

anlassst, welche dann nachträglich zur Sodium und Wasserretention führt.

Im Gegensatz zu dem was man bei normalen Personen beobachtet, ändert hier die Injektion von ACTH den Quotienten Na/K im Harn nicht diese Tatsache kann somit von gewissem diagnostischem Interesse sein.

RÉSUMÉ

Dans l'insuffisance surrénale, certaines réactions, que l'on attribue chez le sujet normal à la médiation de ces glandes (augmentation de l'élimination de sodium en augmentant son ingestion, réponse avec retention de sodium et oligurie à la deshydratation aigüe) se produisent également. On n'interprète ceci qu'en partie puisqu'il correspond aux hormones surrénales une action seulement facultative—"permisive" selon l'idée de Ingle.

L'administration de cortisol à ces malades a un effet sur la diurèse et sur les électrolytes urinaires en général identique à celui qu'il produit chez les personnes avec des surrénales normales, quoique avec de légères différences dont on discute le sens. Ces observations confirment l'opinion des auteurs, exposée dans d'autres travaux, d'après laquelle l'effet des hormones surrénales s'exerce d'abord par une expulsion du potassium contenu dans les cellules du tube rénal, qui conduit ensuite à la retention de sodium et d'eau.

L'injection de ACTH ne modifie pas le quotient Na/K en urine, à différence de ce qui se produit chez les personnes normales; ceci peut avoir un certain intérêt diagnostique.

funcional sin unidad etiológica. Ello nos lleva de la mano hacia una generalización patológica extraordinaria, que nos dice a su vez de la extensión del problema. La reacción asmática, como afirma JIMÉNEZ DÍAZ, es un síndrome funcional que sucede a las más diversas causas. Estas son las que nos rodean y acucian. El concepto social del asma es, pues, extraordinario, porque tal padecimiento sume en la amargura a un buen número de mortales. Que sea funcional o que sea orgánico, es decir, producido por procesos orgánicos, o por una causa estrictamente funcional, es una división baladí. Nosotros estimamos que la mayoría de las asmas tienen un lecho orgánico, si los estudiamos en sus pormenores, aunque en apariencia no lo parezca. Además, las lesiones orgánicas van delimitándose con la persistencia del síndrome, ya porque la etiología como tal se manifieste, ya porque las consecuencias del estado asmático, en sus accesos o en su forma larvada o silenciosa, vaya creando condiciones orgánicas patológicas. SUBIZA y FARRERÓN han insistido en la complejidad del lecho asmático: proceso infeccioso, alérgico, psíquico, neurovegetativo, etcétera. Fensemos, pues, la importancia que esta compleja y diversa etiología patológica tiene y las relaciones con lo social.

En el estado actual de la ciencia, sinteticemos dos conclusiones:

- Que no existe ningún agente externo que actúe como causa primaria del asma.
- Que dicha causa es interna, reside en el propio organismo y, posiblemente, en el sistema neurohormonal.

¿Qué entendemos por concepto social? A mi juicio, es también extenso y difícil de delimitar. En lo social entra, sin duda, la historia, la extensión de la enfermedad, la invalidez, los trastornos sobre la raza y la economía, no sólo del enfermo y su familia, sino sobre la economía del país, la prevención y la terapéutica, la herencia, la constitución y tantas cosas más.

Intentaremos dar una noción somera de todo ello.

HISTORIA.

Cinco hitos merecen de recordarse en lo concerniente al asma:

1.º Las primitivas ideas de HIPÓCRATES y GALENO, que son los autores de la palabra asma, disnea y ortopnea, que tienen sabor de observación clínica y de explicación filosófica. El asma entra en un confuso grupo de enfermedades respiratorias.

2.º La sugerencia de VAN HELMONT—asmático—, que destaca el papel del factor nervioso, compara el asma con la epilepsia y habla del factor hereditario y predisponente y aun de algún alimento capaz de desencadenarlo.

3.º Las investigaciones de la escuela inglesa con TOMÁS WILLIS, FLOYER y BREE—todos asmáticos—, que confirman los apuntes de HEL-

VALOR SOCIAL DEL ASMA (*)

C. BLANCO-SOLER.

Servicio de Medicina General y Nutrición del Hospital Central de la Cruz Roja.
Jefe: Profesor C. BLANCO-SOLER.

Hagamos unas premisas, es decir, formulemos unos previos conceptos: El asma "no es una enfermedad fundamentalmente de agente, sino de reacción a entes que resultan inofensivos para los no asmáticos". Se necesita, pues, una especial condición individual, producida por circunstancia anterior, que será la verdadera causa: disreacción, atopía, alergia, etc.

