuando hemos visto al enfisematoso, cuyas noches transcurren en la angustia respiratoria, ejecutar durante el día los trabajos más diversos, sin que sus pulmones aparenten resentirse» (Lasègue).

La tos es muy variable en la bronquitis mitral y cansa mucho al enfermo cuando es intensa, siendo la expectoración moco-purulenta y más ó menos copiosa según los casos.

Añadamos, que la bronquitis revela á veces una afección mitral, siendo con frecuencia el primer indicio del desfallecimiento cardíaco. Nada más común que ver algunos enfermos que sólo se quejan de la tos y en los cuales un examen atento hace descubrir, al mismo tiempo que la bronquitis, una insuficiencia ó una estrechez mitral.

2.º *Bronquitis en las afecciones aórticas y en la arterio-esclerosis*.—No se en-

cuentra aquí, como en la bronquitis mitral, según dice Lasègue, esa escala de estertores húmedos que van en *crescendo* del vértice á la base, y el derrame pleurítico no se presenta. Lo que domina son pequeños focos de estertores subcrepitantes ó casi crepitantes, diseminados y que van acompañados de repente, cuando aparecen, de accesos de sofocación á veces terribles, sin que se pueda pensar en un infarto, causa general de estas disneas súbitas. Durante estos accesos, el enfermo tose con violencia, pero la expectoración es escasa. Los esputos pueden presentar un aspecto herrumbroso, pero no obstante, sin llegar jamás hasta la hemoptisis fraccionada del infarto. Con lo brusco de su invasión, desaparece á menudo la bronquitis de las lesiones aórticas.

«La bronquitis mitral, por ejemplo, es una bronquitis por éxtasis venoso, pasiva, indolente; mientras que la bronquitis aórtica, es una bronquitis por hiperemia arterial, activa y con crisis» (Lasègue).

3.º *Bronquitis en las afecciones valvulares complejas y en las miocarditis*.—Cuando la arterio-esclerosis con ó sin insuficiencia aórtica, coexiste con lesiones mitrales, sobre todo, cuando hay esclerosis del miocardio (que éste vaya ó no acompañado de lesiones valvulares), se observa un tipo de bronquitis cardíaca que no tiene ya la claridad de las anteriores, pero que hermana sus caracteres (1). A veces, con ocasión de un constipado leve, estallan los accidentes. A contar desde este momento, se presenta una opresión casi continua, interrumpida de trecho en trecho por crisis de sofocación. Invaden el pulmón gruesos estertores húmedos que tienen su máximo en la base y se comprueban focos de estertores más finos durante los accesos de sofocación.

Pero antes de llegar á semejante estado, se observan á menudo, sobre todo, en la miocarditis esclerosa, una serie de ataques bronquíticos que ha descrito Huchard con el nombre de *bronquitis de repetición de la miocarditis esclerosa*.

Deja adivinar lo que acabamos de decir, que en estos accidentes torácicos de los cardiopatas, la bronquitis no es el todo, sino que la congestión y el edema pulmonar se unen á ella en una proporción variable y es esta misma asociación la que da á estos accidentes su carácter propio. Otras veces es la producción de un infarto, la que viene á modificar el cuadro clínico. Un último carácter de estos accidentes, es que el enfisema los complica con frecuencia y se desarrolla con una gran rapidez.

Estudiaremos luego la *patogenia* de las bronquitis cardíacas, al mismo tiempo que la de la bronquitis albuminúrica.

TRATAMIENTO.—No debemos usar, en estos casos, las medicaciones comunes de las bronquitis. Con razón se ha dicho, que la enfermedad está en el pulmón, pero que el peligro reside en el corazón (Huchard). La bronquitis de los aórticos necesita el uso de la revulsión, de los ioduros ó de los bromuros y la bronquitis de los mitrales se tratará con los *reguladores del corazón*; es del dominio de la digital. Renault (de Lyon) agrega á la digital el cornezuelo del centeno, como tónico de los vasos.

