

### EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

Es lenta, de años, pero si no se hace un tratamiento precoz conduce a la artrosis o a la sinovitis reaccional inespecífica. Cuando los cuerpos no se han desprendido de la sinovial, pueden regresar de nuevo y desaparecer.

Su pronóstico es, pues, benigno en cuanto a la vida; pero no podemos decir tanto, en cuanto a la función, por la artrosis.

### TRATAMIENTO.

Deberá ser precoz, antes de que surja la artrosis. Si da lugar a bloqueos y trastornos mecánicos o dolores, deberán extirparse los cuerpos desprendidos y todos los que estén a punto de desprenderse. Si hay lesiones macroscópicas de sinovitis reaccional y es fácil técnicamente la extirpación (rodilla), está indicada la sinoviectomía. Nunca dejará de hacerse la biopsia de ella y de los cuerpos libres. En todos los casos se efectuarán, lo más precozmente posibles, movimientos activos (cuadriceps, en la rodilla;

deltoides y rotadores externos, principalmente, en el hombro; flexo-extensión, en el codo, etcétera) para evitar las rigideces articulares y atrofiar musculares.

La radioterapia es aconsejada también. Aunque no tenemos experiencia de ella, en este proceso, es lógico pensar sea solamente útil en los casos en que falten los trastornos mecánicos.

### BIBLIOGRAFIA

1. BARTOLI, O.—La Chir. d. Org. di Mov., 17, 260, 1932.
2. BIBERGEL, E.—Ztschr. f. Orthop. Chir., 33, 620, 1913.
3. BLOOM, R. y PATTINSON, J. N.—J. Bone Joint Surg., 33-B, 80, 1951.
4. BORSOTTI, P. C.—La Chir. d. Org. di Mov., 22, 63, 1936.
5. COLONNA, P. C.—Surg. Gyn. Obst., 53, 698, 1931.
6. FISHER, A. G. T.—Brit. J. Surg., 8, 493, 1921.
7. HALSTEAD, A. E.—Cit. COLONNA, 5.
8. HAMADA, G.—J. Bone Joint Surg., 33-B, 85, 1951.
9. HENDERSON, M. S. y JONES, H. T.—J. Bone Joint Surg., 5, 400, 1923.
10. LERICHE, R. — "Bases de la Chirurgie Physiologique". Masson & Cie., ed. Paris, 1955.
11. LERICHE, R. y BRENNMANN, E. — Presse Méd., 36, 1441, 1928.
12. MUSSEY, R. D. y HENDERSON, M. S.—J. Bone Joint Surg., 31-A, 619, 1949.
13. OLIVET, A.—La Chir. d. Org. di Mov., 15, 389, 1930.
14. PETTINARI, V.—La Chir. d. Org. di Mov., 20, 395, 1934.
15. PIULACHS, P. — "Lecciones de Patología quirúrgica". Tomo I. Generalidades. Janés, ed. Barcelona, 1948.
16. REICHEL, —Cit. BORSOTTI, 4.

## REVISIONES TERAPEUTICAS

### LO VIEJO Y LO NUEVO EN EL TRATAMIENTO ACTUAL DEL ASMA BRONQUIAL (\*)

R. FROUCHTMAN.

Instituto de Asmatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona. Director: R. FROUCHTMAN.

A comienzos de nuestro siglo el signo de la medicina era eminentemente clínico: interesaba el conocimiento de las causas de las entidades morbosas y su correlación anatomoclínica; los mecanismos patogénicos eran objeto de constante controversia y, sobre todo, sobresalían las descripciones de los cuadros clínicos matizando en una verdadera filigrana los múltiples signos revelados por la exploración, gracias a la cual era posible alcanzar un casi perfecto conocimiento de las enfermedades y sus diversas modalidades evolutivas. Magníficas eran las descripciones de la sintomatología clínica de la neumonía, de la fiebre tifoidea, del asma bronquial, formas de la tuberculosis pulmonar, modalidades evolutivas del reumatismo poliarticular, etc., etc., algunas de las cuales no han sido superadas y conservan todavía su plena actualidad; pero en llegando al tratamiento, este capítulo solía quedar reducido a unas

someras y múltiples prescripciones o a titubeos terapéuticos, evidenciando *a priori* nuestra ineficacia frente a aquellas dolencias tan bien descritas.