El asma es, según PEDRO PONS, una entidad

(*) Lección de clausura del curso sobre Alergia, dado en el Servicio de Medicina General del Hospital Central de la Cruz Roja en Madrid.

MONT, y nos describen la oclusión de los bronquios por influencias de los músculos peribronquiales, pero distinguen a la vez un asma obstructiva de origen local.

4.^o Las de LEANECC y TROUSSEAU—asmáticos—, que separan totalmente el asma de otros procesos acompañados de disnea y hablan del asma esencial y del espasmo de los músculos de Reisseisen; y

5.^o Los estudios, ya en el siglo XX, de MELTZER, sobre la analogía entre la anafilaxia y el broncoespasmo de los conejos, fenómeno asmático, calificando al asma de fenómeno alérgico.

Estas son las ideas que forman el cuerpo de doctrina en la historia del asma.

FRECUENCIA Y EXTENSIÓN.

El asma es una de las enfermedades más extendidas por el mundo. La raza blanca lleva la palma en esta desgracia. La enfermedad va lentamente disminuyendo la capacidad física y psíquica del sujeto. Por lo tanto, socialmente es una de las lacras más acuciantes de los modernos tiempos. La progresión del asma es aterradora, pese a cuanto se va trabajando para yugularla.

El asma es un padecimiento que necesita de un conocimiento más amplio por parte de la práctica médica actual. Si nosotros aceptamos solamente por asma aquella enfermedad que cursa con una sintomatología de disnea y de aparición paroxística, realmente el asma no es tan frecuente como en realidad es. Sí, como ocurre hoy día, comienzan a considerarse estados asmáticos o asma crónico a ese grupo ya más considerable de ciertas broncopatías espásticas, la frecuencia de esta enfermedad aumenta. No obstante, nuestra conformidad no debe quedar limitada a definir una enfermedad por el grado de broncoestenosis que establezca. Para nosotros, asma es un estado patológico que comienza casi siempre con una sintomatología catarral, y en muchas ocasiones las manifestaciones clínicas de este estado patológico no pasan durante toda una vida de simples catarros. En otras ocasiones, asma es aquella bronquitis de repetición espástica con alguna crisis ligera en las máximas reactivaciones, pero que nunca llega al grado de ataques severos, y, por último, en muy pocas circunstancias el asma tiene una aparición espasmódica paroxística con cuadro recortado, y aquí es donde todos estamos de acuerdo que es asma. Ahora bien, si queremos calcular la frecuencia del asma, tenemos que remitirnos a estadísticas confeccionadas con los dos últimos grupos. Se admite en reglas muy generales que aproximadamente un 1 por 100 de la población padece asma. Las estadísticas manejadas a este respecto son las de FEIMBERG, en los Estados Unidos. Posiblemente en Europa las cifras son parecidas a juzgar por la impresión de los clínicos ocupados en estos problemas. Esto

vendría a suponer que en Madrid actualmente tenemos unos veinte mil asmáticos. Es curioso el dato suministrado por FROUCHTMAN, en el que refiere que, según HOFFMANN, en los Estados Unidos se registran anualmente medio millón de casos, y el de ISERLING, que en el ejército el número de inútiles por asma alcanza cifras aproximadas a las producidas por tuberculosis pulmonar.

Vemos, pues, cómo valorando tan sólo una fase o sector del total de los asmas, es decir, aquellos que tienen una expresión clínica manifiesta, el número de estos enfermos es bastante numeroso.

El asma es una enfermedad muy crónica, tan crónica, que muchos niños que nacen asmáticos mueren de viejos sin haberles dejado este padecimiento de atenazarles durante grandes períodos de su vida.

El 9 por 1.000 de los reclutas de un reemplazo inglés padecían asma, y ocupaba el asma, como causa de incapacidad, el séptimo lugar. El 10 por 100 de los niños de ciertas localidades de los Estados Unidos tienen asma antes de los diez años. Según HOFFMANN, se registran en este país anualmente más de 500.000 casos. Para SPAIN y COOKE, el 3,5 por 100 de la población norteamericana padece, o ha padecido, asma o fiebre del heno, y considera ISERLING que el asma está a la altura de las más importantes invalideces del ejército. En España es el asma el 2 por 100 de las alergosis respiratorias, cifra que conceptuamos menor de la realidad, según las observaciones que recogemos en la clínica privada y en nuestro Servicio hospitalario.

En Inglaterra y País de Gales fueron 32.067 fallecimientos entre 1938-48 atribuibles al asma, lo que nos dice que mueren 3.000 personas al año.