Siempre que la tos sea bastante intensa para aumentar la cianosis y las perturbaciones circulatorias, está uno inclinado á administrar los estupefacientes; pero estos pueden llegar á ser peligrosos, aumentando la obstrucción de las vías

(1) Huchard, *Dyspnée cardiaque*; *Leçon de la semaine méd.*, pág. 125, 1890; et *Traité des maladies du cœur*.—Renaut, *Myocardite segmentaire essentielle des vieillards*; *Gaz. des hôpitaux*, pág. 202, 1890.

respiratorias. En semejantes condiciones, G. Sée aconseja el empleo del ioduro de potasio que desobstruye los bronquios, hace que la tos sea más fácil, y obra de un modo favorable sobre el miocardio.

V

Bronquitis albuminúricas.

Lasègue, ha descrito con detenimiento, las bronquitis albuminúricas. Pero, con este nombre, comprendía el conjunto de los accidentes torácicos de la enfermedad de Bright. Puede admitirse la descripción de Lasègue, cuando se conoce la extensión que daba á la palabra *bronquitis*.

Distingue tres tipos principales de bronquitis albuminúrica :

1.º La forma más sencilla y general, es el *edema bronco-pulmonar fugaz y emigrante*. El enfermo tose poco, pero una disnea más ó menos aguda le incita á pedir la asistencia del médico. Dicha disnea tiene paroxismos : no se acrecienta con el movimiento ; es más acentuada durante el día ; hace caer al enfermo en una ortopnea. Es el *pseudo-asma albuminúrico*. Cuando se le ausculta, se oyen en uno ó varios puntos, que es preciso investigar con esmero, estertores crepitantes sin soplo, aglomerados de tal modo que constituyen focos. No tienen estos focos asiento fijo ; se presentan tan pronto en las partes superiores, como en la base de los pulmones, y con frecuencia en las regiones axilares. Nunca ocupan un lóbulo por entero. Son muy móviles y se puede comprobar, á veces, que cambiam de sitio durante una auscultación de algunos minutos ; otras veces permanecen en el mismo punto durante algunos días, rara vez más allá de ese tiempo.

Este estado morboso es apirético, teniendo á menudo poca duración, pero reapareciendo con suma facilidad.

Con frecuencia, es el primer síntoma que pone sobre la pista de una albuminuria incipiente ó latente.

2.º La *bronquitis albuminúrica, propiamente dicha*, constituye la segunda forma ; sobreviene en los albuminúricos reconocidos, declarándose á menudo de pronto y adquiriendo desde un principio suma intensidad. Experimenta el enfermo una disnea intermitente con paroxismos. La tos es constante, exacerbándose durante las crisis de opresión y acompañada con la expectoración de esputos mucosos ó moco-purulentos, mezclados muchas veces con sangre difusa, ó con filamentos negruzcos.

Demuestra la auscultación, que la bronquitis tiene una evolución ascendente ; al principio, se comprueban sólo focos de edema semejantes á los de la primera forma ; más adelante, aparecen estertores mucosos y subcrepitantes, así como estertores sonoros y sibilantes.

Preséntase sin fiebre este estado morboso, indicio reconocido de la enfermedad de Bright confirmada ; puede desaparecer al cabo de cierto tiempo, pero son frecuentes las recaídas.

3.º La tercera forma, despierta la idea de una verdadera *bronco-pneumonia*. Principia con frecuencia, así como las anteriores, con cierta rapidez, y va acom-

pañada á menudo de un estado febril. La tos es frecuente é intensa, y aumenta todos los días ; la expectoración se manifiesta abundante, profusa y á veces sanguinolenta. La opresión es acentuada y continúa, con paroxismos.

Cuando se ausculta, se comprueban estertores de bronquitis generalizada con focos de estertores crepitantes, que son permanentes aun cuando los estertores de bronquitis hayan desaparecido. En este caso, la afección sigue su marcha descendente ; y prueba de ello, es que la bronquitis reaparece al principio de cada nuevo ataque, y desaparece la primera dejando en pos de sí el foco pulmonar.

Pregúntase asimismo Lasègue, si acaso esta tercera forma no será una bronco-pneumonia común, ingertada sobre un terreno bríghtico. Lo que la distingue en todo caso es que, á pesar de la depreciación del organismo por consecuencia de la albuminuria, suele curarse.

