

ASMA Y TURBINECTOMÍA

por el doctor

ENRIQUE VILARDOSA LLUBES

de Barcelona

La etiología del asma es seguramente una de las más discutidas y en realidad, la génesis nosológica del asma bronquial, en el actual momento científico, no descansa en un punto concreto, pues mientras unos dan preferencia a los trastornos de origen endocrino, una buena parte de investigaciones apoya la teoría vagotónica, mientras un grupo no despreciable toma como base el metabolismo del calcio.

No es despreciable tampoco, ni la herencia ni el espasmo bronquial, como no lo son, todo el cortejo neuropático, ni la asfixia, ni las perturbaciones endonasaes por hipertrofia de los cornetes o malformaciones nasales.

Estas teorías, por bien explicadas que estén, no definen clínicamente la génesis de todos los casos, pues tenemos asmáticos como los del tipo alérgico, en que un producto alimenticio como la carne, patatas, verduras, pescado y particularmente la leche, por poca cantidad que ingieran, es suficiente para provocar el ataque.

Sobre este particular podemos citar un caso muy curioso y que parece inverosímil: Se trata de un joven de 18 años, al que la ingestión de leche aún en pequeñas cantidades, provocaba un ataque asmático. Llegó a tal extremo la intolerancia, que incluso una vez tuvo un ataque porque había usado una cacerola que tiempo atrás se destinaba a la cocción de leche.

En otros casos se produce el ataque al percibir el olor de productos de origen animal, por ejemplo, al entrar en los establos o cuando se ponen en contacto con caballerías, como también, el dormir en almohadas rellenas de pluma de aves, de pelo de conejo (cosa frecuente en América) y de lana de carnero.

En otros se produce el ataque por la inhalación de ciertos medicamentos, como la ipecacuana, la inyección de yodo, bromuros, etc.

Tratamos un caso de reumatismo articular agudo por medio de los yoduros y a la primera toma de este medicamento sobrevino el ataque. En otra ocasión apareció éste por usar la cuchara que había utilizado para tomar el yoduro.

También la inhalación de polen de ciertas gramíneas, el aroma de ciertas algas, del tabaco, y de ciertas hierbas secas, pueden dar lugar a un ataque.

En habitaciones cerradas y húmedas se observa la frecuencia con que se repite.

Estos son los asmáticos del tipo del asma de heno, quienes no acostumbra a tener lesiones nasales, ni ri-

nitis que explique el característico catarro óculo nasal de tipo espasmódico. Por regla general, sufren los ataques en la época del florecimiento de la familia de las *compositae*; y finalmente en otros cuya espina nasal es la causa de que sean asmáticos, un cambio bromatológico u otra causa al parecer indiferente, es suficiente para que se produzca el ataque.

Justamente del asma nasal, del asma reflejo, del asma nervioso es del que vamos a ocuparnos.

Antiguamente se concedía poca importancia en la aparición del asma a las enfermedades nasales. Actualmente hay autores que dan beligerancia al reflejo nasal como hay quien lo pone en duda.

Sin negar la influencia refleja, se da crédito a las teorías mencionadas anteriormente y en particular a la teoría digestiva (J. SÉDILLOT), más no es lógico que una teoría que ha surtido efecto en épocas pretéritas y que ahora todavía tiene adeptos sea relegada al olvido. La concheotomía alivia y cura enfermos en los que fracasaron otros métodos.

Se desprende de todo esto que la gama etiológica es variadísima, aunque en realidad conozcamos solamente dos tipos clínicos para los que se han instituido infinidad de tratamientos, ninguno positivo en absoluto, pues si bien es verdad que en tal o cual caso un tratamiento ha surtido efecto al aplicarlo en otro parecido ha fracasado totalmente.

Las inyecciones de polen en el asma de heno, las tuberculinas en el segundo período del asma, las inyecciones de vacunas, los productos endocrinos, la adrenalina asociada o no a otros medicamentos, la terapéutica antianafiláctica que desensibiliza al asmático con antígenos albuminoideos, las cámaras de STORM v. LEEUWEN de aire desprovisto de alérgenos, el cambio de clima, la peptonoterapia, la roentgenoterapia, la psicoterapia, las cámaras neumáticas (KLEIN, REICHENHALL) el espirador de HOFBAUER, el respiratorio de SÄNGER, y de HOFBAUER, la cura de altura (teoría alemana) buscando sitios en donde el polen no llegue (Saint Moritz), las infecciones provocadas, la simpatectomía, procedimiento de KÜMMELL, de BRAÜCKER y KAPPIS.

