

ción de los ligamentos ariteno-epiglóticos. Las enfermedades del corazón y de los grandes vasos tienen síntomas muy marcados; macidez precordial, movimientos de expansión, ruidos de fuelle, aclaran el diagnóstico y disipan la duda si la hubiera.

El siguiente cuadro que tomamos de Rilliet y Barthez aclara de un modo preciso el diagnóstico de la coqueluche y la tuberculización de los ganglios bronquiales.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

TUBERCULIZACIÓN DE LOS GÁNGLIOS BRONQUIALES.	COQUELUCHÉ.
Completamente aislada no contagiosa.	Frecuentemente epidémica, transmisible.
No tiene periodos distintos.	Tres periodos distintos. Solo la segunda por quintas.
Quintas muy cortas por lo comun, sin silbido y sin expectoración filamentosas y sin vómitos.	Quintas con silbido y expectoración filamentosas y vómitos.
Signos físicos de la tuberculización gangliónica.	Respiración pura en el intervalo de las quintas.
Accesos de disnea en ciertos casos, alternando con las quintas; movimiento febril con sudores.	En el intervalo de las quintas, respiración y pulso natural, cuando la enfermedad es sencilla.
Voz velada.	Voz natural.
Marcha crónica.	Marcha aguda.

Pronóstico. Siempre grave, la muerte es la regla; las excepciones no son mas numerosas que en la tisis pulmonal y otras enfermedades diatésicas de las que son una de las localizaciones mas peligrosas.

§ VII.—Tratamiento.

El carácter inamovible de la lesión, la imposibilidad de dirigir contra ella una operación quirúrgica, su naturaleza esencialmente mecánica, condena por necesidad á la terapéutica á una desconsoladora inacción; pero donde la medicina es impotente para curar, cuenta aun con recursos para aliviar, y aun en los casos de expectación mas desesperados puede aun lograr llegar á este resultado. La medicina sintomática es la única que puede plantearse. Combatir por los medios apropiados las congestiones mecánicas que se producen en diversos órganos, solicitar por vómitos la espulsión de mucosidades acumuladas en la tráquea ó en los brónquios en los puntos comprimidos y que amenazan la asfixia, calman los dolores y combaten el insomnio

por dosis opiadas gradualmente segun la necesidad y el establecimiento de la tolerancia; sostener las fuerzas por una alimentación suficiente; emplear los revulsivos sobre la piel y tubo intestinal, y por último, cuando se hace inminente la sufocación, recurrir á la sangría general que aunque solo produce un alivio momentáneo pero que disminuye constantemente la opresión. Tal es el círculo de los medicamentos paliativos que el médico deberá emplear cuando vea su aplicación necesaria (1).

CAPÍTULO VII.

ENFERMEDADES TORÁCICAS SIN SITIO DETERMINADO.

A pesar de todas las investigaciones á que con asiduo esmero se han entregado los prácticos en estos últimos años, hay algunas afecciones de los órganos respiratorios en las que no se ha podido encontrar ninguna causa material evidente. En este capítulo presentaremos la historia de lo que nos queda por tratar de las enfermedades de las vías respiratorias.

El *asma esencial* y la *coqueluche* son las únicas afecciones de que debemos ocuparnos; las *disneas* que se observan en ciertas nevroses deben colocarse en el estudio de estas últimas enfermedades; en cuanto á la *asfixia*, que parece pertenecer mas especialmente á las enfermedades de los órganos respiratorios, cuya descripción presentaremos en el tomo tercero.

ARTÍCULO PRIMERO.

ASMA.

§ I.—Definición.

Por mucho tiempo se ha designado con la denominación de *asma* toda disnea que presentaba un carácter marcado de intermitencia conservando el nombre de *disnea*, ó se daba el de *ortopnea* á la dificultad de respirar que acompaña á otras afecciones comunes.

German Sée (2), en su artículo sobre el asma, dá una definición mas satisfactoria de esta enfermedad. La fisiología, dice, aplicada al

(1) Fonssagrives, *Loc. cit.*, p. 714.