Finalmente, cuando la enfermedad de Bright alcanza el último término de su evolución, y en los momentos que anteceden á la muerte, se presenta, generalmente, una congestión edematosa difusa con gruesos estertores húmedos, debidos á la retención del moco bronquial.

PATOGENIA DE LAS BRONQUITIS CARDÍACAS Y DE LAS ALBUMINÚRICAS. — Fácil es enterarse de que el cuadro trazado por Lasègue, de las bronquitis albuminúricas, tiene más de un parecido con el de las bronquitis cardíacas.

¿Qué observamos en ambos casos?

1.º Congestiones y edemas pasivos de los bronquios y del pulmón, fijos, y que ocupan las partes declives ; se trata, por supuesto, de accidentes mecánicos debidos á la *debilidad de la acción del corazón*, cuya debilidad es la regla en las cardiopatías, y con frecuencia acompaña, como es sabido, á la evolución del bríghtismo.

2.º Congestiones y edemas de los bronquios y del pulmón, activos, móviles, pasajeros, variables, pero teniendo fáciles recaídas. Creemos que aquí se trata de *accidentes nerviosos*, unidos á una perturbación de los vaso-motores de los bronquios y de los pulmones.

En la enfermedad de Bright, débense dichos accidentes, á los venenos urémicos que atacan á los vaso-motores de los bronquios y del pulmón, bien sea directamente en sus ramificaciones terminales, bien sea en su origen bulbo-medular.

En las cardiopatías, es verosímil que se trate de accidentes con origen análogo y que es preciso atribuirlo á la intoxicación compañera de la insuficiencia renal, ó á la que resulta de la insuficiencia de la hematosis (auto-intoxicación por el ácido carbónico).

Solo por obedecer á las exigencias de la patología, hemos descrito separadamente las bronquitis cardíacas y las albuminúricas. A la cabecera del enfermo, los hechos no presentan siempre una diferencia muy marcada y entre ciertas afecciones cardíacas y otras renales, la arterio-esclerosis establece con frecuencia un vínculo tan estrecho, que el límite que separa los accidentes cardíacos y los albuminúricos es imposible las más de las veces señalar.

TRATAMIENTO. — La leche, el ioduro de potasio á veces y la revulsión sobre los lomos, mejoran las bronquitis albuminúricas, pues obran favorable-

mente sobre la lesión renal. Contra la misma bronquitis, la aplicación repetida de ventosas secas sobre el tórax, en número casi ilimitado, es el mejor medio para aliviar al enfermo (Lasègue). Los calmantes no dan resultados favorables, siendo, por el contrario, bastante eficaz la derivación intestinal. Con éxito hemos administrado píldoras de Lancereaux (1).

Ya digimos que las lesiones renales y las cardíacas coexisten con frecuencia y se enlazan para producir la bronquitis crónica. Acordémonos siempre de este hecho, y que el médico sepa, en caso oportuno, combinar el tratamiento de las bronquitis cardíacas con el de las albuminúricas.

VI

Bronquitis en la fiebre tifoidea y en los estados tifoideos y adinámicos.

Tres caracteres generales presentan las bronquitis que tan comunmente se observan en todos los estados generales graves (fiebre tifoidea, tífus, estados tifoideos adinámicos ó caquéuticos): 1.º, en general, son benignas y no necesitan más tratamiento que el del estado morbozo primordial, si son graves y son por sí mismas un manantial de indicaciones terapéuticas, es sólo por excepción; 2.º, por lo regular, van acompañadas de congestión pulmonar con pneumonía epitelial (esplenización); 3.º, no presentan forzosamente la coriza, ni la laringitis.

Bronquitis en la fiebre tifoidea. — Es constante la bronquitis en la fiebre tifoidea; sobreviene desde el principio, el cuarto ó quinto día, según Luys, y desaparece sólo en la convalecencia. En el mayor número de casos, es ligera y benigna, y no requiere casi nunca intervenciones terapéuticas, pero es tan constante, que tiene gran valor para el diagnóstico.

La bronquitis de la fiebre tifoidea va acompañada, por lo regular, de congestión pulmonar, con pneumonía epitelial (esplenización, pneumonía hipostática); por su intensidad; semejante estado del pulmón, puede dar á los accidentes torácicos de la fiebre tifoidea una gravedad extraordinaria.