Durante los dos últimos decenios la medicina experimenta un giro completo y, sin abandonar su progresión hacia el mejor conocimiento de la etiología y mecanismos de producción de las enfermedades, adquiere un manifiesto signo terapéutico. Causa principal de este cambio es el descubrimiento de múltiples drogas que iban a revolucionar nuestras posibilidades de tratamiento; ello es evidente y constituye, sin duda, el carácter de la medicina moderna, ya que en muy pocos años hemos visto aparecer nuevos agentes de poderosa y eficaz acción, lo cual, unido al enorme avance de los medios instrumentales, ha contribuido enormemente a mejorar el pronóstico de diversas afecciones.

Sin embargo, es obvio que la posesión de estos nuevos recursos terapéuticos de maravillosa acción no sólo ha producido una desorbitada esperanza en su eficacia dejando en el olvido otros tratamientos que conservan toda su utilidad, sino que su empleo suele efectuarse numerosas veces sin discernimiento y, sobre todo, sin un previo y correcto conocimiento del síndrome a tratar. Desgraciadamente, algunos suelen prescindir o abreviar el primer acto del arte médico, es decir, ordenar e interpretar los datos recogidos de un completo estudio del enfermo después del cual se edificará un plan terapéutico; con demasiada se prescriben remedios a voleo, y su ineficacia desconcierta al médico y deprime el ánimo del pa-

(\*) Conferencia pronunciada en el Curso de Patología Torácica desarrollado en el Servicio de Neumología del doctor CORNUDELLA (Hospital de San Pablo), el 10 de diciembre de 1956.

ciente que confiaba lograr la curación o la mejoría con estas drogas de legendaria eficacia.

Un claro ejemplo de lo antes expuesto ha ocurrido y ocurre con el asma bronquial. Tomando como punto de partida los primeros años de este siglo, comprobamos cómo durante estos años, y siguiendo el criterio imperante en cada época, así como el arsenal farmacológico disponible, la terapéutica anti-asmática ha sufrido una profunda evolución.

Por una parte, es evidente que de aquel concepto de asma esencial o nervioso al complejo problema que nos plantea hoy la reacción asmática, existen, que duda cabe, diferencias fundamentales. Por otro lado, y durante este período de evolución han ido sucediéndose distintos puntos de vista tanto en el tratamiento de la crisis como en el de la enfermedad, correspondiendo a cada etapa medidas terapéuticas de cuya utilidad y eficacia una buena parte ha sobrevivido a la prueba del tiempo y de la experiencia, consagrando remedios o prescripciones, contribuyendo así al enriquecimiento actual de nuestros recursos terapéuticos.

Vamos a recorrer brevemente las vicisitudes sufridas durante nuestro siglo por la terapéutica del asma bronquial, en relación con la evolución conceptual experimentada por esta enfermedad, deteniéndonos en aquellos medios y recursos, los cuales, o bien conservan todavía plena actualidad, o por el contrario, deben ser proscritos de nuestro arsenal terapéutico, así como en las modernas drogas de sorprendente eficacia cuando son utilizadas con discernimiento.