(2) Germain Sée, *Nouveau Dictionnaire de med. et de chir. pratiques*, Paris, 1865.

estudio del asma, nos indica una enfermedad crónica compuesta de tres elementos: una disnea intermitente especial, una exudación bronquial y una lesión secundaria de las vesículas pulmonales ó enfisema. Estamos lejos de la escuela de Valleix y de la escuela médica de observación, que cambiando el orden de las relaciones de los fenómenos morbosos, ve en el asma la consecuencia del enfisema pulmonal ó de una enfermedad del corazón, cuando hoy hay más tendencia á considerar el enfisema no como causa, sino como el efecto de los accesos de asma. Trousseau (1), uno de los más decididos partidarios de la esencialidad de esta afección, la declara en su principio *una é independiente*. Sin embargo, la considera como una manifestación de un estado particular del organismo, de una verdadera diátesis: «Es una manifestación de un modo de ser particular de una enfermedad general, con espresiones locales muy diversas, traduciéndose unas veces por accesos de disnea, de opresión, por corizas considerables, por catarros particulares que pueden considerarse como accesos; pudiendo también tomarse por accesos de gota, por afección calcúlosa, por reumatismo, por afecciones hemorroidales.» Con estas citas hemos querido demostrar que el punto de vista bajo el que consideraban los antiguos el asma ha sido puesto de nuevo á la orden del día.

§ II.—Historia.

Los antiguos conocieron todos el asma y más ó menos han hablado de ella en sus obras. Galeno, Celso, Aretéo, Pablo de Egipto y Avicena, la han descrito. Celio Aureliano indicó perfectamente sus síntomas y marcó preciosas indicaciones terapéuticas. Willis (2), aceptando la teoría antigua, hace depender el asma de: 1.º una afección del pulmón; 2.º de una simple afección convulsiva de los nervios, y 3.º de una contracción espasmódica de los bronquios.

Floger (3) resumió los trabajos de sus predecesores, pero su libro solo presenta utilidad para las personas curiosas que quieran consultar los progresos científicos verificados desde esta época hasta nosotros. Sauvages y Cullen han tenido el raro mérito de distinguir el asma verdadero de los síntomas continuos de diverso origen.

Se ha atacado la esencialidad del asma. Rostan (4) fué uno de los primeros que atacó vivamente y sostuvo que el asma es siempre el síntoma de una enfermedad del corazón ó de los grandes vasos. Esta idea formulada de este modo no es sostenible, pero ha tenido el mérito de provocar trabajos y sostener discusiones muy provechosas para

- (1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu*, 1865, t. II, p. 387.
- (2) Willis, *Pathologie cerebrale*, 1770, p. 216.
- (3) Floger, *A treatise on the Asthma*, Londres, 1726.
- (4) Rostan, *Memoire sur l'asthme des vieillards: est-il une affection nerveuse?* (*Nouveau journal de médecine*, Setiembre, 1818).

la ciencia. Las tesis de Bouillaud (1), de Sestier (2), de Nonat (3), de Bouis (4), están llenas de observaciones muy útiles de conocer; en época más próxima contamos también con trabajos de no menor importancia. Lefevre (5), publicando la historia de su misma enfermedad ha producido señalados servicios y ha fijado mejor que nadie podía hacerlo la esencialidad del asma, combatida con grande autoridad por Louis (6) en diferentes publicaciones.

Beau (7), refiriendo la producción del asma á la secreción del moco bronquial, se inclina hasta cierto punto á la lesión invocada por Louis. Creemos inútil detallar todos los trabajos en que se describe esta enfermedad: bástenos mencionar el importante artículo de Trousseau (8), las memorias originales de Gueneau de Mussy (9), de Pidoux (10), de Kidd (11) y la monografía tan completa como quizá demasiado comprensiva de German Sée (12). Este trabajo, lleno de nuevas indicaciones, está concebido bajo el doble punto de vista de la fisiología y de la medicina experimentales; considera en su conjunto todas las variedades de disneas, hace resaltar las causas y los caracteres de cada una de ellas y demuestra la fisonomía exacta del asma entre las enfermedades que se le parecen.

Divisiones. Según Sauvages, que distinguía el asma de la disnea porque esta es continua y de la ortopnea porque es una enfermedad aguda, se deben admitir diez y ocho especies de asma, todas descritas por diferentes autores. Nosotros solo citaremos, por ejemplo, el *asma húmedo* de Riviene, el *asma convulsivo* de Willis, el *histérico* de Baghivi, *artrítica* de Murgrave, *exantemática* de F. Hoffmann, de los *jobabdos* de Hipócrates. Borsieri (13) redujo con razón el número de estas divisiones. Trousseau describe muchas variedades de asma según las localizaciones de la diátesis preexistente.