Puede, sin embargo, la traqueo-bronquitis de la fiebre tifoidea presentar, por sí sola, una intensidad muy grande. Esto depende con frecuencia de las epidemias. En estas formas intensas, es cuando la inflamación gana las partes profundas y puede provocar lesiones de los cartílagos (condritis, pericondritis, neurosis, abscesos, etc.).

Bajo la inspiración de Gilbert, Billout ha analizado muy recientemente, con más acierto de lo que se había hecho antes, las formas diferentes de la bronquitis en la fiebre tifoidea (2), y describe las formas siguientes:

1.ª La bronquitis leve, sobre todo congestiva, que acompaña al período de *ascension* de la fiebre tifoidea;

- | | | |
|-----|--------------------------------|---------------|
| (1) | Polvo de escila..... | } aa 1 gramo. |
| | Polvo de escamonea..... | |
| | Polvo de hojas de digital..... | |

Dividase en 20 papeles, para tomar 3 ó 4 al día.

(2) Billout, Bronchite dans la fièvre typhoïde, Thèse de Paris, 1890.

2.ª La bronquitis más importante del *período de estado*, continuación de la anterior ó que aparece de repente;

3.ª La bronquitis *inicial intensa*, verdadera fiebre tifoidea con principio bronquítico ó *bronco-tifoideo*, como lo llama Gilbert. Pero no hay seguridad de que esta última forma, represente una verdadera bronco-tifoidea. N. Gueneau de Mussy, y Millée (1) han descrito idénticos hechos con el nombre de *fièvre tifoïde con principio grippal*, admitiendo que la gripe y la dotienentería pueden desarrollarse y evolucionar de consuno en el mismo individuo, sobre todo en tiempo de epidemia grippal;

4.ª La bronquitis de la *convalecencia*, no presenta nada de particular. Parece, no obstante, que algunos enfermos conservan después de una fiebre tifoidea una extremada sensibilidad en los bronquios, contrayendo bronquitis que se complican con facilidad de bronco-pneumonía, que puede ser mortal ó concluir por su curación ó por la esclerosis del pulmón ó la tisis pulmonar (2).

Lo probable es que las bronquitis de la fiebre tifoidea sean infecciosas, no específicas, en la casi totalidad de los casos. Si algunas veces se ha encontrado el bacilo de la fiebre tifoidea en los pulmones y en los pequeños bronquios (Chantemesse y Widal, Polguère) (3) su presencia no ha sido comprobada, que sepamos, en la pared de los gruesos y medianos bronquios inflamados.

Sin embargo, es posible que en ciertos casos, particularmente en la bronco-tifoidea descrita por Gilbert y Billout, la lesión bronquial sea debida á un transporte embólico del bacilo de Eberth del intestino á los vasos bronquiales.

La bronquitis, específica ó no, es la regla en casi todas las enfermedades infecciosas; sólo la escarlatina parece librarse de esta ley (Trousseau). Sin embargo, Jaccoud ha observado un caso de bronquitis intensa en la *escarlatina*, y cita documentos que acreditan que esta complicación no es tan rara como se cree. La observación de Jaccoud, permite creer que la bronquitis de la escarlatina es infecciosa, pero no específica (4).

VII

Bronquitis malárica.

¿Puede el paludismo dar origen á una *bronquitis intermitente*, especie de fiebre larvada? Esto es lo que admitían Broussais, Laënnec y otros autores; es lo que admitía también Gintrac, que ha resumido bien los trabajos anteriores sobre este punto. Según este último autor, hé aquí lo que se observa en los países donde reina la malaria: un palúdico tiene un acceso de fiebre con sus tres estadios; el estadio de calor va acompañado de tos, expectoración y opresión considerable, desapareciendo todo con el acceso.

(1) Millée, De la fièvre typhoïde à début grippal, Thèse de Paris, 1884.

(2) Hutinel, Convalescence et rechutes de la fièvre typhoïde, Thèse d'agreg., 1883.

(3) Polguère, Des infections secondaires. Leur localisation pulm. au cours de la fièvre typhoïde et de la pneumonie, Thèse de Paris, 1888.

(4) Jaccoud, Clinique de la Pitié, t. III, pág. 246.