La edad, según WILLIAMS, que es del que copio estos datos, fueron preferentemente entre 5/9 y 10/14 años. El asma representa el 0,6 por 100 de las muertes de Inglaterra y País de Gales. Los fallecimientos por asma en los Estados Unidos en la década del 38 al 48 fué de 7,10 por 100.000. Los hombres aventajan tristemente a la mujer, y las hembras dan más proporción de fallecimientos entre los 15 y 34 años. Entre los estudiantes de la Universidad de Gales, el 33 por 100 tienen historial asmático.

En Noruega, de 295.356 personas, 1.190 padecen de asma (4 por 100), de las cuales el 58 son hombres. Aproximadamente la mitad son trabajadores del campo y de los bosques, 13 por 100 obreros manuales y 10 por 100 pescadores. En el 29 por 100 existen antecedentes de otras alergosis, y aun otros autores consideran el 50 por 100. En el 42 por 100 de los asmáticos existe asma familiar.

En Europa occidental predominan las alergias respiratorias, especialmente rinopatías y asma. Son más frecuentes en las costas que en las regiones centrales y más en el norte que en

el sur. Conforme se desciende en el mapa, va bajando el asma alérgico. En Dinamarca, según BRUN y NONGAARD, es de 1-4 por 100 y en Suiza ya es de 1-3 por 100. Baja más aún en España y en Yugoslavia. En el Centro y Sur, el asma alérgico predomina por los polvos de casa, habas, cereales y escamas de animales. Las bacterias son más importantes en el Norte. En España destacan las asmas bacterianas y siguen después las de cereales, hongos parásitos y escamas. La polinosis reviste aspectos diversos, según las características climáticas y la flora de los diversos países europeos. La estación dura desde últimos de mayo a primeros días de agosto en Noruega, Suecia, Finlandia y Dinamarca; de junio a agosto, en Holanda; de fin de abril a mediados de julio, en Inglaterra y Francia; de mitad de mayo a primera semana de septiembre, en Bélgica; de mitad de mayo a fin de junio, en Suiza y Luxemburgo; de finales de mayo a primeros de agosto en España, Portugal, Italia y Grecia; de comienzos de mayo a fin de julio, en Yugoslavia. Las regiones húmedas son más fáciles al asma que las altas y secas. La proximidad a ríos y vegas son fáciles a la alergia respiratoria. Los cambios bruscos de temperatura son molestos. El clima, aun sin alergia, puede desencadenar en ciertos sujetos sensibles ataques de asma, como luego diremos.

Los pólenes alergógenos, tanto en el Norte como en el Sur de Europa, son de las gramíneas. Los olivos son esencialmente alergógenos para el asma en España y en Italia.

En España la distribución, según LAHOZ, padre e hijo, y JIMÉNEZ DÍAZ, es:

Polen, 3,8 por 100. Climáticos, 6,6 por 100. Domésticos, 6,9 por 100. Cereales, 5,5 por 100. Alimentarios, 0,07 por 100. Dérmicos, 0,49 por 100. Insectos, 0,66 por 100. Bacteriano, 72 por 100.

El asma polinósico va aumentando en las ciudades más que en el campo. Son más fáciles a contraerle los habitantes de las ciudades que van al campo. No podemos estimar la tesis de KCLMER, que lo supone enfermedad de gente acomodada.

Según FEINBERG, sobre 150 millones de habitantes de Norteamérica encuentra el 10 por 100 de enfermos afectos de alergia "major" y el 50 por 100 de "minor". Hay un predominio de la alergia respiratoria en la proporción de un asmático por 200 habitantes, con un total de 750.000 asmáticos, que representa la pérdida anual de 13 millones de jornadas de trabajo y una pérdida de vidas humanas de 20, por millón de habitantes.

Según CRIEP (1953), el asma ataca al 2 por 100 de la humanidad.

LA EDAD.

En la primera década de la vida comienza el 30 ó 40 por 100 de los casos de asma y el 50 entre la segunda y cuarta década. Algunos casos,

como los de FRIEDJUNG, fueron vistos entre tres y seis semanas en lactantes, y VAUGHAN diagnosticó síntomas atípicos en un nene de tres horas. El estudio de las rinitis infecciosas en los niños y su separación con las alérgicas es una de las más importantes materias para el porvenir en lo tocante al asma.