#### TRATAMIENTO DEL ATAQUE DE ASMA.

Si consultamos cualquier tratado de principios de siglo y publicado con anterioridad al conocimiento del descubrimiento de RICHET, como, por ejemplo, el de W. EBSTEIN, cuyo capítulo sobre asma fué escrito por LENHARTZ, vemos cómo el problema de calmar el acceso gira en derredor a la interpretación neurógena del síndrome. Tal como en nuestros días, se discutía ya entonces si la estenosis de los pequeños bronquios era debida a espasmo muscular (BIERMER, ROMBERG) o bien a la tumefacción de la mucosa (WEBER, STORK), y el papel que pudiera tener el espasmo del diafragma, como expusieron WINTRICH y BAMBERGER. Pero tanto en una como en otra hipótesis se consideraban estos fenómenos como resultante de influencias nerviosas, y en el tratamiento de los paroxismos destacaban la importancia de administrar hidrato de cloral por vía bucal y morfina por vía subcutánea.

También por aquel entonces algunos clínicos, como CURSCHMANN y LENHARTZ, habían intuido la importancia que podía tener la obstrucción progresiva de numerosos bronquios finos por secreciones, determinando una sensación de opresión y provocación por vía refleja del verdadero acceso asmático, concepto patogénico que conserva plena actualidad y constantemente comprobado en los mecanismos de muchas crisis asmáticas (JIMÉNEZ DÍAZ, R. FROUCHTMAN). Por ello aconsejaban recurrir a la ipecacuana, sobre todo en los niños, ya que su efecto emético favorece la expulsión de secreciones bronquiales, y, como recomendaba KRAUSE, al empleo de grandes dosis de yoduro potásico asociado muchas veces con otras sustancias expectorantes y sedantes, tales la lobelia, drosera, bromuro amoníaco, etc., dando lugar a aquellas fórmulas magistrales ya en olvido por las actuales generaciones, si bien constituyen

muchas veces los ingredientes de modernos productos de indudable eficacia.

¿Qué nos queda de aquellas prescripciones?

Durante años fué recomendada la administración de morfina, pero actualmente sabemos que esta droga debe ser proscrita de la farmacoterapia anti-asmática, ya que, a pesar de algunos éxitos, constituye una medida peligrosa para el enfermo asmático. No se insistirá bastante sobre el riesgo de emplear el opio total o la morfina, sobre todo en los estados de mal asmático cuya angustiosa situación determina el que algunos recurran a veces a su empleo. Tanto por sus propiedades farmacológicas (aumento del broncoespasmo, depresión de los centros respiratorios, inhibición del reflejo tusígeno), como por las deficientes condiciones de los centros del asmático en crisis, la experiencia clínica ha comprobado repetidas veces que la morfina puede ser la causa de la muerte de un asmático.

Como publicamos en su día, y sólo en contados casos como medida de urgencia, y bajo la vigilancia del médico, puede administrarse media o una ampolla de Dolantina por vía subcutánea y procurando inyectar el producto durante el corto alivio obtenido previamente con otro asmolítico (adrenalinicos, aminofilina, etc.), sin que sea aconsejable repetir esta droga durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas.

En cambio, es todavía una medida útil la administración de hidrato de cloral, especialmente en niños nerviosos: a pequeñas dosis, como por ejemplo, en enemas de uno a cinco gramos, según la edad. Asimismo, cuando se trata de sujetos con gran componente psicógeno o con insomnio, son eficaces los barbitúricos, y por ello muchos preparados suelen asociar el luminal con sustancias de acción asmolítica (Elmuflina-barbitón, Soluflina, etc.).

La tos constituye sin duda un síntoma frecuente que precede o acompaña al acceso asmático. A veces puede ser un pródromo o un equivalente del asma, pero en muchas ocasiones traduce la presencia de secreciones bronquiales viscosas, adherentes, difíciles de expulsar y que son la causa de la aparición o persistencia de una situación asmática.

Es necesario facilitar la expulsión de estas secreciones, y por ello la ipecacuana y, sobre todo, los yoduros (siempre que no exista intolerancia al yodo) constituyen una medicación de reconocida eficacia: en poción, a la dosis de 1 a 2 gramos diarios y asociados con efedrina, benzoato sódico, lobelia, etc., los yoduros son la base de múltiples preparados útiles en estos casos (Sanasmol, Sol. Angiofilina, Bronquiasmol, etc.).