Pidoux veía en esta afección el concurso de tres elementos: el *aneurisma del pulmón ó enfisema*; el *catarro bronquial* y el *espasmo ner-*

- (1) Bouillaud, *Sunt ne asthma et angina pectoris symptomatica sunt ne essentialia*, tesis, 1828.
- (2) Sestier, *Des dyspnees periodiques*, tesis, 1832.
- (3) Nonat, Tesis de París, 1835.
- (4) Bouis, *Sur l'asthme*, disertación, 1825.
- (5) Lefevre, *Recherches sur la nature, les causes et le traitement de l'asthme*, París, 1847.
- (6) Louis, *Memoire sur l'emphyseme*, 1826. *Dictionnaire de médecine*, París, 1835. *Ms. de la soc. med. de obser.*, 1837, t. I.
- (7) Beau, *Traité d'auscultation appliquée á l'étude des maladies du poumon et de cœur*, 1856.
- (8) Trousseau, *Clinique médicale*, 1865, t. II.
- (9) Noël Gueneau de Mussy, *De l'influence reciproque de l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire*. (*Arch. gen. de med.*, 1864).
- (10) Pidoux, *Leçons sur l'asthme*, 1855. *Union médicale*.
- (11) Kidd, *Sur la pathologie de l'asthme*. (*Gaz. med.*, 1862).
- (12) G. Sée, *Nouveau Dictionnaire de med. et de chir. pratiques*, París, 1865, t. III.
- (13) Borsieri, *Institutiones med. pract.*, 1798, t. IV, p. 184.

vioso; según el predominio de acción de uno de estos tres elementos, la enfermedad reviste una forma particular.

German Sée (1) divide los accesos de asma en cuatro categorías distintas, apoyándose en su orden de producción:

1.º *Accesos de origen neuromotriz*; 2.º *accesos reflejos*; 3.º *accesos de origen central*; 4.º *accesos de origen humoral*. Difícil es preveer si esta clasificación se aceptará y si llegará á ser clásica. En nuestra opinión presenta la ventaja de clasificar las causas en orden metódico y dar un punto de apoyo racional á las indicaciones terapéuticas.

En el estudio que vamos á hacer de las causas del asma seguiremos la descripción de Sée.

§ III.—Causas. Climas. Estaciones. Localidades.

Los climas cuya temperatura está sujeta á cambios bruscos favorecen el asma; así se observa casi endémica en Sajonia, frecuente en la isla de Reunion, en el Archipiélago, en las costas del Asia Menor (Galloni, Lefevre). El frío es más sensible que el calor (Hoffmann); según Trousseau deben ser sobre todo más frecuentes en mayo y noviembre; esta contradicción aparente puede aplicarse por las transiciones bruscas de la temperatura, sobre todo en los países cálidos. En estas comarcas la intensidad absoluta del frío no es nunca muy grande, pero la impresión es tanto más sensible cuando el cuerpo está sometido á una temperatura más elevada. Una atmósfera cargada de oxígeno, densa y en calma, es favorable á los asmáticos, y así se mejoran en los puntos altos; los americanos describen una variedad de asma que designan con el nombre de *asma montanun* (2). La agitación del aire es muy sensible y la atmósfera marítima es mal soportada por muchos enfermos. Un hecho muy antiguo en la historia del asma, es su afinidad por ciertas localidades sin que nada pueda explicar esta predilección. Los médicos ingleses han intentado generalizar el hecho acriminando la atmósfera de las grandes ciudades. En apoyo de esta opinión Trousseau (3) cita la historia de un jóven que después de dos años de frecuentes ataques de asma se curó de esta afección por su permanencia en Londres y en París. Un abogado, amigo del profesor del Hotel-Dieu, adquirió en Calvados accesos de asma que se curaron cuantas veces iba á París. Ducamp y Floyer refieren observaciones del mismo género. «Salter (4) refiere la historia de veinte asmáticos cuyos accesos se modificaban repentinamente por cambios de localidad; de estos veinte, catorce debieron su alivio ó curación á la permanencia en una ciudad populosa, Londres especialmente (11 por 14), Glasgow y

(1) G. Sée, *Nouveau Dictionnaire de med. et de chir. pratiques*, art. ASTHME, t. III, p. 644.