Los niños son menos propensos a los resfriados cuando se les elimina el proceso alérgico. El proceso de rinitis mixta alérgico-infecciosa es lo más corriente. Es importante asimismo estudiar las alteraciones óseas o dentarias de los niños para su posible corrección, según han expresado infinidad de autores. Nos oponemos a la extirpación sistemática de las amígdalas en los niños alérgicos, como recomienda MOORE. Nunca antes de los seis años. Y no olvidemos que el tejido linfoide es el punto de formación de anticuerpos. Los niños que tosen sin causa aparente—dice MARKS—, deben investigarse según las prácticas alérgicas, evitando de este modo asmas y enfermedades respiratorias crónicas. No hay tampoco que olvidar el consejo de WALDBOTT para juzgar de ciertas disneas achacadas a la hipertrofia del timo, porque esta hipertrofia puede ser signo de reacción alérgica, dada la relación que existe entre el estado tímico linfático y el estado alérgico. Desconfiamos de ciertos diagnósticos de tos ferina cuando la tos perruna no tenga linfocitosis.

Porque atajar un estado asmático en la infancia es hacer una labor social importante.

Conforme se avanza en la vida va delineándose más la frecuencia del asma en la mujer, sin llegar al hombre.

HERENCIA.

El estudio de la herencia lo nombramos por lo que puede ser de preventivo. Es uno de los factores predisponentes más importantes, dice URBACH. Colaboran la importancia de la herencia las investigaciones realizadas en gemelos univitelinos. Los trabajos sobre 23 parejas, sólo en siete apareció en un individuo y las 16 restantes padecieron la enfermedad. Sea mendeliana, como supone SPAIN y COOKE, sea recesiva, como afirma ADKINSON. El aplicar nuestra prevención terapéutica a los hijos de las familias con cargas asmógenas, es importante y necesario en la lucha contra el asma. Lo que se hereda es la constitución disreactiva, fácilmente puesta en actividad—dice FROUCHTMAN—por diversos mecanismos de desencadenamiento.

No obstante, como se demuestra en el asma experimental, no es necesaria la tendencia hereditaria para adquirir el asma.

RAZA.

La raza blanca es más propensa que la negra y la amarilla. La permanencia en las grandes ciudades de emigrados de estas razas les hace

sensibles y los hijos de los mismos son más que los padres, avanzando la sensibilización con la permanencia de las generaciones en las ciudades blancas. Una vez sensibilizados, la marcha a su tierra de origen les conserva más fáciles al asma que los que no se movieron de ella. Es el asma desconocido entre los indios y los esquimales (aun viviendo éstos en condiciones climáticas desfavorables de humedad y temperatura). Los hábitos de vida explican mucho de lo que acabamos de indicar más que la raza misma. La frecuencia del asma entre los negros es cosa estudiada desde la primera guerra mundial por DAVENPORT y LOVE. Y, como de costumbre, los judíos serían más propensos, al decir de GAILLARD.

Nos detendremos en la profesión, que tanta influencia tiene socialmente, y sobre la que deben actuar médicos, familia y sociólogos. Los influjos externos actúan, o como veneno de alérgenos, o como acciones irritantes. Muchas veces la combinación de ambas explicaría ciertos asmas profesionales. DERWES y WINDSOR han trabajado, en el aspecto médico legal de esta enfermedad, en panaderos, peleteros, hilanderos de algodón, barberos, traperos, trabajadores en madera, canteros, trabajadores en cromo, etcétera.

Se comprenderá la importancia que todo esto lleva consigo bajo el aspecto social del problema.

El asmático resulta adaptado a la sociedad, aunque no con un rendimiento psíquico ni físico óptimo. Psíquico, porque casi siempre, por su carácter neurótico, que lo hace víctima de la propia sociedad, a no ser que se pongan los medios para corregirlo, y físicamente, en virtud de tener limitada su capacidad de esfuerzo como consecuencia de la insuficiencia ventilatoria que acarrea el asma. Tienen estos dos puntos un particular interés en cuanto a los problemas sociales que plantean. El primero, podrá tratarse de un problema de sociabilidad con sus semejantes; el segundo, un problema social profundo que produce una disminución evidente del rendimiento individual, tanto en lo que se refiere a la productividad como lo que se refiere al factor humano.