Entre otros recursos por entonces recomendados y que el enfermo utiliza todavía como calmante de bolsillo, están las fumigaciones y cigarrillos conteniendo hojas de estramonio, belladona, datura, beleño, nitrato potásico, opio, etc., en combinaciones diversas y que en su tiempo gozaron del prestigio propio a las "medicaciones secretas", como ocurrió con la fórmula de TUCKE.

Mientras el tratamiento de la crisis aguda se reducía a las drogas antes señaladas, además de alguna que otra indicación utilizada todavía eficazmente, como por ejemplo, el empleo de la aspirina (KRAUSE y GARRE en 1912), TAKAMINE, químico japonés establecido en Nueva York, descubrió en 1901 la adrenalina, cuya primera indicación fundamental derivada de su acción vasoconstrictora fué como hemostático. Debían transcurrir unos años hasta que SALIS, COHEN, KAPLAN y JADIC propusieran su empleo en el tratamiento del ataque de asma bronquial.



La aparición de la adrenalina constituye sin duda un momento estelar en la historia de la terapéutica antiastmática. Las medicaciones propuestas posteriormente habrán tenido mayor o menor fortuna, pero es evidente que hasta la aparición de los corticosteroides ninguna medicación ha abierto una vía tan eficaz y tan resistente a la prueba del tiempo como la adrenalina. Esta poderosa arma asmolítica constituyó entonces el progreso más sobresaliente ensombreciendo los otros remedios hasta entonces utilizados; en 1924, STORM VAN LEUMEN aconsejó el tratamiento del asma bronquial mediante la administración durante meses de 0,2 c. c. de la solución al milésimo tres o cuatro veces al día.

En nuestros días, y a pesar del enriquecimiento de la farmacopea antiastmática, la adrenalina o sus sucedáneos continúan siendo un medicamento ideal para calmar una crisis aguda de asma. Con sus propiedades vasoconstrictoras, con reducción de la ingurgitación pulmonar y del edema de la mucosa y su efecto estimulante del lóbulo anterior de la hipófisis, la adrenalina constituye la base de múltiples productos que, bajo diversos nombres, variadas combinaciones y distintas vías de administración, son de útil recurso en el tratamiento del acceso, así como medicación coadyuvante cuando el médico sabe manejarlos en las dispares modalidades y situaciones. Por ejemplo, en las crisis agudas será conveniente actuar rápidamente (Asmalicida, Forbina, Novasmol, etc.); en las formas recidivantes pueden utilizarse los compuestos de acción lenta (Asmalicida-depot), y en las crisis de poca intensidad o para yugular las primeras manifestaciones, las nebulizaciones pueden ser útiles constituyendo los aerosoles una útil prescripción en las formas bronquíticas del asma persistente.

Sin embargo, cuando el asma evoluciona hacia los estados prolongados el empleo abusivo de compuestos adrenalinicos acorta su eficacia e incluso puede llegar a un estado refractario; entonces es necesario *saber renunciar* a estas drogas, utilizando otros recursos terapéuticos en relación con las circunstancias etiopatogénicas y caracteres clínicos de cada enfermo.

Con efectos semejantes a la adrenalina aparecen posteriormente la efedrina, alcaloide aislado de la *Ephedra vulgaris*, y su forma sintética la efetonina, de menor potencia de acción, pero con la ventaja de ser mejor tolerados por vía bucal o rectal y de efectos más duraderos. Ha transcurrido más de un cuarto de siglo y rara es la tableta, poción o supositorio que no contenga alguna de estas sustancias, potenciando así la acción antiastmática del preparado.

