

Curso y terminaciones.—Este cuadro se sostiene años. Ordinariamente no retrocede; á lo más puede establecerse una especie de *statu quo*, y el enfermo puede morir de otra enfermedad, ó también puede sucumbir de la broncoectasia, si la respiración se hace cada vez más frecuente y difícil, produciendo un estado disneico, de desenlace fatal. Puede ocurrir que el mismo desarrollo de la broncoectasia, haciendo difícil la circulación de la arteria pulmonar, produzca alteraciones del corazón, y sucumba el enfermo á consecuencia de una alteración cardíaca.

Pronóstico.—El pronóstico es grave, pero de una manera remota. Los enfermos no se curan, y lo más que puede lograrse es ir entreteniendo el mal; por lo cual debe establecerse un pronóstico de importancia, sobre todo si se trata de una persona anciana.

Tratamiento.—Las indicaciones son claras. La primera consiste en aumentar el tono contráctil y retráctil de los bronquios, á fin de que no se vayan dilatando más y pueda restablecerse el bronquio á su figura y calibre primitivos. Esto es capital; pero, ¿cómo hacerlo? Es difícil cumplir esta indicación: de todos modos es conveniente avivar el tono orgánico general, á favor de buenos alimentos, con el uso moderado del alcohol, y aconsejando al enfermo que pasee, que tome el sol, que se rustique un tanto, para que de este modo, aumentando el tono general orgánico, se avive también el tono contráctil de los bronquios. Luego conviene administrar las sustancias que puedan avivar el movimiento bronquial, como la nuez vómica, la estrignina ó la brucina, en todas sus formas: también se ha aconsejado la eserina, substancia derivada del haba del calabar.

La segunda indicación consiste en corregir el catarro bronquial concomitante, pues á mayor catarro, mayor dilatación brónquica, y á mayor dilatación, mayor retención de moco, y mayor agobio y dificultad respiratoria. Se cumple con todos los medios aconsejados en el capítulo anterior, y que no repetiré.

La tercera indicación se reduce á facilitar la expectoración, lo

cual se obtiene en parte con los medios aconsejados en la primera; pero además hay otras substancias que se reputan decididamente expectorantes, como el quermes, el azufre dorado de antimonio, los sulfuros alcalinos, sódico y potásico, la escila marítima, la polígala, el cólchico, etc. Hemos de tener cuidado con el uso de los narcóticos, porque si bien algunos de ellos calman la tos, también adormecen el reflejismo bronquial, haciendo difícil la expulsión de los exudados: tal sucede con el uso de los estupefacientes; pero pueden emplearse los narcóticos periféricos, el estramonio, yerba mora, beleño, belladona, etc., substancias todas que facilitan un tanto la expectación.

ASMA

Es una enfermedad bronquial, que según su etimología significa necesidad de aspirar. Si tuviéramos que definirla, diríamos que consiste en “un espasmo que se desarrolla en los pequeños bronquios, y que dificulta el acto de la respiración.” En esencia, esto es el asma. Hay uno llamado idiopático ó protopático, y otro consecutivo, deuteropático ó sintomático.

Anatomía patológica.—El que se describe en los libros con el nombre de asma nervioso ó esencial, consiste sólo en la contractura á que me he referido antes, debida á un desorden de la innervación de los bronquios, del mismo pneumo-gástrico ó del espinal, cuya alteración da por resultado el espasmo de los músculos de Reisesen. Además, en el asma consecutivo, habrá naturalmente las lesiones bronquiales preexistentes.

Etiología.—El asma idiopático es debido á circunstancias de orden cósmico, de orden individual, hasta cierto punto fisiológicas; y de orden patológico. Realmente en la producción del asma, figura la climatología ó, por mejor decir, la topografía. La altura sobre el ni-