Hemos visto cómo sobre todo en los asmas atópicos, es decir, aquellos que comienzan a aparecer desde épocas tempranas de la vida con un gran factor constitucional y en donde casi siempre es posible descubrir una o varias etiologías alérgicas, el asma se asocia con frecuencia a una neurosis, con una evidente disminución de las aptitudes de relación. El asmático se crea auténticos complejos de inferioridad, que le inhiben en la lucha por la vida, y muchas veces se refugia en su inteligencia, creando obras maravillosas y ejecutando actos plausibles, pero que en el fondo siempre tienen la amargura de la insatisfacción. Grandes personajes de la historia han padecido asma. En su

vida interior, y por sus hechos, han resultado sorprendentes; pero en su vida interior ha debido ser un tormento de inquietudes íntimas. Carlos I era asmático, y después de la grandeza de su paso por la Historia, nos lo encontramos refugiado en la glotonería, en su libido desenfrenado o en la actitud mística de contemplar su propio entierro en el Monasterio de Yuste. Proust, el gran iniciador de la novela moderna francesa y uno de los escritores con espíritu más crítico de la literatura, cuenta cómo padecía asma cuando tenía algún disgusto o cuando su coche descubierto pasaba cerca de un jardín con flores. El asmático es en sí un supersensible no sólo en el aspecto humorar de la palabra, sino también en su significación sensorial. Por ello, tanta importancia como hacer el estudio alérgico, el estudio funcional, el estudio broncoscopio, etc., tiene para la sociedad el crear, a través de las relaciones humanas entre médico y paciente, un estado de salud psíquica.

Poner en nuestros actos frente al enfermo una nota de optimismo, darles seguridad en sí mismos y hacerles comprender, en suma, que se puede ser feliz en la vida a pesar de haber tenido la mala suerte de nacer asmático.

Esta psicoterapia está en manos de los médicos, y si queremos realmente realizar una labor positiva en este sentido, recordaremos siempre que en el asmático el estrechamiento de las vías respiratorias no es todo. No se trata de una enfermedad de un órgano; se trata de una enfermedad general, y por este camino podemos tener una concepción amplia del problema.

Por lo que se refiere a la inadaptación física, recordaremos que la situación de insuficiencia ventilatoria está en consonancia con el grado de estrechamiento bronquial, que en virtud del mecanismo valvular de todos conocido, el asmático es siempre un enfisematoso. Este enfisema atraviesa por cuatro períodos bien diferenciados: un primer período, reversible, y que se puede poner de manifiesto por la prueba de la aleudrina; otro segundo período, menos reversible, pero que a pesar de ello no está comprometida para trabajos corrientes la función respiratoria, tratándose entonces del enfisema irreversible, pero compensado; un tercer período, con enfisema irreversible e insuficiencia respiratoria parcial, en donde sólo aparece la hipoxia, pero no la hipercapnia, y un cuarto período, en donde el enfisema irreversible se acompaña de hipoxia e hipercapnia. Ya hemos visto cómo las consecuencias de una hipoxia sostenida da lugar por un mecanismo reflejo de hipertensión a la claudicación del corazón derecho con la aparición de toda la sintomatología propia de esta complicación y que puede culminar en fenómenos de insuficiencia cardíaca congestiva, es decir, de adiastolia. Si estudiamos de una manera general las veces que el asmático llega a estos cuadros lamentables de claudicación del corazón derecho, habremos de reconocer como clíni-

cos que semejantes estados son poco frecuentes. Lo más vulgar es que el asmático pueda llegar como máximo de su padecimiento a una situación de enfisema irreversible, pero prudentemente compensado si no se requiere grandes exigencias por el sistema de aporte de oxígeno. Por eso, en estas condiciones, el asmático demuestra una insuficiencia manifiesta para el trabajo, el trabajo físico se entiende. Apenas realiza un esfuerzo sobreviene la disnea, que quiere ser compensatoria; una disnea, por lo tanto, de esfuerzo, en la que tarda el enfermo en recuperarse. El asmático considerado en estos momentos, es como si le sometiéramos a una respiración pobre en oxígeno. Otro fenómeno que casi siempre lleva parejo la hiperventilación provocada por un esfuerzo es la movilización de exudados bronquiales que originan tos, y entonces el enfermo comienza a toser después del esfuerzo y esta tos aumenta más la fatiga, porque el fenómeno de la tos crea una hiperpresión alveolar que colapsa a los bronquiolos, aumentando de esta manera la capacidad de reserva pulmonar y la posición media del tórax se hace todavía más inspiratoria. En esta situación el asmático es extraordinariamente sensible a los accidentes catastróficos, de los que tanta propensión tiene, y cada accidente de éstos origina, por una sumación de efecto, un angostamiento todavía más de su broncoestenosis, dando lugar a que en estos momentos críticos aparezca también la hipoxia como exponente de una insuficiencia respiratoria. Me he detenido en estas consideraciones de orden fisiopatológico para que se comprenda que sin necesidad de llegar al tercer período de una insuficiencia respiratoria duradera, el asmático se ve con frecuencia alterado en este sentido cuando de una manera accidental surge la tos, las infecciones broncopulmonares o realiza esfuerzos. Por eso tenemos que aceptar con toda la crudeza esta afirmación: que llegado el asmático a aquel punto es un inválido para el trabajo.