Otra fecha memorable en esta evolución de la terapéutica antiastmática es el año 1927, durante el cual, RISCHWAY comunica los brillantes resultados obtenidos con una base púrica, es decir, con la Teofilina etilendiamina o Aminofilina, constituyendo la Teofilina la fracción activa. Rápidamente se suceden las observaciones confirmando la eficacia de la nueva droga, la cual constituye desde entonces un procedimiento terapéutico de elección por su segura y rápida acción para combatir un acceso asmático resistente. Empleada por vía endovenosa (en inyección lenta o gota a gota), se ha extendido su aplicación utilizando distintas vías de administración, formando la base de numerosos preparados en los cuales se asocia con efedrina, luminal, etc., y cuyas múltiples combinaciones aportan al médico la posibilidad de evitar o reducir las agudizaciones en las formas de moderada intensidad.

Pero además del tratamiento del acceso agudo, desde siempre preocupó al médico interrumpir una situación asmática prolongada, la cual, originada por diversas razones hoy mejor conocidas, mantiene al enfermo en un estado de disnea continua o de repetidas exacerbaciones rebeldes al tratamiento sintomático, ya que los remedios antes mencionados se muestran insuficientes, obligando su repetida administración con eficacia cada vez menor. Frente a una situación semejante, a veces angustiosa, era necesario hacer algo más definitivo, actuando sobre los factores que condicionan la persistencia del estado asmático o sobre la base constitucional, esta incógnita que constituye la "diátesis asmática".

Es indudable que el remedio más antiguo empleado lo constituye la piretoterapia, deducida de la observación de los hechos naturales y usada en la antigüedad en múltiples afecciones ("Dadme poder para provocar fiebre y os curaré todas las enfermedades", PARMÍNEDES, cincuenta años a. de J. C.). En 1920, SCHIFF GLASER y STORM W. LEUWEN utilizan leche y luego azufre en aceite por vía intramuscular, logrando los primeros brillantes resultados. Posteriormente se inicia el empleo de emulsiones bacterianas por vía endovenosa, y este método, menos doloroso y de mayor actividad, constituye sin duda alguna una medida de gran eficacia cuando persisten los signos asmoides en un sujeto con buen estado general; no se insistirá bastante sobre la gran utilidad de este procedimiento, siempre de actualidad a pesar de la aparición de las modernas drogas. Cualquiera sea la forma etiológica del asma, si bien es preferible evitar su empleo en niños, la elevación térmica determina espectaculares mejorías; empleando con preferencia una vacuna antitífica de 1.000 a 2.000 millones por c. c.; es necesario practicar dos a tres choques febriles con tres o cuatro días de intervalo y a dosis crecientes desde 0,2 c. c. y adaptando las dosis siguientes a la respuesta febril y tolerancia individual.

Hemos visto cómo es antigua la observación de que la reacción asmática se asocia frecuentemente con infecciones respiratorias, si bien durante años su tratamiento resultó casi siempre inoperante. Pero la aparición de sulfamidas y de los antibióticos ha aportado unas posibilidades terapéuticas de considerable eficacia cualquiera sea la modalidad clínica de las formas infecciosas del asma; actualmente su tratamiento reporta generalmente un rápido alivio cuando se administran estos agentes con discernimiento, combinando en ocasiones su empleo con otros remedios oportunos: aerosoles de sustancias simpáticomiméticas o de tripsina, broncoaspiración, corticosteroides, etc.

Las sulfamidas son de gran utilidad cuando son bien toleradas por el enfermo, siendo conveniente administrarlas a dosis decrecientes; en las formas de moderada intensidad, sobre todo en los niños, son útiles las pociones o supositorios sulfamídicos.

Por su mayor tolerancia se usan —y a menudo abusa— con preferencia de los antibióticos, siendo en principio todos recomendables, debiendo evitarse las asociaciones antagónicas. Puede ocurrir que la infección no desaparezca del todo o recidive rápidamente; en estos casos es necesario prescribir un tratamiento antibiótico intermitente o bien recurrir a los de espectro de acción más amplia, tales la tetramicina, chemicitina, aureomicina, etc., a las dosis habituales.

