

REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

Depósito Legal M. 56 - 1958.

Director: C. JIMENEZ DIAZ. Secretarios: J. DE PAZ y F. VIVANCO
REDACCION Y ADMINISTRACION: Antonio Maura, 13, MADRID. Teléfono 22 18 29.

TOMO LXVIII

31 DE MARZO DE 1958

NUMERO 6

REVISIONES DE CONJUNTO

FACTORES PSIQUICOS EN EL ASMA BRONQUIAL

J. RALLO ROMERO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Clínica
de Ntra. Sra. de la Concepción. Director: Prof. C. JIMÉNEZ
DÍAZ.

I.—INTRODUCCIÓN.

La influencia de los factores psíquicos en el asma bronquial es conocida de todos los tiempos; ya en HIPÓCRATES encontramos la afirmación de que una emoción violenta podía desencadenar ciertas crisis de disnea, que corresponden a lo que hoy llamamos asma bronquial. Al irse delimitando, en los tres últimos siglos, el cuadro clínico de éste, se diferencian con frecuencia dos formas clínicas: Es THOMAS WILLIS (siglo XVII), quien primero sugiere que el asma puede tener un origen nervioso, dando lugar, en dicho caso, a la forma convulsiva, que se opondría a la forma neumónica. La segregación de una forma espasmódica la volvemos a encontrar en J. FLOYER (siglos XVII y XVIII), en HEBERDEN (siglo XVIII) —quien también habla del origen nervioso del asma—, y en el siglo pasado en ROSTAND, RAMADGE, SALTER, TROUSSEAU, LAENNEC, etc.

Si quisiéramos resumir la aportación de la observación clínica al problema que nos ocupa, hasta 1900, podríamos señalar los siguientes hechos: La delimitación de una forma clínica del asma bronquial que corresponde a una neurosis —concepto que no corresponde al que hoy tenemos, sino que indicaba sólo un origen en el sistema nervioso—; la indicación, de una forma esporádica, de las influencias emocionales en el desencadenamiento de los ataques —SALTER sobre todo—, y la producción de los ataques por un mecanismo de reflejos condicionados —el célebre caso de MCKENZIE de una persona sensible a las rosas, que tenía crisis al presentarle una artificial—.

Los hechos anteriores, junto a otras series de observaciones clínicas (los asmáticos son en general

“nerviosos”, la mejoría de los enfermos con el aislamiento —no siempre explicable por la ausencia de alérgenos—, las mejorías espontáneas, las formas en evolución fásica, el capricho en la presentación de los ataques —ataques con horario fijo, por ejemplo—, la efectividad de los placebos, el efecto de la sugestión en la producción o en el cese de las crisis, etcétera), han atraído a gran número de autores al estudio más sistemático del factor psicológico en el asma. En él, el nacimiento y desarrollo del psicoanálisis, y posteriormente, su aplicación al estudio de ciertas enfermedades orgánicas, han tenido una influencia decisiva. Al tiempo que se construye nuestro conocimiento moderno en la etiopatogenia de la enfermedad, se va precisando, primero con el estudio de casos aislados y posteriormente con estudios más sistemáticos, el mecanismo por el que actúan los factores psíquicos y la importancia relativa de ellos. Señalaré los que yo considero jalones principales:

En 1910 se publican los dos primeros casos estudiados psicoanalíticamente, por SADLER y SEGMAN, respectivamente. FEDERN, en 1913, comunica un caso en el que el primer ataque sobreviene después de la separación del paciente de su madre. En 1922 publica E. WEISS el primer caso de análisis largo y profundo de un enfermo asmático; este caso es fundamental: por primera vez —salvo la alusión en el de FEDERN—, se llega a la conclusión de que el ataque del asma se produce como reacción a la separación de la madre. En 1935, ROGERSON, HARDCASTLE y DUGUID publican sus observaciones sobre niños asmáticos; es el primer estudio psicológico importante sobre este tema, que tan amplio desarrollo tiene hoy; sus resultados confirman los hallazgos de los psicoanalistas, aun partiendo de bases distintas. En 1941 aparece la monografía de ALEXANDER y FRENCH, que hace época en el estudio de este problema; pocos trabajos publicados posteriormente no son en cierta medida continuación de ella; veintisiete enfermos asmáticos, alérgicos todos ellos, fueron estudiados por medio del psicoanálisis en el Instituto de Chicago; las conclusiones más importantes a que se llegó fueron las siguientes: Existe en los asmáticos un conflicto central común, más o menos in-