Mientras no se organicen de una manera más amplia y con una legislación propicia la protección social del asmático, tenemos planteado en nuestro mundo actual un grave "handicap" que es necesario señalar para su corrección.

Buena prueba de ello es el comportamiento del asmático inveterado en los seguros sociales, escuetamente en el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Según un trabajo de nuestro colaborador SUBIZA, llevado en octubre del año pasado al último Congreso Nacional de Alergia, se establecía por primera vez en nuestra patria el índice de absentismo al trabajo que crea este padecimiento. Todas las enfermedades juntas, incluyendo, naturalmente, las más crónicas, dan un índice de promedio de treinta jornadas perdidas, mientras que el número de días perdidos de promedio por baja en el asma asciende a más del doble, esto es, a 70 días. Pero si tenemos en

cuenta que el número de bajas anuales que originan los asmáticos casi llegan a un coeficiente de dos por año, recogemos en suma la cifra astronómica de 119 días de jornada perdidas al año, lo que origina, valorando solamente un jornal medio de 30 pesetas más el 50 por 100 de la prestación económica que recibe el enfermo por el seguro de enfermedad, la cantidad de 6.000 por enfermo perdidas en el año, y esto sin contar la pérdida real de productividad que supone para la economía nacional ni tampoco los gastos de las prestaciones médico-farmacéuticas. Realmente el problema es extraordinario y nosotros podemos comprender, en virtud de todo lo dicho, la raíz de este absentismo, realmente anómalo. No se trata ni más ni menos que estos asmáticos son unos auténticos inválidos para el trabajo, y al no tener más solución que el paso a Montepíos se aferran a los beneficios del Seguro Obligatorio de Enfermedad como única tabla salvadora en su triste condición. Hay algo curioso, bien comprobado por SUBIZA, en el orden estadístico, y esto es: el asmático solicita el alta al llegar los meses de calor o es dado de alta por la mejoría sintomática que experimenta por esta época. Como no hay límites precisos entre el asmático inicial y este gran inválido respiratorio—el asma es una enfermedad enormemente lenta—, encontramos desde el que se da de baja unos días en el año correspondiendo a los meses más fríos, hasta el que está en constante baja y que pasa a los Montepíos. Pero hay un período de la enfermedad donde se observa esta resistencia a ser considerado como un inválido, y muchos de ellos agotan, menos unos días, la prestación máxima anual, que es de 270 días, durante varios años seguidos, lo que explica este elevado índice de absentismo.

Dentro del tema propuesto, me parece interesante recabar la atención por lo que se refiere al problema social que plantea el asma en el trabajo, pero caracterizado según las distintas profesiones.

En el trabajo mencionado de SUBIZA se encontraba en aquellas profesiones que padecen con más frecuencia asma; son, por este orden de frecuencia: industria harino-panadera, industria química, industria siderometalúrgica e industria de la construcción. Posiblemente, como advierte el autor, estos datos, por haber sido obtenidos de unas fuentes donde se engloban a diferentes profesionales dentro de una misma rama laboral, no coincidan exactamente con la realidad, ya que, por ejemplo, determinadas industrias, como ocurre con la panadera, tendrán un menor contingente de dilución entre empleados burocráticos que la industria química o del transporte, pero nos sirve para darnos cuenta de la influencia que el ambiente laboral lleve, en reglas generales, sobre cada una de ellas. Y así vemos cómo en la mayoría de las industrias citadas puede incriminarse el aumento del asma más que a causas específicas de sen-

sibilización a la acción irritativa de polvos, humos, nieblas industriales y, sobre todo, a otro dato que acepta una gran responsabilidad cuando se estudia la morbilidad general del asma, y que son las variaciones bruscas de temperatura. Por eso hablamos de industrias catarrógenas aquellas que proporcionan un índice de absentismo por catarros por encima de lo normal, dando la casualidad de que estas industrias catarrógenas son precisamente las que también ocasionan una mayor contingencia de asmáticos. De aquí se saca una segunda conclusión, y es que si queremos rebajar la morbilidad total de asma debemos sanear, hasta los términos que una higiene racional permita, el ambiente de trabajo de los obreros, eliminando polvos, eliminando humos y procurando dotarlos de las suficientes instalaciones para que no padecan cambios intensos y bruscos de temperatura. La segunda arma será el reconocimiento previo entre los obreros aspirantes a trabajar en estas industrias, rechazando a aquellos individuos que tengan una historia de labilidad bronquial o que hayan tenido—y en este caso con más motivos—una crisis de asma. Como estos datos se recogen por la anamnesis, cabe la simulación, y por ello puede servir como guía de orientación el examen previo radiológico, rechazando a aquellos individuos que tengan un cierto grado de enfisema.