En cuanto a su vía de administración, en nuestra experiencia la forma aerosólica no presenta mayores

ventajas, a excepción de las asmas con broncoinfección supurada y cuya siembra de la secreción broncoaspirada es positiva y sensible al antibiótico que vamos a emplear; en los tipos de infección localizada será preferible utilizar la instilación endobronquial.

En tiempos pasados los clínicos habían comprobado la importancia que podía tener la obstrucción bronquial por secreciones en el desencadenamiento o persistencia de un estado asmático, recomendando la administración de expectorantes en gran cantidad. Pero es cierto que estos medios son muchas veces insuficientes a pesar de las nuevas drogas o del empleo de modernas técnicas, como son los aerosoles con soluciones adrenalinicas o con tripsina, a veces eficaces en estos pacientes.

Actualmente, cuando la obstrucción bronquial por secreciones viscosas o por tapones de moco es la causa de que persista el estado asmático, con quintas de tos inoperantes que exacerban la reacción, insuficiencia torácica y a veces cianosis, la aspiración instrumental con el broncoscopio o el empleo de aparatos adecuados como el "respirator" de BENNETT, constituyen la medida terapéutica de elección. Los síntomas físicos de broncoestenosis o de completa obturación bronquial fundamentan el tratamiento local de la estrechez inflamatoria y la aspiración broncoscópica logrando numerosas veces espectaculares remisiones de un estado asmático con fácil expulsión de las secreciones, rápida mejoría de su ventilación y, como hemos señalado en repetidos trabajos, los antibióticos, antes inoperantes, adquieren de nuevo la eficacia de ellos esperada. En ciertos casos la broncoaspiración puede ser una indicación de urgencia, si bien su empleo en graves choques alérgicos está contraindicada.

Después de la frustradas esperanzas que despertaron los antihistamínicos de síntesis, y cuyo empleo se reduce actualmente a contados casos en los cuales interviene un mecanismo alérgico o bien reforzando algunos productos por su acción sobre la permeabilidad vascular alterada, llegamos en nuestros días con la aparición de la hormona adrenocorticotropa del lóbulo anterior de la hipófisis y de la cortisona o compuesto E de KENDALL, hormona esteroidea aislada de la corteza suprarrenal. Agentes hormonales de potente y múltiple acción, todavía en parte desconocida, destaca entre otras su actividad antiinflamatoria, y la experiencia ha demostrado la enorme eficacia de estas sustancias capaces de interrumpir un estado asmático persistente.

Por ello, y al lado de la provocación de fiebre, estas drogas constituyen por el momento el remedio más eficaz para yugular una situación asmática prolongada. En muy pocos años hemos visto cómo la farmacopoyesis ha perfeccionado la preparación de estas drogas, disponiendo actualmente del ACTH en acción lenta (acthar-gel) y a la cortisona, cuya administración obligada, como con el ACTH, a múltiples precauciones, sucedió la hidrocortisona, y en nuestros días los corticoesteroides de síntesis, prednisona y prednisolona (deltacortril, dacortin, nisone); de fórmula química muy próxima a la cortisona, ofrecen una mayor eficacia y son mejor tolerados, pues además de su más intensa actividad antiinflamatoria, su actividad sobre los electrolitos es mucho menor, no provocando la retención hidrosalina y presentando por, el contrario, un ligero efecto diurético. Como señalaba recientemente ORTIZ DE LANÁZURI, estas drogas suponen un avance extraordinario cuando al prescribirlas se tienen siempre en cuen-

ta las circunstancias individuales, contraindicaciones, y su administración se efectúe bajo vigilancia, pues en algunas ocasiones es necesario suspender su administración.

No debe olvidarse que la acción de estas sustancias es eminentemente sintomática y el resultado favorable cesa al interrumpir su administración si no se ha tenido el cuidado de estudiar al enfermo y asociar en cada caso aquellos otros medicamentos cuya utilidad se ve reforzada con la prescripción de estos corticoesteroides; así, por ejemplo, su asociación con antibióticos en las formas broncoinfecciosas.