vel del mar influye muchísimo, así es que hay enfermos que nunca han sido asmáticos, y al trasladarse á sitios elevados, aunque no se trate de grandes alturas, han sido atacados por el asma. En los países altos abunda mucho esta afección; así, por ejemplo, en algunos puntos de los Pirineos, y aun más en los Alpes se observa con frecuencia. Recuerdo que en una excursión que hice al monte de San Bernardo, la mayor altura habitada por el hombre en Europa, me pude convencer de lo que he dicho anteriormente. La mayor parte de los frailes que allí habitaban eran asmáticos: lo cual obliga á que el personal, al cabo de uno ó dos años, sea trasladado á otro convento más bajo. Se cita el caso rarísimo de haber permanecido en aquel sitio un fraile por espacio de veinte años, si bien á los dos de residencia, ya padecía del aparato respiratorio. De manera, que la vida en aquellas regiones es asaz corta: el que va allí va á morir, pues lo más seguro es que á los dos ó tres años sea víctima de algún afecto cardíaco ó pulmonar. Por cierto que la noche que allí pasé, tuve que estar sentado en la cama y oprimido por la dificultad de respirar. Con todo, conviene hacer una rectificación: pues se verá el hecho notabilísimo de que los que contraen el asma en las llanuras, se libran de él en las alturas, al paso que los que lo contraen en las partes altas se encuentran mejor así que bajan al llano. La presión influye muchísimo: yo he visto enfermo asmático en la calle Ancha que ha dejado de serlo trasladándose á la de Provenza. A este propósito me acuerdo de lo que me decía el Dr. Arnús, paseando juntos por las calles de Madrid: “yo le aseguro á usted, que con los ojos vendados le diré el sitio en que estamos, tan sólo por la dificultad respiratoria.” Sabido es que Madrid tiene grandes desniveles.

Aparte de las circunstancias enumeradas hay las individuales de orden fisiológico y de orden patológico. Por lo que respecta á las primeras, el asma es común en determinadas familias: hay familias de asmáticos, así como las hay que nunca han padecido el asma; es, pues, una enfermedad hereditaria. Y no se desarrolla por igual en todas las

edades; ordinariamente se ofrece en la edad madura, á los cuarenta años; pero se observan algunos ejemplos, bien que raros, de asma, en los niños. Hemos, pues, de admitir una condición individual que si no produce el asma contribuye á fomentarlo. Aparte de esto, hay individuos que tienen un acceso asmático por efecto de una impresión de ánimo, de un disgusto. Los hay que no sufren el asma mientras duermen con luz encendida, y lo padecen cuando duermen á obscuras; no quiero decir que esto sea verdaderamente fisiológico; pero no vemos palpable la acción que la luz ejerce, sobre todo teniendo cerrados los ojos, sobre la inervación.

Por lo que se refiere á las circunstancias de orden patológico, apuntaremos que se puede desarrollar á consecuencia de un estado neurótico, como el histerismo, la neuro-astenia, el reumatismo crónico, la gota, las afecciones litisiacas, la obesidad; es decir, que esas enfermedades que dependen de una nutrición perturbada en el concepto de retardo, suelen relacionarse con el afecto que estudiamos. Otra causa es la bronquitis; y no quiero acabar este recuerdo etiológico sin decir que los asmáticos son muy susceptibles á la respiración de atmósferas irritantes, sobre todo las pulverulentas, y particularmente si el polvo es vegetal y procedente de ciertas gramineas; basta que un asmático entre en una cuadra donde haya grano ó paja, para que inmediatamente se presente un acceso; así es que los asmáticos sienten cierta influencia opresiva cuando pasan cerca de un depósito de heno. Hoy se cree que esta enfermedad (enfermedad de heno) es parasitaria y que los parásitos desprendidos del heno, penetran en los bronquios desarrollando el acceso asmático.

Patogenia.—Se han ideado muchas teorías para la explicación del asma. Sólo indicaré la más racional, pues el tiempo no me permite otra cosa. Hoy se cree que el asma viene representada por un espasmo de los músculos bronquiales ó de Reissesen; estos músculos entran en una especie de contractura, espasmo tónico que no sólo impide ó dificulta la entrada del aire en las vesículas pulmonares, sino

su salida de las mismas; no sucede aquí lo que dijimos acerca del edema de la glotis, que sólo dificulta la entrada del aire; aquí las dificultades serán las mismas, pues el cilindro bronquial está contraído; es por eso que en el asma la inspiración es difícil, pero la expiración es más difícil todavía.