En fin, cada tipo de asma es tan distinto del otro, que es natural, necesite también tratamiento diferente.

* * *

Las historias clínicas que vamos a presentar son de enfermos de asma bronquial en los que con un prepa-

rado de adrenalina desaparecía el ataque iniciado, mas no quedaban curados; pronto reaparecía un nuevo ataque, teniendo que forzar la dosis primitiva.

Todos habían sido tratados por buenos internistas, los cuales habían ensayado distintos medicamentos y procedimientos, sin éxito.

Cada ataque de asma bronquial era típico, aparecía a media noche, con sensación de ahogo, temiendo la asfixia y con sensación de pérdida de vida. Sentados en la cama, con los ojos propulsos, sonidos sibilantes que se oyen a distancia, dificultad en la respiración, finalmente el ataque con tos y abundante expectoración, saliendo gran cantidad de eosinófilos.

En la enferma de la historia clínica número dos, mendeaban tanto los ataques, que en algunos se quedaba

Hace un año que viene quejándose de asma bronquial con ataques tan agudos que, poco a poco, le habían producido un tipo de bronquitis crónica impidiéndola subir escaleras y hacer el pequeño trabajo doméstico, fatigándose al más pequeño esfuerzo.

La fisonomía de esta mujer, ha cambiado totalmente, tenía los ojos salientes, la cara abotagada y la tez de color cianótico o más bien terroso y con el cuerpo edematoso.

Por auscultación se notaba en todo el pulmón silbidos pero con tanta abundancia, que no se encontraba trozo de pulmón sano. Tenía ligeramente aumentado de volumen el corazón y a la vez, acelerado.

Esta mujer estaba en período cardio-pulmonar.

En la nariz se notaba hipertrofia de ambos cornetes medios aunque con más escala el derecho, que no le impide la respiración en absoluto pues da buena sombra al espejo de Glätzer.

No había acudido al rinólogo por no haberse dado cuenta de que respiraba mal.



Fig. 1

Fotografía de la historia clínica n.º 2. Se ve la hipertrofia de los cornetes medio e inferior.



Fig. 2

En esta fotografía la conchectomía ha hecho desaparecer el cornete inferior izquierdo y a la vez el asma bronquial.

cianótica, con dolor en el hombro y brazo izquierdos y sensación de aniquilamiento, con estenocardia; desarrollándose a la larga enfisema y bronquitis fibrinosa, estando el pulmón completamente ocupado en los intervalos de los ataques.

Todos estos enfermos tenían causa nasal, o sea hipertrofia de algún cornete.

En dos casos se probó la reflexoterapia, sin éxito.

A pesar de la hipertrofia de algún cornete, respiraban por la nariz con cierta normalidad e incluso dormían con la boca cerrada.

Historia número 1.

N. N.—Sufrió esta enferma ataques de asma que calmaban con un preparado de opio.

Tenía hipertrofia del cornete inferior izquierdo que se extirpó, curando por completo.

De esto hace muchos años, época que todavía no se utilizaba la adrenalina para calmar los ataques, habiendo tenido ahora ocasión de verla persistiendo la curación.

Historia número 2.

M. F., recomendada del Dr. GRATAÓS, de cuarenta años de edad, casada y dedicada a los trabajos de su sexo.

Había visto a varios especialistas en aparato respiratorio, sin encontrar el más ligero alivio, muy al contrario, pues si bien es verdad que al principio de su enfermedad los ataques de asma la hacían sufrir mucho, le quedaba la esperanza de que entre ataque y ataque respiraba bien; ahora tiene disnea continua.

Al principio, al cesar el ataque, una expectoración abundante le dejaba libre el pulmón respirando bien, mas ahora, el pulmón está completamente ocupado y al reproducirse el ataque, materialmente se ahoga.

En estas condiciones es cuando acude a nuestra consulta, convencida del poco éxito que podía esperar de una intervención nasal, máxime respirando bien por la nariz, según ella creía.