(2) Lombard, *Climats des montagnes*, 1858, p. 60.

(3) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, Paris, 1863, t. II.

(4) Salter, *On asthma its pathology and treatment*, Londres, 1860.

Manchester. Hay que notar que en estas ciudades las partes peor aireadas y más brumosas son en las que se han manifestado mejor las curaciones. Si el hecho fuera constante podría suponerse que el desprendimiento de gases sulfurosos y amoniacales producen este buen resultado. ¿Pero cómo explicar estos casos singulares referidos por Trousseau, un jóven que viajando vuelve á ser acometido de los accesos tan pronto como penetra en el departamento de la Gironda y del interno que se cura pasando del hospital de Beaujou al del Hotel-Dieu?

Predisposiciones individuales.—1.º *Sexos*. Las mujeres por regla general están mucho más expuestas que los hombres á las afecciones nerviosas. El asma constituye una excepción evidente de esta ley general. De las estadísticas presentadas por G. Sée (1), resulta que Pricham cuenta 20 mujeres por 100 asmáticos; Thery (2) 60 mujeres por 149 enfermos; Salter (3) 18 mujeres por 56 hombres. ¿Podrá decirse, como afirman Salter y Thery, que el hombre está más frecuentemente dispuesto al asma catarral, y la mujer al asma nervioso? Nada hace legitimar esta opinión; está fundada en opiniones puramente teóricas en manifiesta contradicción con los hechos.

2.º *Edades*. Se cree generalmente que los viejos están más expuestos al asma que los jóvenes, y que los niños están completamente esentos. Según Sée el orden de frecuencia debe clasificarse por el siguiente orden: 1.º los veinte primeros; 2.º la vejez; 3.º la edad adulta. Además de las observaciones recogidas por diferentes autores, Sandras y Trousseau refieren casos que prueban de un modo incontestable que los niños, aun en el primer año, pueden afectarse de esta enfermedad. Sée solamente ha tenido ocasión de tratar ocho casos de asma infantil, de los que dos corresponden al asma simple y los otros estaban subordinados á una causa local ó general más ó menos apreciable. Es evidente que si se consideraba el asma como afección casi exclusiva de la vejez es porque se le confundía con la disnea habitual de las afecciones orgánicas del corazón y de los pulmones.

3.º *Constitucion, herencia, influencias morbosas*. Nada de cierto conocemos bajo el punto de vista de la constitucion, pero la influencia de la familia, ó en otros términos la *herencia* es de las más evidentes; y esto es tanto más fácil de comprender cuanto que el asma se encuentra por lo común bajo la dependencia de una diátesis hereditaria; tales son las diátesis gotosa, herpética, etc. Salter de 55 casos ha encontrado catorce veces los indicios de la herencia; siete eran el origen directo y paterno, y en los otros siete procedía de parientes cercanos ó de colaterales. Todos los autores citan hechos de este género; la madre de Trousseau, que fué asmática, transmitió á este la misma afección. Olvidada por un momento bajo la escuela anatómico-patológica, la grande influencia de las diátesis sobre las localizaciones

(1) Germain Sée, *Nouveau Dictionnaire de med. et de chir. pratiques*, t. III, p. 653.

(2) Thery (de Lanjou), *De l'asthme*, 1859.

(3) Salter, *Loc. cit.*

morbosas, se ha puesto de nuevo á la órden del día, como se ve en los escritos publicados recientemente sobre el asma. Sin embargo, Bouillaud (1), uno de los mas eminentes representantes de la escuela moderna admitió y probó la posibilidad del *asma herpético*: tuvo ocasion de ver un acceso de esta afeccion determinado por la desaparicion de un herpe antiguo, que se curó completamente con la nueva aparicion de este. Trousseau ha observado la alternativa de una urticaria con los accesos de asma. Estos casos no se habian escapado á la sagacidad de los observadores del siglo pasado: Sauvages y Cullen indicaron estas variedades de la afeccion, pero les faltaban pruebas y la generalizacion sobrepujaba la comprobacion de los hechos. Duclos (2) procuró establecer que todos los asmáticos tienen una diátesis herpética, fué objeto de vivos reproches, y este observador no pudo demostrar lo que afirmaba; esto es, que las manifestaciones herpéticas en la mucosa bronquial coincidia con los accesos convulsivos del asma. Sin embargo, la influencia diatéctica existe: Gueneau de Mussy, Moutard-Martin, German Sée (3), refieren ejemplos incontestables.