Pero no sólo hay esto, sino que los músculos extrínsecos de la respiración sufren también este espasmo, pues de otra suerte estos músculos bastarían á que la respiración fuese poco menos que normal, ya que si bien los músculos fundamentales del acto respiratorio son los bronquiales, hay necesidad del auxilio de los inspiradores y expiradores extrínsecos. Así vemos en el asma que los externo-cleido-mastoideos, los trapecios, los esplenios, los complexos, el diafragma, los intercostales, etc., están tetanizados, de ahí que haya esta enorme dificultad inspiratoria; lo propio sucede con los músculos expiradores, los intercostales internos, el diafragma, los de las paredes abdominales, etc., que también sufren el tetanismo, dificultando grandemente la expiración.

Esto supuesto, claro está que precisa, para que ocurra lo dicho, una intervención de los filetes nerviosos que inervan estos músculos. El pneumogástrico por un lado y por otro los espinales, etc., entran en un estado de irritabilidad que se traduce por las contracturas referidas. Y aun se calcula, tal vez exageradamente, que para que estos nervios entren en irritabilidad, es necesario que haya una zona capaz de producir en un momento dado una acción refleja sobre ellos; esta zona consideran muchos autores que es nasal, pues ya dije á propósito de los corizas, que los trastornos de la mucosa de Schneider se traducían por reflejismos varios, y aquí tienen ustedes uno de ellos en el acceso asmático. Sin embargo, es un error creer que todos los asmáticos tienen una alteración de la mucosa nasal; yo creo que no es así, y tanto lo creo, que no todos los asmás tienen una misma concurrencia nasal, en cuanto veo asmáticos que lo son sólo por el sitio en que residen y que cambiando muy poco de situación cesa el asma, otros

que les vuelve asmáticos una impresión moral, el dormir con luz ó sin ella, etc. ¿Qué tiene que ver esto con el afecto nasal? Es que el asma tiene muy diferentes orígenes, y uno de ellos, sin disputa, es el catarro de la nariz.

No paran aquí las cosas; el espasmo de los músculos hace que el aire quede entretenido en las vesículas pulmonares, no hay cambio osmótico, y al enfermo se le carboniza la sangre, se presenta una anoxemia y cuando parece que va á morir, es entonces cuando se acerca el fin del acceso asmático; y es porque esta misma intoxicación de la sangre es causa de una parálisis bulbar que ocasiona la cesación del espasmo y por tanto del acceso asmático.

Sintomatología.—Como cuestión previa al hablar del asma, hay que distinguir el *ataque* del *acceso*. Ataque es la suma total de una serie de accesos, y los accesos son los sumandos de esa misma suma. El asma, en la inmensa mayoría de los casos, es nocturno; esto, sin embargo, no significa que no pueda presentarse durante el día como efecto, v. g., de una impresión moral fuerte: pero dejando las cosas á su natural impulso, se puede decir que el asma es nocturno, y estalla tal vez después de haberse pasado tranquilamente el día, tanto en el concepto físico como en el moral. El enfermo se acuesta, y al cabo de tres ó cuatro horas despierta sobresaltado por las dificultades respiratorias. El acceso unas veces aparece bruscamente, sin fenómeno alguno que le anteceda; pero en ocasiones, ya durante el día siente el enfermo cierta disnea, que es como signo precursor del ataque, ó está mal humorado, melancólico, irascible, intranquilo, ó tiene fuertes eructaciones de gases inodoros ó de mal olor: en una palabra, un conjunto de accidentes que hace prever la proximidad del acceso. Si el enfermo, cuando despierta sobresaltado y ahogándose, puede resistir el acceso sin mudar de posición, podemos decir que su enfermedad no tiene gran importancia; pero en caso contrario, el paciente se levanta, se sienta en la cama, ó salta de la misma, y se sienta en una silla... y abre el balcón en busca del aire que le falta.

La respiración del asmático es lenta, larguísima; la inspiración es difícil, y más, si cabe, la expiración. Para inspirar abren la boca, mueven la cabeza hacia atrás, y buscan un punto de apoyo; los músculos inspiradores están rígidos, sobre todo los externo-cleido-mastóideos, los esplenios, los trapecios, los pectorales, etc., y esta dificultad inspiratoria se concibe, puesto que los músculos de Reissesen que animan, como es sabido, la contractilidad de los bronquios, se contraen; de aquí que la inspiración sea ruidosa, porque el aire ha de pasar frotando las paredes de los tubos contracturados; pero viene luego la expiración, y como quiera que dicha contractura dificulta también la salida del aire, es menester que se pongan en actividad forzada los músculos expiradores, y hasta los abdominales han de hacer enérgicos esfuerzos; con la particularidad de que así como en estado fisiológico la inspiración es larga relativamente á la expiración, en el asmático sucede lo contrario. En algunas ocasiones á tal extremo llega la dificultad de respirar, que los enfermos tienen un tinte violáceo en los párpados, labios y uñas.

