

CONTRIBUCIÓ A L'ESTUDI DELS ASMES INVETERATS

pels

Drs. F. Ferrer i Alemany i Vall

Entre els asmes inveterats hem d'esmentar els infecciosos. La infecció pot tenir origen nasal o faringi, o bé produir-se *in situ*. Cal diferenciar aquests asmes dels del polen i dels de localització exclusiva en les vies respiratòries altes. En els del polen hi ha conjuntivitis, secreció nasal generalment clara com l'aigua, sibilàncies i dificultats respiratòries immediates i no al cap d'alguns dies com en els infecciosos, són estacionals, sensibles al vent i no a la pluja, hi ha presència d'eosinòfils en la secreció nasal (senyal d'alèrgia), i neutròfils en cas d'infecció. Ens valem de la sedimentació globular per saber si hi ha procés infectiu. En aquest cas la sedimentació és ràpida, per sobre 20 mm. a l'hora; en els alèrgics pròpiament dits (polen) la sedimentació és lenta i no sofreix variació en els asmes reflexes o neuròtics: 5 ó 10 mm. a l'hora. La sedimentació normal o lenta és indicatiu de bon pronòstic.

Els asmes infecciosos es converteixen en inveterats moltes vegades i s'estableix en ells l'*status asmaticus*: quadro clínic caquèctic-infecció, amb cianosi, albuminúria, disnea, que desapareix parcialment amb la febre provocada (essència trementina). Són dignes de remarcar els casos de Margarida M. (en vies de publicació) i de N. Ll. N. Ll. entrà a la Clínica Mèdica B. amb bronco-alveolitis a la base dreta, eficàcia amb l'adrenalina, temperatura als voltants

de 39 graus, irregular, hemocultiu negatiu, amb aortitis i antecedents luètics, sense extasis de cap mena, eosinòfils sangnegatius, eosinòfils esputs positius, proves anespecífiques i específiques negatives, fibres elàstiques, negatives. Expectoració poca, micrococus catarralis i després pneumococus. Ultimament estertors no consonants estesos pels dos camps pulmonars. El focus de la base dreta persisteix sense buf ni ressonància a la veu ni obscuretat a la percussió. Aquests malalts toleren gran dosi d'adrenalina, el nostre cas Margarida M. en els 14 mesos de clínica, va prendre 1300 injeccions d'Asmalicida, amb pressió normal i sense arteritis de la pulmonar. No hem vist atelectàsia manifesta. Radioteràpia dona bons resultats immediats. No donar morfina pel perill de disminuir el to respiratori i asfíxia consecutiva.

La pneumoconiosi amb tuberculosi és causa també d'asma inveterat: Gabriel M., 54 anys, treballador en mines de plom i ferro, entrà a la Clínica Mèdica B. amb atacs asmàtics intensos que cediren a l'efetonina. No té febre, als esputs no s'hi trobà Koch. Reflex òculo-cardíac, positiu. A la sortida de l'Hospital, bé. Entrà per segona vegada fa uns tres mesos amb hemoptisis, febre, Koch en els esputs, sense cap atac asmàtic. Sedimentació globular 100 mm. a l'hora. L'espectoració, relativament abundant i completament negra, donà reaccions al ferro sumament positives, menys positives al plom i carbó. Enfisema marcat a les dues bases. A l'examen radiogràfic petites granulacions pneumoconiotiques de to mate a tot el pulmó i lesions tuberculosos de to brillant al vèrtix esquerre. Aquesta vegada no ha presentat cap atac asmàtic.

Cas Magdalena R., ja presentat pel Dr. Ferrer Solervicens, que entrà a la clínica amb atacs asmàtics intensos i que al cap d'un any desaparegueren coincidint això amb l'evolució manifesta de grans masses caseoses en els dos pulmons. Koch positiu en els esputs.

Asma tuberculós. Joan S., amb esternuts en sèrie, hidrorrea nasal, atacs principalment en temps freds. Fibrosi localitzada en vèrtixs. Koch positiu per homogenització, temperatura 37 graus; tractament específic dona milloria. Malalt Josep G., fímic amb lesions cavitàries en vèrtix dret, amb forta destilació nasal, esternuts en sèrie; millora moltíssim en climes d'altura. Disnea d'esforç amb forta impressió moral. Efe-tonina, bon efecte. Pangramin (polen) negatiu; Mantoux negatiu; pols de casa asmàtic, negatiu; produc-

tes de llit, negatiu. Eosinòfils, positiu en esputs; pressió venosa, 12 c. c. d'aigua.

En malalts operats de processos infectius de les vies respiratòries en els quals els atacs asmàtics havien totalment desaparegut durant uns mesos, han instituït la dieta cetògena quan han tornat els atacs d'asma, atacs que han estat sempre menys intensos que anteriorment. Com és sabut, la dieta cetògena té per objecte modificar el medi intern, allunyant-lo tot el possible de l'alcalosi, terreny apropiat a l'asma. Aquesta dieta l'hem fet seguint les instruccions d'Alexandre i Tiefensee (*Journal of Allergia*). Els resultats que n'hem vist han estat poc satisfactoris.

Asmes cardíacs per insuficiència ventricular esquerra: pertorbació de l'equilibri circulatori, èxtasi pulmonar, asma consecutiu.

Hem vist malalts que en la seva joventut sofrien asma bronquial sensibles a pols, fum, etc., els quals, després de molts anys de no tenir atacs han presentat asma cardíac (Miquel M., Josep M. i Josep A.). L'adrenalina els aliviava en aquests últims accessos. En els esputs dels atacs d'asma cardíac hi havia cèl·lules eosinòfiles.

Malalt Joan R., sensible a la pols del graner de casa seva amb cutireacció positiva, biòpsia de les masses poliposes nasals extirpades demostrà que contenien abundants cèl·lules eosinòfiles (doctor Roca de Vinyals). Atacs asmàtics en un malalt amb ventricle esquerra lleugerament gros i albuminúria.

Enric M. amb destilació nasal abundant, constipats antics, hemoptisis, atacs asmàtics intensos, que cediren a l'efetonina. Ventricle esquerra gros; atacs de lipotímia amb bromera a la boca i estat de consciència crepuscular amb amnèsia consecutiva; a l'acabament d'aquests atacs, abundants extrasístoles. Electrocomplexes ventriculars petits. Presència d'albumina en els esputs.