Diátesis gotosa y reumática. Floyer, Hoffmann, Roberto Brée (4), Gendron, Massina (5), Trousseau, Sée y Gueneau de Mussy (6), han probado de un modo incontestable las alternativas de los dolores articulares y de la diátesis con el asma, y por consiguiente la subordinacion de estas manifestaciones á la diátesis gotosa. De 27 asmáticos observados por Gueneau de Mussy se observó la herencia efectiva del asma en 6 enfermos, de los que 4 eran reumáticos; de los otros 11, 6 tenían parientes artríticos. En resumen, 7 veces de 11 la diátesis se manifestó con caracteres incontestables sea en los mismos enfermos, sea en sus parientes.

Las *diátesis* escrofulosa ó tuberculosa en sus relaciones con los accesos de asma nos parecen mucho menos importantes que las que hemos indicado. Gueneau de Mussy cita cinco observaciones (obs. 3.^a, 4.^a, 5.^a, 6.^a y 7.^a) de hemotísicos que se hicieron asmáticos. Cualquiera que sea la relacion que exista entre ambas evoluciones morbosas ¿será una trasformacion de la otra, ó estarán subordinadas ambas á un mismo estado general del organismo? En el estado actual de la ciencia no puede darse siempre conclusion definitiva, ni tampoco nos es permitido suponer que la artritis como diátesis tiene bajo su dependen-

(1) Bouillaud, tésis citada, 1826.

(2) Duclos (de Tours), *Recherches nouvelles sur la nature et le traitement de l'asthme* (*Bulletin de thérapeutique*, 1863, t. LX, p. 289).

(3) Germain, *Loc. cit.*

(4) Roberto Brée, *A practical inquiry on disordered respiration*, 1797, trad. por Ducamp, Paris, 1819.

(5) Massina, *Sur les rapports de l'asthme avec la goutte* (*Gaz. des hop.*, 1858, p. 478).

(6) Noel Gueneau de Mussy, *De la influence reciproque de l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire* (*Gaz. des hop.*, 1861, p. 353, y *Arch. gén. de méd.*, 1864, 6.^a série, t. IV).

cia los tubérculos y el asma que serían sus derivados (ob. 1.^a de la Memoria de Gueneau de Mussy).

Causas ocasionales. Las causas de que nos falta que hablar son todas insuficientes por sí solas para producir un acceso de asma; para que obren es necesaria la predisposicion; pero en algunas circunstancias, como veremos, tienen algo de especial y su impresion va seguida de un efecto casi necesario. Las causas ocasionales se encuentran naturalmente clasificadas en las cuatro categorias de accesos admitidos por Sée. Vamos á pasarlos rápidamente revista.

1.^o *Accesos de origen neuro-motriz.* La aplicacion de la causa se efectúa directamente sobre la mucosa bronquial, sobre las expansiones del neumo-gástrico; los agentes escitantes son los polvos orgánicos y los gases de diversa naturaleza. Entre los polvos de origen vegetal es menester ante todo citar la *ipeacuana*; nada mas característico que la accion de este polvo. En el Informe de Cullen se refiere que la mujer de un farmacéutico era atacada de accesos de asma cada vez que se pulverizaba ipecacuana en la oficina: Gintrae, Thery, Trousseau, Massina y Salter, refieren casos análogos. En estos casos el polvo de ipecacuana, segun ciertos autores, obra sobre los músculos de Reisseisen, del mismo modo que obra sobre los músculos del estómago. Esta explicacion es seductora, pero es lastimoso que se encuentre en contradiccion con las investigaciones de Pécholier, que niegan la contraccion de los músculos lisos de los bronquios (1).