Percutiendo el pecho, se le encuentra sonoro. No hay secreción de mucosidad, y, por tanto, expectoración; si bien algunas veces hay tos, seca al principio y que se humedece más tarde, expectorando entonces un humor de cierta inspicitud. Apenas pueden hablar, tienen entrecortada la palabra, pero no se altera la voz, que conserva su timbre propio. Los individuos asmáticos están pálidos, y su rostro indica la ansiedad, la congoja, el pánico de que están poseídos. Los ruidos del corazón son tumultuosos; el pulso, frecuente y pequeño. La temperatura tiende á bajar, y al fin se enfría, cubriéndose la piel de un sudor pegajoso. La orina, durante el acceso, se presenta clara, y después del mismo vuelve á adquirir el color primitivo. Este es el síndrome característico del asma.

Hay enfermos que tienen un solo acceso; otros, dos, cuatro, seis, constituyendo el ataque; los hay que están con perfecta calma durante semanas, meses y años; y si aparece, es por efecto de cambiar de resi-

dencia, bajando de una altura al llano, ó á consecuencia de un desequilibrio atmosférico, esto si el asma no es sintomático. Pero si lo es, conservan los fenómenos fijos, estables, tanto del aparato respiratorio como del circulatorio, y hasta en el mismo neuro-esqueleto del pecho: dilataciones cardíacas y dilataciones bronquiales, y de las vesículas pulmonares, constituyendo la enfermedad que se conoce con el nombre de *enfisema pulmonar*. Las alteraciones del neuro-esqueleto son debidas al esfuerzo tetánico que han de hacer los músculos inspiradores y expiradores, gimnasia que llega á imprimir un sello en el tórax, que ya se presenta muy exagerado en el enfisema, pues el pecho, por lo abombado, toma la forma de tonel.

Diagnóstico.—No es difícil: pues la fuerte disnea en el acceso, que aumenta, y que al llegar al colmo desciende con rapidez, durmiendo el enfermo como si tal cosa, es muy gráfico en el asma. Sin embargo, las cardiopatías, en general obligan, también, á que el enfermo se siente en la cama, y se cubre la piel de un sudor pegajoso, y hay disnea y hasta ortopnea, que pueden remedar, hasta cierto punto, la disnea asmática. Pero las disneas cardíacas ó hijas de lesiones de la aorta ó de la pulmonar, presentan acelerado el ritmo respiratorio, que es breve, corto, frecuente y sin el esfuerzo tetánico del enfermo; y en el asma, la respiración es larga, prolongada, ruidosa, sibilante. De manera que basta esta consideración de frecuencia en un caso y de lentitud en el otro, para quedar planteado el diagnóstico. Además, las exploraciones torácicas demuestran las lesiones del corazón ó de los grandes vasos; aparte de que el asmático, una vez ha desaparecido el acceso, se encuentra en situación favorable, lo cual no le sucede al cardíaco. Podrá confundirse, tal vez, con un espasmo de la laringe, que también causa disnea, sobre todo en los niños atacados de falso crup, ó con la disnea que sufre el enfermo de edema de la glotis. Sin embargo, de la primera se distingue por su larga duración, y porque los niños despiertan, al cabo de dos ó tres horas de dormir, con una disnea tan feroz, que podrían asfixiarse (en el Norte de Europa así

sucede); la voz se enronquece, la tos es de perro, ruidosa, y el ruido respiratorio, en vez de sibilante, es bronco. En cuanto al edema, tiene una duración mayor, ofrece alteraciones de la voz, *dificultad* de inspiración, y *libertad* expiratoria, y además, el examen de la parte, con el dedo, permite reconocer el rodete glótico.

Las dificultades, en clínica, son otras, porque hay necesidad de remontarse á las causas del asma; saber si es idiopático ó sintomático, y en este caso, deben indagarse las enfermedades que lo promueven. Esto se logra buscando los antecedentes del enfermo, y examinándole para ver si encontramos las lesiones que pudieran motivarlo.