consciente: una fijación excesiva, no resuelta, reprimida a la madre; todo lo que amenace de separación de la madre, en un plano real o imaginario, puede desencadenar una crisis de asma. Después del trabajo del equipo de Chicago, señalaremos la serie ininterrumpida de trabajos de ABRAMSOM, quien, además de una contribución personal al problema, en su libro "Somatic and Psychiatric treatment of Asthma", ha hecho el primer intento de síntesis del tratamiento en una extensa monografía. Para terminar indicaremos como fundamentales, sobre todo en el estudio del asma infantil, los trabajos de MILLER y BARUCH, quienes han contribuido con una aportación original, en un trabajo de muchos años, a nuestro conocimiento del problema.

La bibliografía sobre el tema es hoy tan abundante, que es prácticamente imposible dar cuenta de toda ella. Por ello me limitaré a resumir una parte de los trabajos más importantes, que puedan dar una idea de cómo hemos llegado a nuestros conocimientos actuales y de las líneas generales en que el problema ha sido considerado:

1. En numerosos trabajos encontramos argumentos demostrativos de la influencia de los factores psíquicos en el asma.
2. En otra gran serie se hace un análisis de los síntomas psíquicos que presentan los enfermos asmáticos, con el fin de ver la frecuencia con que aparecen y las relaciones del asma con los cuadros psiquiátricos conocidos (neurosis y psicosis).
3. Siguiendo la línea iniciada por DUNBAR, se ha buscado un "perfil" de personalidad del enfermo asmático.
4. Valorando los factores inconscientes en los estudios psicoanalíticos, se ha procurado hallar una dinámica psíquica común de la enfermedad.

II.—EVIDENCIA DEL FACTOR PSÍQUICO.

La *observación clínica* ha bastado de siempre para poner de manifiesto la influencia de los factores psíquicos en el asma (JIMÉNEZ DÍAZ, 1932, 1953). En su libro "El asma y otras enfermedades alérgicas", publicado en 1932, dice JIMÉNEZ DÍAZ: "El factor psíquico es tan fundamental, que deberemos atenderlo siempre al lado de los otros factores de la constelación causal, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento" (pág. 349), y más adelante, "... tienen una importancia hasta poder bastarse por sí solos para mantener el estado asmático" (pág. 612). Asimismo encontramos las afirmaciones de la frecuencia mayor en los enfermos cíclicos (pág. 348), y de la posible influencia de dichos factores en los alérgicos sobre el dintel de sensibilidad del enfermo para el alérgeno (pág. 347).

He aquí algunos ejemplos demostrativos:

Un enfermo de Moos no podía soportar el clima de Silesia; por ello se trasladó a Offenbach, en donde estuvo una temporada libre de ataques de asma. El día en que recibió una carta en la que se le comunicaba que tenía que volver a Silesia, desarrolló un ataque de asma.

En uno de mis casos, la primera crisis se presenta el día de la muerte del padre de la enferma; pasada una serie de crisis, la enferma está bien hasta el año siguiente. En éste, al ir al cementerio a visitar la tumba de su padre, vuelve por segunda vez a tener una serie de crisis de asma. Es interesante señalar el hecho de que en esta enferma, el curso de los ataques siguió en las dos ocasiones la marcha normal en un enfermo polínico; en el Servicio de

Alergia de la Clínica se había comprobado una sensibilidad a un polen.

En otro caso personal, el comienzo de las crisis de asma se hizo a los dos años, el día del nacimiento de una hermana del enfermo.

En un tercero, el comienzo coincide con la promoción a un cargo de mucha mayor responsabilidad e independencia.

En un cuarto caso, un niño de diez años, existe una remisión de varios meses coincidiendo con la ausencia de la casa de la madre, internada en una clínica.

Por medio de la *sugestión* se puede producir o inhibir un ataque de asma (HANSEN (1946), DEKKER (1934). En un caso de WITTKOWER (1935), de una vendedora de tabaco que presentaba ataques de asma al contacto con él, o por la inyección subcutánea de extracto de él, se consigue por sugestión la inhibición de los ataques aun exponiéndola al contacto del alérgeno.