Los médicos ingleses han insistido mucho sobre una variedad de asma (*asthma-hay*) que se produce por las emanaciones que desprende el heno desde el mes de mayo á fin de julio; el acceso es por lo comun precedido de un catarro de las vias respiratorias superiores. Los polvos procedentes del aventado del arroz, de la avena (Trousseau) y otras sustancias análogas, determinan fenómenos idénticos. Los cardadores de lana, los colchoneros y los zurcidores, están sujetos á esta afeccion. Los gases irritantes, el ácido sulfuroso, el cloro, el amoniaco, se les ha atribuido las mismas circunstancias. Conocemos un profesor de química que se vió precisado á suspender momentáneamente sus lecciones porque el menor desprendimiento de gas sulfuroso ó de cloro le producía un acceso de estrema sufocacion. Sin embargo, como si todo fuera contradiccion en las enfermedades nerviosas, refiere Trousseau el caso de un capitan cuyos accesos de asma desaparecieron durante un viaje largo en que estuvo en contacto con las emanaciones amoniacales desprendidas por su cargamento de guano.

2.^o *Accesos de origen reflejo.* La irritacion se verifica en un punto lejano del aparato respiratorio, pero actúa de un modo reflejo por el intermedio de los centros nerviosos sobre los nervios que animan los músculos de los bronquios. De este modo las indigestiones, la timpanizacion, las dispepsias, el estreñimiento, la ingestion de bebidas al-

(1) Germain Sée, *Loc. cit.*, p. 646.

cohólicas, son la causa ocasional de los accesos de asma; que las alteraciones menstruales, las enfermedades ovario-uterinas, producen igual resultado, así como la impresión del frío sobre la piel y las diversas erupciones agudas y crónicas que afectan el tegumento externo.

3.º *Accesos de origen central.* Las emociones de todo género, expansivas y sobre todo depresivas, se han considerado como productoras del asma. Thery (1) refiere diez observaciones en apoyo de esta opinión. Todos conocen la historia del oficial referido por Ferrus que fué atacado de un violento acceso asmático cuando vió ocupado á París por las tropas extranjeras. Séé, al que seguimos en esta descripción, dá poco valor á este orden de causas. La relacion de causalidad, dice (pág. 659), ha sido origen de esta apreciación; la preocupación del enfermo tiene mucha influencia también. Según él, las emociones morales solo obran como predisponentes, alterando al enfermo y sobre todo, produciendo una profunda alteración en las funciones digestivas.

4.º *Accesos de origen humoral ó misto.* ¿La existencia de la diátesis, cualquiera que sean las causas determinantes que provoquen los accesos de asma, se opone á las localizaciones que les son habituales? Esta cuestión abraza la tan frecuentemente agitada de las *supresiones*, de los *retrocesos* y de las *metástasis*. En este particular nuestra ignorancia es absoluta; lo que puede decirse de mas general es que el género de vida, las costumbres de los enfermos, las necesidades y las profesiones de las personas en inminencia diatésica, no dejan de tener influencia sobre las localizaciones morbosas, y que estas circunstancias pueden cambiar la diátesis dislocando su acción, fijarse en un órgano despues de haber impresionado otro. La supresión de las hemorroides, de un exutorio, de un antiguo ezema ha sido con frecuencia sobrada, quizá acusadas de producir el asma.

La etiología de las enfermedades es el objeto mas árduo, y sin embargo, puede decirse que es el mas descuidado. Desanima en efecto el procurar poner de acuerdo las opiniones mas contradictorias; pero la falta es de los médicos que con frecuencia, sin detenerse en los términos, han dado el mismo nombre á enfermedades completamente diversas. Todas las clases de disnea se han confundido la mayor parte de las veces con el asma; no debe admirarnos que los polvos minerales de sílice, de cobre, de carbon, causas materiales de lesiones profundas del pulmon y secundariamente de disnea, hayan sido consideradas como obrando directamente sobre el nervio neumogástrico para producir la nevrose que estudiamos. ¿Son también accesos de asma los que provocan la retención de orina y su descomposición en el organismo? (2) ¿El alcohol, el miasma palúdico (*toxio asthma* de

(1) Thery, *Loc. cit.*

(2) Niémeyer, *Elemens de pathologie interne et de therapeutique*, Traducción de Culmann y Serget, Paris, 1865, t. I, p. 89.

los ingleses) son también causas determinantes? Estos problemas propuestos pero no resueltos aun.