De momento, aplicamos con todas las reglas del arte la reflexoterapia, creyendo que encontraría algún bienestar; mas, a pesar de practicarlo por dos veces en el intervalo de una mañana, ni el más pequeño alivio encontró.

Creemos que en lesiones tan agudas, se necesita castigar fuertemente el simpático para que responda.

De todas maneras, sin que creyésemos en absoluto en la eficacia de la conchectomía, se le propuso solamente como recurso terapéutico, en vista de los resultados nulos de los tratamientos hasta entonces instituidos.

Siendo el cornete medio, derecho, el más hipertrofiado, particularmente su cola, fué el que se resecó.

En el momento de la intervención la enferma respiraba

malísimamente, tan mal respiraba, que nos infundió cierto respeto intervenirla.

Prevía anestesia cocaínica al diez por ciento, con la pinza de Laurens y el rabot de Zar-Zychi, se reseco absolutamente todo el cornete medio derecho, dejando una cavidad nasal muy amplia. No sangró mucho y un ligero taponamiento bastó para contener la epistaxis.

Llegó al final de la intervención (a pesar de gastar poco tiempo) en malísimas condiciones, teniendo que administrarle aceite alcanforado y tónicos cardíacos y pasar mucho tiempo en la clínica, antes de emprender el viaje a su casa, que tuvo que hacer en auto.

La noche del día de la intervención (28-9-29), sea debido al taponamiento o al agobio pulmonar, la pasó en malas condiciones, creyendo ella y nosotros que la intervención no había surtido efecto.

A las treinta y cuatro horas se renovó el taponamiento, destaponándose totalmente a los tres días, respirando libremente por la nariz operada.

La sorpresa de la enferma fué grande al notar que, tanto por la nariz como por la boca, respiraba bien.

También nos sorprendió a nosotros no notar absolutamente nada anómalo en el pulmón y oír con claridad el murmullo vericular.

Actualmente la enferma está bien, negándose a researse el otro cornete, por considerarlo innecesario.

En la fotografía número 1 se ve cómo la conchectomía ha hecho desaparecer el cornete inferior izquierdo, desapareciendo luego, a su vez, el asma bronquial.

Historia clínica número 3.

N. N., de 29 años de edad, casada. Enferma recomendada por el Dr. CHAMPIN.

Al presentarse un lagrimeo muy exagerado del ojo derecho, hace que consulte a un oculista y éste la manda a un rinólogo para que vea qué obstáculo le impide pasar la sonda.

Al llegar a nuestra consulta y citar la causa de la visita dice también que sufre otra afección más grave, pero que no siendo cosa de nosotros, solamente la enumera para que nos enteremos, pues le hace la ilusión que citándola a tantos cuantos médicos encuentre a su paso, encontraría el alivio.

Dice que tiene unos ataques de asma, particularmente matutinos, que la impiden estar acostada, sufriendo verdaderos ahogos.

Que al calmarse el ataque, tiene expectoración abundante, encontrándose aliviada; mas de un tiempo a esta parte, sienten ahogo pulmonar y sufre una especie de bronquitis permanente.

La nariz izquierda y faringe, están normales. En la nariz derecha, el cornete inferior ligeramente hipertrofiado, el medio, normal, y el superior, muy hipertrofiado, particularmente su cabeza, que hace prominencia hacia adelante y abajo, creyendo que aprisionando los otros cornetes fuese la causa del lagrimeo.

Le proponemos la intervención, no sólo para descomprimir los otros cornetes, sino también para que tuviese más campo respiratorio, aunque no estaba totalmente obstruido el paso del aire.

Con la excusa de prepararla, se le hizo con cocaína unos toques y cauterizaciones en distintas partes de los cornetes y en dos sesiones, en un intervalo de una semana, sin encontrar mejoría apreciable.

Prevía cocaína, se hizo la extirpación de la cabeza del cornete superior derecho. Era muy voluminosa, solamente que, estando situado en la parte superior de la nariz, no impedía el paso del aire y por esta causa no consultó con el rinólogo, hasta que el oculista se lo indicó.

Excusamos decir que desapareció no sólo el asma, si que también el lagrimeo.