Pronóstico. — Es distinto, según el asma sea idiopático ó sintomático, pues el primero tiene una gravedad aneja á la causa productora, y si la causa es de remoción difícil, el asma se curará muy difícilmente. El asma idiopático lo calificaremos de afección más ó menos molesta y que hace sufrir extraordinariamente, pero que no llega á ocasionar la muerte, á menos que se estacione, ocasionando lesiones importantes consecutivas como el enfisema ó la cardiectasia.

Tratamiento. — Hay uno preventivo y otro contra el acceso. Se comprende que el preventivo variará en cada caso, según las causas que han puesto en juego la afección. Así es, que unas veces se recomienda el cambio de residencia, pasar de un sitio alto á uno bajo, ó al revés; otras veces, el uso de sustancias alcalinas para combatir la artritis, ó el tratamiento de una bronquitis crónica, si ésta es la causa del asma; y así en los demás casos. Con todo, hay un medicamento que goza de cierta virtud antiasmática, y es el yoduro potásico y los yoduros todos, pero en especial el primero. La experiencia diaria ve confirmada la virtud de esta afirmación terapéutica. Los narcóticos periféricos, sobre todo el estramonio, están indicados, como también la lobelia inflata, la euforbia pilulifera, el quebracho, etc. Cuando los accesos asmáticos se pre-

senten con cierta periodicidad, nos valdremos de la quinina y de los preparados quínicos.

Contra el acceso se pueden aconsejar varios medios. Desde luego, diré que estoy firmemente convencido de que un acceso asmático idiopático termina por sí solo; pero como la situación del enfermo es tan triste, aunque no sea más que desde el punto de vista moral, conviene hacer algo. Una revulsión fuerte por medio de sinapismos volantes en diferentes puntos del pecho, las soluciones etéreas, los narcóticos estupefacientes y periféricos, los bromuros para vencer el estado espasmódico de los músculos bronquiales, el hidrato de cloral solo ó unido á los bromuros ó á los narcóticos: he ahí una serie de buenos recursos. También está indicado el uso de algunas substancias que ya recomendamos al hablar de la angina de pecho; como el yoduro de etilo, la nitro glicerina, así como una fuerte dosis de quebracho ó de lobelia inflata. También están indicadas las inhalaciones de vapores de estramonio y de nitrato de potasa: de ahí los cigarrillos cuya base se reduce á hojas de belladona, beleño, estramonio, etc. Todas estas substancias no son de una extraordinaria virtud; pero de todos modos su eficacia es patente, aunque no tanto como las sales de morfina, que, por ingestión ó por la vía hipodérmica, constituyen tal vez el medio más pronto y seguro para abreviar la duración de un acceso asmático.

RINO-BRONQUITIS ESPASMÓDICA

Es una enfermedad similar del asma; y la misma palabra indica ya los factores que la integran: hay una determinación nasal, otra bronquial y un espasmo de los mismos músculos respiratorios, extrínsecos é intrínsecos. Es enfermedad curiosa y que conviene conocer, pues aun involucrándola con el asma presenta ciertas diferencias que las

distinguen. En primer lugar, la rino-bronquitis espasmódica es enfermedad más frecuente en la mujer que en el hombre, mientras que el asma es más común en el sexo masculino; en la mujer vemos la rino-bronquitis espasmódica frecuentemente relacionada con la menstruación, tanto, que algunas mujeres presentan los accesos coincidiendo con las reglas. El asma es quizás más frecuente en el invierno y otoño, la rino-bronquitis espasmódica se presenta de preferencia en cuanto aparecen los calores: en primavera y verano. También se nota la enfermedad que me ocupa en las personas neuróticas, principalmente en las mujeres histéricas y en los que padecen la irritación espinal, en los neuroasténicos, etc. Además, no es infrecuente observar una relación de la rino-bronquitis espasmódica con afectos catarrales agudos del aparato respiratorio; es decir, que en esta enfermedad, no hay sólo las manifestaciones sintomáticas de que hablaré, sino un *subtractum* anatómico, representado por el factor catarral, factor que no estará, si se quiere, acentuado; pero es evidente que siempre que se presentan las crisis disneicas propias de la rino-bronquitis espasmódica, hay un catarro más ó menos intenso.