§ IV.—Síntomas.

Los síntomas del asma están esencialmente caracterizados por una serie de accesos irregularmente periódicos durante algunas horas, para desaparecer despues, dejando al individuo en un estado de salud mas ó menos completo. Dar la descripción de uno de estos accesos basta para caracterizar la enfermedad. Diremos primeramente que el asma es una enfermedad apirética y que su invasión, como la de casi todas las nevrosis, es repentina, casi instantánea; sin duda que hay excepciones, pero entonces la enfermedad no es franca, y estas variaciones insólitas resultan, sea de predisposiciones individuales, ya de causas particulares.

Hora de los accesos. Todos los autores están conformes en indicar en el asma una predilección marcada por las horas de la noche para los accesos de asma. Que el enfermo esté acostado, que esté levantado, siempre es atacado á la misma hora poco mas ó menos. No es pues razonable atribuir al decúbito dorsal ni al infarto pulmonal que es su consecuencia, la causa determinante del acceso nocturno. Esta ley general tiene sus excepciones, y como dice Trousseau (1), el asma tiene sus caprichos, y en vez de declararse por la noche, hace su aparición de día, pero hay una particularidad que conviene señalar y es que esta nevrose por caprichosa que sea, repite casi siempre á la misma hora, ya sea de día ó de noche, correspondiendo con la que primeramente hizo su manifestación.

Descripción de los accesos. Por lo general la disnea comienza con rapidez, mas bien de un modo instantáneo; algunos asmáticos, buenos observadores de los fenómenos que experimentan, han previsto algunas horas antes la invasión de los accesos por alteraciones digestivas, pandiculaciones, opresión ligera, de cuyos fenómenos tienen completa conciencia. Otras veces los síntomas nerviosos van precedidos por congestión de las mucosas nasales, bronquial y oculares. Entonces se manifiestan estornudos pertinaces, flujo nasal abundante, los ojos se inyectan y llenan de lágrimas, y poco despues, generalmente por la tarde (Trousseau), se declara el asma con sus caracteres habituales. En ciertos enfermos todo el acceso se limita á esta singular coriza presentándose muchas veces seguidas á la misma hora. Estos son casos raros, y en todos la dificultad de respirar es el signo predominante.

Despertado el enfermo por la dificultad de respirar, siente una opresión considerable, se levanta con rapidez, corre á la ventana que abre para respirar el aire libre, ó bien se afianza en un mueble para dar punto de apoyo á los músculos de la respiración inmovilizando la

(1) Trousseau, *Clinique medicale*, Paris, 1865, t. II, p. 274.

cabeza y miembros superiores ó bien permanece en la cama tomando las posturas mas estrañas; los codos apoyados en las rodillas, la cabeza inclinada adelante y entregándose á impotentes esfuerzos para facilitar la entrada del aire en los pulmones. Otras veces inclinan la cabeza atrás, el cuerpo recto apoyado en un monton de almohadas, la boca entreabierta, las narices dilatadas, y lucha contra la opresion que le fatiga y ahoga. La cara pálida al principio, se pone encendida, turgente, se cubre de sudor frio y viscoso; las yugulares se inyectan y elevan bajo la piel del cuello; los esterno-cleido-mastoideos se contraen violentamente, así como los músculos que sirven para mover la cavidad torácica. El enfermo está silencioso, todo ruido le molesta é irrita, pues su atencion está fija únicamente en un solo objeto, en atender á las necesidades de su respiracion. La inspiracion es laboriosa, sibilante. Al principio no hay ninguna expectoracion, pero á la terminacion del acceso se declara una tos seca, fatigosa, seguida de la espulsion abundante de un líquido espumoso, en medio del cual se encuentran pequeñas concreciones duras, vermiculares (Lefevre). Las orinas al principio claras y frecuentes se convierten en rojas y sedimentosas. La crisis termina despues de una ó dos horas y á veces mas; el enfermo se siente aliviado, vuelve á sus ocupaciones y recupera el sueño interrumpido. Sin embargo, la calma no es siempre perfecta; sensaciones vagas de quebrantamiento, inapetencia atormenta generalmente á los enfermos entre los accesos. Tal es el cuadro del asma esencial clásico, sin complicaciones. Pero no siempre sucede lo mismo, y la enfermedad toma los aspectos mas estraños segun la edad del paciente.