En otros casos en que por mala respiración nasal habíamos intervenido reseando cornetes o sus colas, rectificando tabiques o extirpando crestas, nos contaban

que también habían sufrido asma, pero que desde que les habíamos intervenido, estaban completamente bien.

Todos los rinólogos pueden citar casos de parecida naturaleza, solamente que no publican sus historias clínicas, mas nosotros creemos que merece la pena de divulgarlo, pues si bien es verdad que no todos los casos de asma son de origen reflejo, los que encajan en este cuadro pueden tratarse por este procedimiento con la seguridad que los enfermos encontrarán alivio inmediato y persistente, cosa que no se consigue con fármacos, que si bien es verdad alivian incontinenti, no persiste la curación, teniendo que repetir y aumentar la dosis sin llegar jamás a encontrar la curación completa, muy al contrario, se agravan a medida que pasa el tiempo, pues el corazón toma parte activa en este proceso y se convierten en cardio-pulmonares.

Creemos que hasta en los casos en que el asma es debido a toxemia, a perturbaciones del metabolismo del calcio, a anafilaxia, a asma de heno, a trastornos del hígado (J. SÉDILLOT), etc., es necesario inspeccionar la nariz por si algún reflejo puede ser causa de asma.

Lo mismo que un tapón de cerumen puede dar vértigos y simular cuadros verdaderamente alarmantes, que una irrigación tibial hace desaparecer, también a veces una cresta, un espolón, una desviación de tabique o una hipertrofia de cornete dan síntomas molestísimos, que una resección, una rectificación o una ablación puede como por encanto hacer desaparecer.

Si se han enumerado tantos tratamientos, carísimos y difíciles de seguir, ¿por qué no ensayar la conchectomía en los casos que sea indicada?

CONCLUSIONES

- 1.^a Revisar las fosas nasales de todos los asmáticos.
- 2.^a Operar la nariz siempre que algún obstáculo (cresta, hipertrofia de cornete, etc.), impidan libremente el paso del aire.

RÉSUMÉ

L'étiologie de l'asthme bronchiale étant si discutée, a donné naissance à beaucoup de théories pour l'expliquer, mais aucune ne donne de résultat.

Les uns croient qu'elle est d'origine endocrinienne, les autres la font remonter au métabolisme du chaux, d'autres la croient héréditaire, ou lui trouvent pour causes l'anafilaxie, ou les désordres neuropathiques dont l'épine rayonne dans le nez, ou les désordres du foie etc.

Chaque auteur en émettant sa thèse a institué son traitement et ainsi ont été en vogue les tuberculines, les vaccins, les produits endocriniens, la thérapeutique anafilactique, les chambres d'air dépourvues d'alérigènes, les changements de climat, les rayons X, les chambres pneumatiques, la cure d'altitude, la sympnectomie, les opérations endo-nasales etc.

C'est l'asthme réflexe dont la cause est nasale et dont le traitement est chirurgical, qui a motivé ce travail.

Les histoires cliniques démontrent clairement que l'asthme bronchiale est parfois de cause nasale et qu'en donnant libre passage à la respiration et plus encore en chatiant fortement le sympathique elles guérissent radicalement.

Pourquoi alors ne reviser les fosses nasales de tous les asthmatiques, sans exception?

SUMMARY

The etiology of the bronchial asthma, being so much discussed, has given rise to many theories in order to explain it. But none of them fulfills its aim. Some say it is of endocrine origin, others believe it due to calcium metabolism, to inheritance, to anaphylaxia, to neuropathic disturbances whose spine lies in the nose, to liver disturbances, etc. Every author, upon advocating his own thesis, has instituted his treatment, and tuberculines, vaccines, endocrine products, anaphilatic therapy air-chambers, devois of alergenes, change

of climate, X ray and pneumatic chambres, mountain cure, sympathectomy, endonasal operation, etc., have been in the fashion.

Reflected asthma whose cause is nasal and its treatment surgical, has originated this paper.

Clinical histories clearly show that bronchial asthma sometimes occurs from nasal causes and giving free passage to respiration and even still more, strongly punishing the sympathetic, it is radically cured.

Why not, then, examine the nasal fossa of all asthmatic patients without exception and chondrectomize them, if necessary?