Sintomatología.—Así como el asma idiopático estalla generalmente de noche, la enfermedad que describo, por el contrario, no tiene hora fija, presentando un modo de evolucionar distinto y característico. El enfermo empieza casi siempre estornudando; tiene catarro nasal que segrega un líquido aguanoso, más ó menos transparente, que escalda la nariz; y acusa pesadez de cabeza, con dolor de huesos, etc.; en una palabra, todos los síntomas de un coriza. Después empieza una bronquitis simple, con tendencia á propagarse, como si quisiera hacerse capilar, y ya en este estado sobreviene el espasmo de los músculos respiratorios, lo que hace semejar la enfermedad al asma, y el enfermo presenta una crisis disneica de tipo asmático: inspiración lenta, ruidosa y expiración todavía más lenta. El enfermo busca con sus brazos un punto de apoyo, tira la cabeza hacia atrás, abre la boca, mueve las ventanas de la nariz; si está en cama, se incorpora

ó sale de ella, en busca del aire que le falta para respirar. El enfermo, por efecto de esta crisis, se descompone de semblante; los pulsos se deprimen, se hacen arítmicos y un sudor por expresión cubre la superficie de la piel.

La duración del acceso, que en el asma es, á lo más, de dos á tres horas, puede llegar en la rino-bronquitis espasmódica á diez, veinte, treinta, hasta cuarenta ó más horas, bien que nunca será tan intenso como en el asma verdadero, pues de otro modo, el enfermo no podría resistirlo.

Cesa el acceso y el enfermo queda con su catarro bronquial; continúa con la tos, si, como es de suponer, ya la tenía; pero la respiración se hace ya más frecuente y siguen así las cosas, hasta que al cabo de horas ó días se reproduce el acceso, vuelve la crisis disneica, para volver á cesar, reproduciéndose esto varias veces. Constituyen esta serie de accesos el *ataque* de rino-bronquitis espasmódica, cuya duración total puede llegar á ser de dos y tres meses ó más, hasta que el agotamiento de los nervios incitantes de los músculos respiratorios hace cesar definitivamente el espasmo de los mismos. Goza entonces el enfermo de una salud más ó menos perfecta, hasta que sobreviene un nuevo catarro nasal que pone al individuo en camino de otro ataque. Si los períodos intermedios entre los ataques son muy largos, el enfermo se repondrá bien; por el contrario, si son muy frecuentes, el enfermo adquirirá un afecto pulmonar ó cardíaco.

Es tanta la relación del sexo, apuntada en la etiología, que muchas mujeres curan de esta enfermedad al entrar en la menopausia; otras que la padecían cuando solteras, curan de ella al casarse, sobre todo si se hacen madres.

Diagnóstico.—Nada diré, pues tendría que repetir lo apuntado en el asma.

Pronóstico.—Claro que hay que subordinarlo á la frecuencia y duración de los ataques y á que pueda intervenir más ó menos enérgicamente para combatir la causa del mal.

Recuerdo á este propósito el caso más curioso que he tenido ocasión de ver en mi vida. Se trataba de una rino-bronquitis espasmódica que aparecía todos los meses, constantemente, sin que la persona enferma menstruase; y no individualizo el sexo porque se trataba de un hermafrodita; sea como sea, y en vista de que no fallaba la presentación mensual de aquel ataque, quise yo subordinar aquello á la vida sexual, y al encontrar en los grandes labios dos cuerpos ovaes que yo creí ovarios dislocados, propuse la extirpación, extirpación ó castración, que yo mismo practiqué, y que por cierto fué bastante difícil y accidentada, resultando que aquellos cuerpos eran testículos.

Lo cierto es que desapareció para siempre la rino-bronquitis, prueba de la relación que había entre ella y la vida de los órganos genitales.

Tratamiento.—Desde luego hay la indicación causal consistente en relevar las causas: combatir el histerismo, el neurosismo, ó tal vez algún trastorno nasal que pueda ser causa del acceso asmático. Contra la rino-bronquitis en sí, hay algunas substancias que parecen impedir la repetición del acceso, y son los bromuros y yoduros, los arsenicales, la quinina y la morfina; con estas substancias, manejadas de ésta ó de la otra manera, estableciendo una especie de turno, he visto que se evitaba ó retardaba la aparición de las crisis, y que éstas eran de menor intensidad.