Estas drogas presentan otra utilidad, y es su empleo en las formas estacionales del asma, cuando el período reaccional es de poca duración, como ocurre en la polinosis, evitando así la siempre molesta administración de vacunas.

En cuanto a su dosificación, no consideramos necesario prescribir altas dosis: basta comenzar con 20 miligramos por día, durante dos a cuatro días, pasando seguidamente a 15 y luego a 10 mgr. diarios; en algunos sujetos adultos ha sido eficaz administrar diariamente 5 mgr. para evitar la aparición de la reacción asmática. En los niños, y en relación con su peso, iniciar el tratamiento con 10 ó 15 miligramos, pasando rápida y progresivamente a 5 ó 7,5 mgr. por día.

La prescripción del ACTH requiere mayores cuidados dietéticos y vigilancia médica. Su empleo en los asmáticos en grave estado determina también efectos teatrales. Es preferible comenzar con altas dosis (por ejemplo, 100 mgr. por día, fraccionadas); al obtener la remisión de los síntomas, emplear entonces las mezclas de acción retardada; un enfermo intolerante a la cortisona ha estado durante más de un año sin molestias con la administración de 2 c. c. (50 mgr.) de acthtar-gel cada siete días.

#### TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ASMÁTICA.

Pero mientras el tratamiento del ataque agudo de asma seguía la evolución antes expuesta, ¿qué ocurría con la terapéutica de fondo de la enfermedad?

Si por un lado la base constitucional no había escapado a la observación de los clínicos registrando la coincidencia de este síndrome disnéico con otros paroxismos funcionales, como por ejemplo la urticaria y la colitis mucomembranosa, otros habían apreciado el carácter idiosincrásico de algunas crisis en relación con alimentos o con plantas, aconsejando el alejamiento temporal de un lugar o una dieta adecuada; al asma provocada por alimentos, ERCHORST la denominó "asma dispéptica". Bien es verdad que esta posible acción perjudicial de agentes externos, especialmente por las plantas, había sido vislumbrada ya en el siglo XVI y luego WYMAN (1872) comprobó que el ragwed (ambrosia) era dañino para su hijo. Pero es realmente BLACKLEY quien, en 1873, establece por vez primera el papel desempeñado por el polen, llegando incluso a practicar las primeras cutirreacciones.

Vemos, por consiguiente, cómo la observación de los hechos confirmaba este posible influjo de algunos agentes externos en la provocación de la fiebre de heno y de ciertas crisis de asma. Sin embargo, el desconocimiento de sus causas en la mayoría de los casos, y la ignorancia entonces imperante sobre los problemas de hipersensibilidad motivaron el que transcurrieran algunos lustros antes de que pudiera



establecerse de forma real la posibilidad alérgica del asma bronquial.

Indudablemente, es desde el descubrimiento de la anafilaxia por RICHET y PORTIER, cuando la doctrina de la hipersensibilidad va tomando cuerpo, y entonces LANGLOIS (1906) y BILLARD (1907) relacionan el asma bronquial desencadenado por el polen con la anafilaxia. Se suceden los conocidos trabajos de WIDAL, ABRAMI, JOLTRAIN, etc., y, en 1921, WALKER pone en práctica los procedimientos de las cutirreacciones, generalizándose este método como la clave del diagnóstico etiológico de un asmático, cuyo síndrome sería siempre debido a una o múltiples hipersensibilidades específicas; abierta esta esperanza, MONCORGE afirma en 1924 "que el asmático esencial no existe".

Fruto de esta interpretación ha sido una larga etapa durante la cual los médicos han procurado perfeccionar estos métodos diagnósticos mediante pruebas especiales, y gracias a las cuales se deriva la supresión o la hiposensibilización de los agentes causales: escarificaciones, intradermoreacción, índice leucopénico, prueba del pulso, microprecipitinas, transmisión pasiva, etc., etc., han contribuido al mejor conocimiento de esta afección, tanto en su aspecto diagnóstico como en su aplicación terapéutica.