Por un mecanismo de *reflejos condicionados* se pueden producir ataques de asma. Ya hemos citado el conocido caso de la rosa artificial. Los casos de horario fijo, también parecen responder a este mecanismo. Recientemente, DEKKER, PELSER y GROEN (1957) han emprendido un estudio experimental de las condiciones en que este hecho se presenta: dos casos comunicados, sensibles a un polen y al polvo de la casa, respectivamente, reaccionan a la inhalación del alérgeno con una crisis de asma; en sucesivas pruebas vuelven a tener ataques de asma con la inhalación de un disolvente neutro, de oxígeno sólo, y aun únicamente con la introducción en la boca de la embocadura del inhalador, sin que éste estuviese aún conectado al aparato.

Los *resultados terapéuticos* obtenidos con terapéuticas inespecíficas, con terapéuticas arbitrarias—FRANCIS (1929) obtuvo resultados muy buenos con toques del septum nasal—y con la psicoterapia, indican también la influencia del factor psicógeno en la presentación de los ataques.

El uso de placebos (HAIMAN (1942) es seguido de buenos resultados terapéuticos con frecuencia. FABERGER (1953), en un servicio hospitalario trató un grupo de enfermos con ACTH y otro con suero salino; en este grupo obtuvo cuatro resultados con mejorías subjetivas dramáticas.

El éxito de la psicoterapia en sus múltiples formas (hipnosis, reeducativa, de grupo, psicoanálisis...) son un último argumento de gran peso en pro de la importancia del factor psicógeno (WEIS y ENGLISH, FENICHEL (1953), MILLER y BARUCH (1956), ABRAMSOM (1951), etc.).

III.—RELACIONES CON LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS.

Relaciones con las psicosis funcionales (psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia). Existen pocos estudios de conjunto sobre la frecuencia de enfermos asmáticos en grandes números de psicóticos. LEIGH y DOUST (1953) encuentran en un Hospital Psiquiátrico una proporción de 0,64 por 100 de asmáticos. MAC INNIS (1936), entre 7.000 enfermos mentales, solamente halló 5 enfermos asmáticos. LEAVITT (1943), en más de 11.000 enfermos de psicosis funcionales, sólo encontró 10 casos de asma. Sobre la frecuencia de psicosis en una gran población de asmáticos no existen datos; en una serie de enfermos examinados, que pasa de los 60, sólo he encontrado un caso de psicosis (una esquizofre-

nia). Los datos anteriores confirman la baja incidencia de asma en los hospitales psiquiátricos, lo que siempre había sido observado. En la revisión de SABBATH y LUCE (1952) y en la más reciente de LEIGH y MARLEY (1956) se llega a la conclusión de que la asociación de asma y psicosis es puramente debida al azar.

Relaciones con las neurosis. Son mucho más estrechas, y sobre ellas existen gran cantidad de trabajos. POLLNOW, WITTKOWER y PETOV (1929), en 25 enfermos asmáticos encuentran "rasgos psicopáticos" en 23. HALLIDAY (1937), en 30 enfermos asmáticos incapacitados, que examinó como perito de una compañía de seguros, halló dificultades neuróticas en todos. DUNBAR (1938) indica tres casos psicoanalizados que correspondían a neurosis obsesivas. McDERMOTT y COBB (1939), en 30 de 50 asmáticos examinados ponen de manifiesto síntomas neuróticos, en general de naturaleza compulsiva. SHATIA (1941) publica el estudio por medio del "test" de Rorschach de 40 enfermos, que serían, según él, neuróticos obsesivos. MITCHELL (1947), en 600 enfermos con trastornos alérgicos, encuentra con una gran frecuencia trastornos vagos funcionales (fatiga, nerviosismo, cefalea, insomnio, dolores musculares, escalofríos, vértigos). TRUETING y RIPLEY (1948) hallan en 51 casos síntomas depresivos, casi siempre durante los ataques, y en el 60 por 100 ansiedad marcada fuera de los ataques. GENDROT (1953), en 112 casos encuentra como factor constante la angustia. BARENDRECHT publica en 1954 su tesis, en la que concluye del estudio de los enfermos asmáticos por medio del "test" de Rorschach, que el asmático es un neurótico. LEIGH y MARLEY (1956) estudian dos grupos de asmáticos, uno visto en un hospital general (65), y otro de enfermos enviados a un hospital psiquiátrico, en consulta (77), comparándolos con dos grupos controles homogéneos (uno de neuróticos vistos en el hospital psiquiátrico y otro de obreros normales), por medio de un cuestionario (Cornell Medical Index Health Questionnaire). Concluyen que en los asmáticos vistos en el hospital general existe más angustia y tensión que en los controles normales, y en los vistos en el hospital psiquiátrico hay más ansiedad y depresión que en los controles neuróticos. REES (1956), en un estudio de 441 asmáticos, comparados con 321 controles, encuentra con mucha más frecuencia ansiedad, siendo ésta, junto con timidez, hipersensibilidad y rasgos obsesivos, las características principales que encuentra en sus enfermos asmáticos.