Contra el acceso hay un tratamiento doble: uno referente al catarro existente y otro al espasmo muscular; por consiguiente, hemos de emplear medios que combatan doblemente este estado de cosas. De ahí que podamos apelar á lo que ya he aconsejado durante el acceso asmático: narcóticos periféricos y la morfina. Además, los medios modificadores del catarro: benzoato de sosa, los antimoniales, los expectorantes todos.

También conviene que, á más de todo lo indicado, hagamos un esfuerzo, así que aparece el catarro nasal y empiezan los estornudos, para modificar la inervación nasal. Yo me he valido de la administración

de la aconitina ó de la atropina, que secan la nariz, con lo cual he logrado que el ataque no siga adelante. Lo mismo puede obtenerse con las inhalaciones ó pulverizaciones de mentol, kairina, etc.

ENFERMEDADES DE LA PLEURA

PLEURESIA. — Pleuritis (dolor de costado)

Puede ofrecerse de muy distintas maneras. Hay una pleuresía idiopática y otra deuteropática. Según el sitio que ocupa, se la conoce con distintas denominaciones: *costal*, la que radica en la hoja pleurítica, en inmediato contacto con la pared torácica; *visceral*, la que interesa la hoja en contacto del pulmón; *mediastínica*, la que se desarrolla en las porciones pleurales que limitan el mediastino; *diafragmática*, la que interesa la porción de pleura en relación con el diafragma.

Otras divisiones se han establecido de la pleuresía, atendiendo á la causa productora; y así se dice que hay una pleuresía *a frigore*, otra *reumática*, otra *tuberculosa*, otra *cancerosa*; y aun se han querido clasificar la pleuritis por el microbio que las produce, pues según las ideas bacteriológicas modernas, toda pleuresía reconoce por causa un agente microbiano. Es por esto que hay una pleuresía relacionada con el *pneumococcus*, factor esencial de la pulmonía, otra pleuresía supeditada á la presencia de los *streptococcus* y *staphilococcus piogenus*, y otra que se relaciona con el *bacilo de Koch*. Hoy se admiten éstas, y es muy posible que mañana se admitan más, pues dentro de este terreno, hay,

tal vez, otros microbios no descritos ó asociaciones microbianas capaces de producir la enfermedad que me ocupa.

Pero esta cuestión, hermosa desde el punto de vista bacteriológico, no responde á las exigencias de la clínica, pues la presencia de estos agentes productores de la pleuresía, no se patentiza por un cuadro tan típico, que el médico pueda afirmar que la pleuresía viene representada por el *pneumococcus*, ó por el *streptococcus*, ó por el *bacilo de Koch*. Puede que mañana sea esto posible; pero, hoy por hoy, no podemos nosotros precisar, con el síndrome, el microbio productor en cada caso de la pleuresía. Y si hemos de esperar, para el diagnóstico, que venga el exudado, que se examine, que se hagan cultivos, etc., tardando para ello muchos días, el enfermo nos dirá: —¿Qué hago yo en estas condiciones? ¿He de morirme agobiado por la disnea, por el dolor de costado, en espera de que el análisis microbiano hable?

Etiología.—Es muy vasta; hay una etiología que corresponde á las pleuresías idiopáticas y otra á las sintomáticas. La pleuresía idiopática, desde tiempo inmemorial, se ha referido á una impresión *a frigore*: una mojadura, el haberse aligerado demasiado de ropa en tiempo crudo, etc., y es, por esto, que en invierno es cuando hay más pleuresías. Hoy la ciencia moderna, inspirada en los adelantos de la microbiología, dice que esta decantada influencia *a frigore*, no basta á producir una pleuritis, como no basta á producir una pneumonia, y que lo que el frío hace es solamente colocar á los microbios, que normal ó anormalmente existen en la pleura, en condiciones de que adquieran carácter patógeno; de manera que, para los modernos, es precisa la ingerencia microbiana, que, á su vez, necesita la influencia *a frigore*. Pues siendo esto así, yo digo: ¿hemos de rechazar la influencia *a frigore* como productora de la pleuresía? No, pues al fin esta causa externa, cósmica, es la determinante del proceso que estamos estudiando.