Pero si el descubrir él o los agentes sensibilizantes constituye todavía un aspecto útil, debe reconocerse que los resultados son menos fructíferos de lo que en sus comienzos se creyó. El empleo casi exclusivo de estas técnicas fundadas en una concepción antigénica del asma despertó la esperanza de lograr el diagnóstico etiológico de los posibles agentes asmógenos; supervalorizaron los resultados de las pruebas cutáneas, olvidando o prescindiendo en ocasiones al propio enfermo; es decir, se desorbitó el problema alejando al médico de la realidad clínica. Así veíamos, y vemos todavía, enfermos a los cuales se les practican múltiples escarificaciones o inyecciones con intención diagnóstica, derivando luego hacia erróneas deducciones terapéuticas que en gran número de casos conducen fatalmente a un terrible desengaño.

Hace unos años, JIMÉNEZ DÍAZ creó el feliz término de "reacción asmática", palabras que revelan el carácter funcional del síndrome, pero sin prejuzgar su etiopatogenia, que la experiencia y el mejor estudio de los enfermos ha demostrado ser múltiple y dispar. Hemos vuelto a estudiar al enfermo en su indisoluble unidad, y tanto la clínica como los medios complementarios de diagnóstico han ido evidenciando las múltiples posibilidades causales y patogénicas de la reacción asmática. Resumen actual de nues-

tros conocimientos sobre esta afección es que en unos casos el asma constituye toda la enfermedad, forma primaria alérgica del asma bronquial; pero también, y a veces de forma aparentemente inapreciable si no se profundiza en el estudio del paciente, la reacción está condicionada por otros procesos en ocasiones de grave importancia, y todo ello sin olvidar que en todos los casos y en el curso de su evolución, se suman nuevas posibilidades asmógenas, sean de naturaleza alérgica o sean consecuencia de complicaciones orgánicas desarrolladas en el árbol respiratorio.

Por consiguiente, ya no se trata, pues, de averiguar sólo él o los alérgenos causales, sino que frente a un sujeto con reacción asmática, es necesario estudiarle de forma completa; hay que interrogar y explorar detenidamente al paciente recurriendo a los medios que la ciencia médica ha puesto en nuestras manos. Sólo con este criterio es posible llegar a diagnosticar las diversas modalidades clínicas y evolutivas, y conocer los factores causales que por distintos mecanismos conducen a la provocación de esta anómala respuesta patodinámica respiratoria. Luego, después de ordenar jerárquicamente estos elementos de juicio y reflexionar sobre su respectiva importancia en la constelación de factores que determinan la enfermedad asmática, podemos edificar nuestro plan de tratamiento aplicando a cada caso la terapéutica adecuada.

En consecuencia, vemos cómo en unos enfermos será útil y fácil suprimir el agente causal, en otros deberá administrarse una vacuna polínica preestacional, sustituida en ocasiones por una cura temporal con esteroides de síntesis; en otros, la eficacia profiláctica o curativa corresponderá a las sulfamidas o a los antibióticos; en algunos será aconsejable la cura de adelgazamiento o el empleo de tónicos cardíacos; en ciertos pacientes es necesaria una broncoaspiración; en muchos, la gimnasia respiratoria, prescripción abandonada durante años, y que vuelve a adquirir carta de naturaleza, etc.

En suma, vemos cómo son múltiples y variados los remedios propuestos en el tratamiento del asma bronquial, y ello no sólo como lógica consecuencia del enriquecimiento de nuestro bagaje terapéutico, sino como resultado del mejor conocimiento que tenemos de los distintos factores que pueden confluír en su etiopatogenia; por ello es necesario efectuar antes un completo estudio de estos enfermos, después del cual es posible ordenar un criterio terapéutico. De este modo cumplimos la finalidad del arte médico, es decir, curar cuando sea posible, frenar la progresión de la afección y siempre conducir al enfermo hacia una vida más equilibrada.