Es muy difícil poder sacar conclusiones de una serie de trabajos muy heterogéneos, como son los anteriores; los criterios son muy dispares, los síntomas, rasgos de personalidad, actitudes profundas aparecen frecuentemente entremezclados. De todas formas se puede concluir que el asmático presenta síntomas neuróticos con más frecuencia que un individuo medio normal, y que los síntomas que con más frecuencia encontramos en ellos son síntomas angustiosos, depresivos y obsesivos. Mi experiencia concuerda plenamente con estas conclusiones.

En la valoración de los síntomas es preciso tener en cuenta el momento en que se presentan, lo que en pocos trabajos es tenido en consideración. Ante todo es preciso eliminar el que los síntomas sean producidos por la medicación (ABRAMSOM ha insistido mucho sobre este punto); con frecuencia encontramos estados de tensión, ansiedad, que son debidos a ciertos medicamentos —adrenalina, efedrina, etcétera—; en otras ocasiones, sin embargo, el medicamento no hace sino acentuar una sintomatología

preexistente. En un sentido distinto hay que tener en cuenta también el efecto euforizante que con relativa frecuencia producen los esteroides corticales, que no sólo es explicable por el alivio de la sintomatología somática; ellos también pueden producir, como ha sido descrito, síntomas psíquicos.

En los casos en que los síntomas psíquicos preceden la aparición del asma es muy verosímil, y frecuentemente comprobable, la intervención de mecanismos psicológicos, que en colaboración con los físicos, originan las crisis. Los que más frecuentemente he encontrado, de acuerdo con TRUETING y RIPLEY, entre otros, es un estado de tensión, de angustia vaga, flotante, lo que los enfermos describen corrientemente al decir que son "nerviosos". Los síntomas que aparecen con las crisis son de dos órdenes: en primer lugar hay síntomas reactivos, es decir, secundarios a la terrible experiencia del ataque. Otros no pueden ser explicados por este mecanismo, como la depresión, que con enorme frecuencia acompaña al ataque y aun lo precede. Son muchos los enfermos que describen un estado de ánimo angustioso-depresivo que se presenta minutos y aun horas antes de las crisis. Para mí, siguiendo la tesis defendida principalmente por los psicoanalistas, son la expresión, en la vertiente psíquica, de una reacción global del organismo, que en la somática se manifiesta por la crisis de disnea. En los casos de asma inveterado a los factores anteriores hay que añadir los síntomas derivados de las alteraciones orgánicas (deficiencias en la oxigenación), y los creados por la reacción psicológica a la invalidez. En los intervalos libres de crisis los síntomas que con más frecuencia se encuentran son los que ya hemos mencionado que preceden a la enfermedad, junto con síntomas de "angustia expectante", y una sintomatología depresiva muy discreta, que yo he encontrado muy a menudo.

En la valoración de los síntomas neuróticos, que tan frecuentes son en el asmático, he esbozado ya una interpretación de su significación —expresión de un desajuste emocional, expresión coordinada psíquica y somática—, que más adelante será desarrollada. No quiero dejar de señalar, sin embargo, que para algunos autores serían únicamente secundarios a la enfermedad, o bien signos de otra enfermedad —psíquica— que coexistiría simplemente con la somática (COLEMAN y SHURE, 1957).