Varietades de los accesos segun las edades. En los *adultos* el tipo que hemos descrito es el que se observa con mas frecuencia, predominan los fenómenos nerviosos y por lo comun la salud es perfecta entre los ataques.

Los *viejos* presentan con mas frecuencia la forma catarral y entre los accesos persiste la disnea á consecuencia de las complicaciones permanentes por parte de los bronquios, del parénquima pulmonal ó de los grandes vasos.

En los *niños* ha encontrado Trousseau una marcha irregular, fenómenos insólitos y susceptibles de producir graves errores bajo el doble punto de vista del diagnóstico y del tratamiento. Un niño espresa de repente los síntomas que caracterizan una bronco-neumonia; la auscultacion revela estertores sub-crepitantes, muy numerosos. Se presenta inminente sufocacion. Se cree en la existencia de una bronquitis capilar y el tratamiento se plantea; el niño se cura con rapidez; algun tiempo despues se reproducen los mismos accidentes para volver á desaparecer al cabo de cuarenta y ocho horas. El inminente clínico sospechó la posibilidad de un error que perentoriamente le demostró un nuevo acceso al cabo de tres meses y el estudio de los antecedentes hereditarios. Trousseau ha encontrado con frecuen-

cia esta forma de enfermedad á lo menos relativamente á la rareza del asma en los niños. El catarro, en lugar de ceder con la rapidez que el caso precedente, puede persistir muchos dias, y el embarazo sería considerable si no nos guiáramos por los fenómenos de opresion durante la noche, y la ausencia casi completa de movimiento febril que tan pronunciado es en el catarro sufocante.

Tipos de los accesos. La mayor irregularidad preside en la repeticion de los accesos: los ataques están generalmente constituidos por una série de accesos cotidianos durante algunos dias ó muchos meses, quedando despues el enfermo en apariencia curado por completo durante mas ó menos años. Hay algunos individuos que no tienen nunca mas que uno ó dos accesos, que no es lo general. Si las circunstancias que presiden al desarrollo de la enfermedad se reproducen, esta se repite tan violentamente como la primera vez; hemos citado muchos ejemplos en apoyo de esta opinion; bastará recordar la historia; son atacados fatal y regularmente tan pronto como se esponen á las emanaciones de ciertos polvos ó vuelven á los paises ó localidades muy circunscritas que le son perjudiciales. El invierno provoca en unos accesos con regularidad, mientras que el verano es fatal para otros. ¿Puede revestir el asma el tipo de una fiebre paládica, siendo francamente intermitente, cotidiana, terciana ó cuartana?

Morton ha descrito fiebres intermitentes asmáticas; Max. Simon (1) cita la suspension temporal de estos accesos bajo la influencia del sulfato de quinina. Como quiera que sea la *irregularidad* del tipo es el carácter predominante de los accesos de asma.

Análisis de algunos sintomas.—Ritmo de la respiracion asmática. A una respiracion lenta, penosa y como convulsiva, sucede una espiracion estremadamente prolongada, sobrepasando cuatro ó cinco veces la duracion de la inspiracion. Para Salter (2) la lentitud del movimiento respiratorio es uno de los signos mas importantes del asma nervioso, y no se le encuentra tan marcado en las demás variedades de disnea. La frecuencia de la respiracion no está por lo general, á lo menos sensiblemente aumentada, en oposicion á la opinion de Willis, de Stark y de Brée, lo que se comprende pensando que el tiempo de la espiracion está singularmente aumentado en opinion de todos los observadores.

La *distension* del pecho es permanente (Sée, p. 610), en la condicion de una inspiracion forzada; la dilatacion se efectúa en todos sentidos el diafragma descende, el abdómen se eleva, los espacios intercostales se ensanchan, el pulmon conserva una posicion fija durante los dos tiempos del acto respiratorio (Wintrich).

Percusion y auscultacion. La percusion mediata dá constantemente un sonido claro como en el estado normal, á menos que las vesícula

(1) Max. Simon, *Observations d'asthme intermittent disparaissant rapidement sous l'influence du sulfate de quinine* (Jour. des conn. med. chir., 1842, p. 223).

(2) Salter, *On asthma, its pathology and treatment*, Londres, 1860.