Los asmas auténticamente profesionales, es decir, aquellos que están mantenidos por un alergeno proporcionado por el ambiente laboral, son bastante raros. No obstante, en algunos casos pueden observarse, y así son frecuentes observar asmas producidos por la harina. Pero he aquí una contrariedad para los que buscan tan sólo la mayor frecuencia del asma profesional explicado sólo por esta sensibilización. En el caso concreto del asma de los panaderos, es mucho más frecuente encontrar la forma broncopática con infección sobreañadida en la que las pruebas con harina son negativas que los verdaderos asmas alergénicos a ésta.

Cuando un asma profesional es auténtico, debe ser considerado, bajo el aspecto legal del problema, como un accidente de trabajo. En la mayoría de los casos que tenemos referencia, así ha sido el juicio de la Magistratura.

Análisis de los factores psicosomáticos.—Se decía ya en pleno siglo xv, y comienzos del xvi, que los poetas eran fáciles, al pasear en primavera por un campo de flores, al desmayo y a la disnea. Cosa por el estilo hemos dicho nosotros recogidas de Filipo en Grecia, Alberto el Magnífico, etc. Es de todos conocida la enferma que al oler una rosa de trapo sentía el acceso asmático. Nosotros tenemos una paciente que al ver las rosas pintadas se notaba atacada de un comienzo angustioso de disnea. TROUSSEAU cuenta aquel hombre que el asma sólo lo apagaba montando a caballo contra el viento.

El estudio somero del factor psicosomático

en la vida moderna es importante. El individuo, desde su más tierna infancia, se ve abrumado de solicitudes de todo género que pone al hombre en circunstancias fáciles a enfermedades que se llaman de la civilización. El sujeto actual no es el de anteriores tiempos. Por ello, y dado el tema social de que trata, y la necesidad de prevención de la enfermedad, hago hincapié en estos factores.

Ya en 1922, WEISS aceptaba que los ataques de asma se mantenían o explotaban como reacción a la separación del hijo y la madre. FREUD y ALEXANDER, en 1941, estudiaron 27 casos en el Instituto Psicoanalítico de Chicago, y en todos ellos hallaron un síndrome de dependencia materna y el ataque sería una respuesta de ansiedad hacia la separación. En 37 de 56 asmáticos, McDERMONT y COLL demostraron la importancia de los factores emotivos en el asma.

BALYEOT opone los asmáticos a la personalidad histérica. Gran impresionabilidad emotiva e intelectual constituiría la característica del asmático para HANSEN.

El asma sería una reacción de defensa—a modo de WOLFF—para ciertos niños sensibles, que por cierto serían inteligentes, más que los otros sanos de su edad. Son en general los asmáticos temerosos y audaces, tímidos y voluntariosos, sensibles a los factores climáticos y a los afectivos. Presentan una ambivalencia que merece investigarse, pero no es más que un estrato más que sustenta el umbral reactivo en la fisiología patológica del asmático.

Afirmemos, por nuestra parte, que cuanto decimos puede influir en un sujeto previamente preparado para ser asmático, pero nunca aceptaremos un asma puramente psíquico.

Que hay una rinitis histérica, unos accesos disneicos del mismo estilo, es indudable; pero el diagnóstico puede hacerse fácilmente si se cuenta con un discreto juicio clínico.

No obstante, repetimos que la vida moderna, tan llena de solicitudes de todo género, hiper-sensibiliza el sistema neurovegetativo, que tan importante papel representa en todos los síndromes alérgicos. Todo, en fin, a tener en cuenta para el médico especialista y aun para el práctico en general.

ZISKUD, en 1954, afirma que no está probado la existencia de un asma psicógena. Nadie ha producido ataques por medios psicógenos. HARIS y SHURE han investigado los conflictos en niños sanos y asmáticos de las escuelas y no hallan diferencia alguna.