IV.—PERFIL DE PERSONALIDAD DEL ASMÁTICO.

Los estudios del tipo de personalidad de los enfermos con ciertas afecciones orgánicas ("ulcus", asma, "angor pectoris", hipertensos), va asociado al nombre de DUNBAR, con sus "perfiles de personalidad". En los trabajos publicados encontramos, como ya he indicado, una gran heterogeneidad; las personalidades son definidas de un modo anárquico, síntomas, rasgos de carácter, tendencias profundas, etcétera, son valoradas en un mismo plano. A pesar de ello, ciertos tipos se definen con una cierta precisión.

En algunos de los trabajos que hemos citado en el apartado anterior (DUNBAR (1950), SHATIA (1941), BARENDRECHT (1957), se define al asmático como un neurótico obsesivo. Ahora bien, casi siempre se trata de enfermos que tienen muy pocos síntomas de neurosis obsesiva, o ninguno; más bien se trata de un tipo de personalidad con ciertos rasgos peculiares, y que está en los límites de la normalidad. Corresponden al tipo compulsivo o anancás-

tico: una persona escrupulosa, con un amor pedante del orden, con un sentido exagerado del cumplimiento del deber, que bajo una superestructura ética irreproachable está continuamente asaltada en su conciencia por numerosas representaciones angustiosas de carácter agresivo o sexual.

A conclusiones similares llegan ORTIZ DE LANDÁZURI y ROJO (1951) en su Ponencia al II Congreso Nacional de Alergia, cuando dicen "el alérgico posee ciertas cualidades condicionales que recordaban a la personalidad de los anancásticos; aunque no había nada en ellos de patológico, le hemos llamado humor compulsivo".

Otros autores (STRAUSS (1935), BROWN y GOITEIN (1943), GROEN (1954) mantienen también la existencia de un perfil específico de personalidad en el asmático. Daré el de GROEN, que es el más completo. Para él la personalidad del asmático estaría definida por una serie de rasgos generales neuróticos, comunes a otros enfermos somáticos (hipertensos, ulcerosos, enfermos de colitis ulcerosa): inmadurez, equilibrio psíquico insuficiente, pasividad-dependencia, egocentrismo, hipersensibilidad y vulnerabilidad, defectuosa adaptabilidad, inseguridad, descarga de la agresividad inadecuadamente regulada, dificultad en las relaciones interpersonales. A ellos se añaden como específicos de los asmáticos otros rasgos: En la apariencia exterior: timidez, exactitud, tozudez; docilidad oscilando con irritabilidad e impaciencia; ambición, actividad, honestidad, diligencia, sociabilidad en forma explosiva; compulsividad; cumplidores en forma explosiva; exigentes, tiránicos a menudo; a veces éxito social; a menudo fracasados. Conducta social: pobremente adaptados, se sienten fácilmente engañados, a menudo en la protesta presentan impulsos imprevisibles. Forma preferida de exteriorizar la agresividad: por el dominio sobre los otros. Actitud hacia el cónyuge: ambivalente, por un lado tiránica y exigente, por otro dependientes; frigidez e impotencia frecuentes. Estado de ánimo de base: inseguro y "oprimido".

Para otros autores no existe una personalidad específica del enfermo asmático. Así, ALEXANDER (1952) encuentra en sus casos una considerable divergencia en los rasgos de la personalidad. Los tipos que más frecuentemente ha encontrado son los siguientes: tipo agresivo, razonador, audaz; hipersensibles; artistas; obsesivos e histéricos. No cree ALEXANDER que se pueda llegar a hallar un perfil de personalidad del asmático, puesto que no existe; lo que en ellos hay de común es un tipo de conflicto inconsciente. Más adelante lo describiré.

ABRAMSOM (1951) tampoco cree que exista un perfil único. Ha descrito una serie de tipos de personalidad, que sería lo que con más frecuencia se encontrarían: el ansioso, el deprimido, el atormentado, el hostil, el dependiente y el fóbico. Se dan formas de transición y combinadas.