Fuera de esto, hay una pleuresía idiopática dependiente de un traumatismo, y se concibe que una fractura ó una contusión sobre el

pecho, puedan producir una pleuresía; y aquí volvemos á lo dicho: ¿dónde está el germen productor? Porque esto de que toda inflamación es debida á la ingerencia de gérmenes vivos, es muy discutible y muy debatible. ¿Por ventura la acción de ciertas substancias cáusticas, de agentes térmicos, etc., no bastan para aumentar las actividades celulares, causa de la inflamación? Pero dejémonos de digresiones, pues no es éste el instante oportuno para discutir.

Las pleuresías sintomáticas son varias: hay una muy común, la reumática, ya como fijación directa del reumatismo en la pleura, ya como consecuencia de otras localizaciones. Las enfermedades infectivas, tales como la viruela, el sarampión, la escarlatina, la misma fiebre puerperal, y, sobre todo, la *grippe*, producen, entre otras manifestaciones, la pleuresía. Es tan íntima la relación entre la pleuritis y las infecciones generales, que podría darse á este punto un gran desarrollo, que el tiempo de que podemos disponer me lo impide.

Anatomía patológica.—Yo voy á referirme á la pleuresía tipo, tradicional, que los autores vienen describiendo, dejando algunos detalles para cuando hable de algunas de las formas en que, clínicamente, se nos presenta la pleuresía. Pocas veces se extiende la inflamación por todo el saco pleural, antes al contrario, se localiza en una zona del mismo; pero, sea cual fuere el punto de residencia de la lesión, vemos la pleura hiperemiada, vascularizada, y así como en estado normal es incolora, transparente, anacarada, sin vasos al parecer, cuando se flogosea, pierde estas cualidades y ofrece unos manchones rosáceos, arborizaciones y puntos rojos, que demuestran la existencia de una red vascular. En los primeros momentos del mal, no hay exudado alguno, y las dos hojas de la pleura se presentan ásperas, reseca, rugosas, y con pérdida de su lisura normal, recordando el aspecto del *chagrin*; en una palabra, podemos aplicar al caso todo lo dicho en la pericarditis.

Pero viene en seguida la formación de exudados, que es lo que da carácter flogístico al proceso. Los exudados pueden ser de distinta

naturaleza; el exudado común en la pleuresía, tipo, es el sero-fibrinoso, constituido por un líquido transparente, cetrino, sin opacidades de ninguna clase, rico en albúmina y que tiene en suspensión células epiteliales desprendidas del saco, y glóbulos rojos y blancos escapados de los vasos por diapedesis. Los glóbulos rojos están en mayor cantidad, aun cuando no llega al punto de permitir que el líquido se muestre á simple vista sanguinolento; y sin embargo, su existencia es constante, por manera que la transparencia no es más que aparente. Respecto de la cantidad de exudado, puede ser mayor ó menor: ciento, quinientos, mil, dos mil, tres mil gramos, hasta el punto de quedar el saco pleurítico completamente lleno y distendidas sus paredes. Pero otras veces no se presenta esta exudación líquida, sino que el exudado es plástico, adhesivo, constituyendo la pleuresía seca, representada por la aparición en un punto ú otro de la superficie del saco de una producción fibrinosa con tendencia á la plasticidad. En este caso, estando en íntimo contacto las dos hojas de la pleura, se establecen adherencias en algunos puntos quedando el saco pleurítico como atabicado. Estas exudaciones se organizan de tal suerte que hay en su interior vasos de nueva formación; y entonces se van organizando bridas duras, resistentes como si hubiese allí formación de tejido cicatricial; esto no tiene en el proceso agudo la importancia que en el afecto crónico, pero aun así quedan indelebles estas bridas que mantienen unidas las dos hojas de la pleura.

En la pleuresía aguda, las lesiones no quedan reducidas á esto, sino que en más ó en menos hay lesión cortical del pulmón: toda la zona en inmediato contacto con la pleura, presenta lesiones que apreciamos en el cadáver y consisten ó simplemente en la hiperemia ó en la flógosis, y entonces observamos el sello de la pneumonía. Pero no sólo hay esto, sino que autopsiando cadáveres que han presentado una pleuresía con gran derrame, vemos por parte del pulmón un aplastamiento considerable, dislocaciones notables del corazón, (sobre todo en las pleuritis izquierdas,) del bazo, del hígado, etc.