Hay que declarar que resulta actualmente insuficiente la formación médica para comprender este problema en su totalidad. Yo no quiero decir con esto que se haya llegado a un grado de conocimiento que permita al médico especialista ahondar en toda su inmensa profundidad los secretos de esta madeja de disreactividad que muchas veces es el asmático; pero ello no es excusa para caer en actitudes contemplativas, en-

contrándonos pasivos ante este problema. Si queremos que nuestra sociedad se alivie de esta lacra de enfermos con invalidez respiratoria, habremos de hacer lo posible por procurar a la misma especialistas que, animados de su vocación, permitan esclarecer cada vez más los problemas etiopatogénicos de esta enfermedad. No cabe duda que, si largo es el camino a recorrer, hay que ir sembrando la semilla de la inquietud y, por lo tanto, de la especialización, en una rama que, como nueva, resulta a su vez prometedora, pero llena también de sacrificios. En este sentido creemos tener la conciencia de haber cooperado con los demás en lograr semejante cosa por el estudio del asma bronquial.

Como decíamos al principio, muchas son la posibilidades, y si hoy por hoy nos contentamos con intentar la separación de estos enfermos que se llaman asmáticos porque les pican sus bronquios, tengamos la seguridad que se acabará por este camino haciendo la profilaxis del asma y, por lo tanto, mereciendo todas nuestras investigaciones esos estadios más pequeños de esa enfermedad, que si bien es verdad cursan como hecho aislado como uno de los accidentes patológicos banales, cuando se repiten—me refiero a los catarros—suponen ya por la misma reiteración un peligro a la larga en el porvenir del enfermo. En unos casos, el catarro será seguido de asma; en otros, ese asma nunca aparecerá; pero tanto en uno como en otro, condenamos al enfermo a una invalidez respiratoria. Así lo demuestra el hecho señalado por LISTER en el último Congreso Internacional de Medicina, que el enfisema que aparece en las edades más avanzadas de la vida tiene casi siempre como origen esos catarros que dejamos transcurrir toda una vida sin darles importancia, achacándolos, en la mayoría de las veces, a fumar más de la cuenta. La realidad es que en su génesis existe siempre una complicada interferencia de estímulos etiológicos que merecen la atención más dedicada.

Por último, creo debe iniciarse con absoluta seriedad un estudio atento de las posibilidades de reintegrar a la sociedad a estos enfermos, no dejándolos, como hasta ocurre, con una pensión de invalidez. En este sentido la terapéutica específica, la ventiloterapia, la terapéutica esteroide, la limpieza bronquial, los diuréticos, etcétera, pueden, si no curar, sí hacer más compatible para determinados trabajos la vida de estos enfermos, para lo cual sería necesario unos centros de reeducación del asmático en el orden profesional y de recuperación hasta los límites que nos sea posible y tal como la ciencia actual puede proporcionar en el orden físico.

RESUMEN.

Se repasa brevemente la historia, frecuencia y herencia del asma, destacando su relación con las distintas profesiones y el aspecto social de su tratamiento.

SUMMARY

The history, incidence and heredity of asthma are briefly reviewed. Stress is laid on its relationship to the different occupations and on the social aspect of its treatment.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Geschichte, Häufigkeit des Vorkommens und Vererbung des Asthmas kurz überprüft und die Beziehung dieser Krankheit zu verschiedenen Berufen, sowie ihre Behandlung vom sozialen Gesichtspunkt aus besprochen.

RÉSUMÉ

On repasse brièvement l'histoire, fréquence et héritage de l'asthme, en soulignant son rapport avec les différentes professions et l'aspect social de son traitement.

SINTOMATOLOGIA DEL LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO (*)

M. LOSADA, G. CHAMORRO, J. KLINGER, J. ZAÑARTU y H. DONOSO.

Cátedra E de Medicina de la Universidad de Chile y Servicio de Medicina del Profesor Doctor HERNÁN ALESSANDRI.

GENERALIDADES.

En los últimos diez años se ha despertado un interés creciente por las llamadas enfermedades del mesénquima, entre las cuales figura el lupus eritematoso diseminado o lupus eritematoso sistémico, según la nomenclatura sajona.

En 1872, KAPOSI fué el primero en describir la forma diseminada del lupus, y en 1905, OSLER señaló las diversas manifestaciones clínicas, llamando la atención al hecho de que las lesiones cutáneas no siempre se encontraban presentes. Su descripción fué tan completa que aún hoy conserva todo su valor, si bien fué relegada al olvido durante más de tres décadas. En 1948, el descubrimiento del "fenómeno del lupus" significó un gran avance en el conocimiento de esta enfermedad, ya que permitió una base más segura para su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO.

El presente trabajo se basa en el estudio clínico y de laboratorio de 50 observaciones de lupus eritematoso diseminado del Servicio de Medicina del profesor HERNÁN

(*) Trabajo presentado al II Congreso Nacional de Medicina Interna.