La teoría de los perfiles de la personalidad en las enfermedades orgánicas ha caído últimamente en bastante descrédito y ha sufrido duras críticas (por ejemplo, la de KUBIE (1953)). Realmente la experiencia demuestra que son muy diversos los tipos de personalidad que encontramos en los asmáticos: desde tipos muy primitivos histéricos hasta individuos altamente diferenciados. Sin embargo, también la experiencia enseña cada día cómo hay ciertos tipos de personalidad que se nos presentan con gran regularidad; en este sentido la clasificación de ABRAMSOM es muy útil; y de los tipos que describe, el ansioso y el depresivo crónicos son con mucho los más frecuentes, según mi experiencia.

Para terminar, unas palabras sobre la personalidad de los niños asmáticos. En 1935, ROGERSON, HARDCASTLE y DUGIUD publican sus observaciones sobre una serie de niños asmáticos, encontrando que eran muy ansiosos, con gran falta de autoconfianza; muy inteligentes, con una agresividad latente considerable y muy egocéntricos. El nerviosismo de los niños era tal, que los autores consideran que de no haber sido llevado a la consulta de asma, lo hubiesen tenido que ser a la del especialista de nervioso. El cuadro psíquico era anterior a la enfermedad y no secundario a ella. La influencia de los padres como inductores, en parte, del estado psíquico de los niños, se señala también en este trabajo. Esta, que es la descripción "princeps" del psiquismo del niño asmático, ha sido confirmada y desarrollada. Son innumerables los trabajos que sobre ello se han publicado; más adelante haré alusión a los principales (MILLER y BARUCH (1956), COLEMAN y SHURE (1956), ABRAMSOM (1951)).

V.—ESTUDIOS PSICOANALÍTICOS.

Partiendo del estudio de las situaciones en que se desencadenan los ataques de asma, y del estudio de los sueños de los enfermos asmáticos, los trabajos psicoanalíticos se han orientado hacia la búsqueda de un conflicto común específico.

Situaciones desencadenantes.—Emociones súbitas intensas: temor, rabia, ejercicios violentos, apresuramiento; en algunos casos es sobre todo la represión de una descarga emocional la que desencadena el ataque (WITTKOWER (1935), HALLIDAY (1937)); en un caso de HELMONT, el enfermo es llamado por un superior e insultado en público, por temor no responda y reprime su cólera; poco tiempo después sobreviene una crisis de asma. Se ha señalado, en relación con la incapacidad para expresar las emociones directamente, que en el asmático en periodo de crisis existe un bloqueo de la expresión de la emoción por el llanto, que es recuperada cuando el asma desaparece (HALLIDAY (1937), ZIEGLER y ELLIOT (1926)). Los conflictos sexuales están muy frecuentemente ligados con el desarrollo del asma: las relaciones sexuales ilícitas o efectuadas con grandes sentimientos de culpa, las relaciones extramaritales, la desfloración, han sido descritas como desencadenantes de crisis. Las perturbaciones en la relación de dependencia, sea en el círculo familiar o profesional, las discusiones entre los cónyuges, los cambios en la escala social o profesional, se encuentran frecuentemente en el comienzo de la enfermedad. Los peligros o desgracias a parientes inmediatos y las crisis biológicas (pubertad, menstruación, climaterio, embarazo) originan o varían el curso de la enfermedad a menudo. En los niños son sobre todo las perturbaciones en el equilibrio familiar, peleas o separación de los padres, nacimiento de un nuevo hermano, las situaciones que más frecuentemente se encuentran (ROGERSON, HARDCASTLE y DUGIUD (1935), MILLER y BARUCH (1956)).

Del análisis de la literatura y de la experiencia del Instituto de Psicoanálisis de Chicago, concluye FRENCH (1941) que los ataques asmáticos tienden a ser precipitados con gran frecuencia, por situaciones que amenazan con separar al paciente de una imagen maternal. La separación puede ser verdaderamente una separación física, pero más frecuentemente es el peligro imaginario del alejamiento de uno de los padres, debido a una tentación a la que el paciente está expuesto; generalmente esta ten-

tación es un deseo sexual o un impulso hostil. En dicha situación la crisis de asma parece tener la significación de un grito reprimido hacia la madre; sería una forma de restablecer, de un modo regresivo, infantil, la relación de dependencia, perturbada por el impulso prohibido (ALEXANDER (1952)). Desde hace mucho tiempo (HANSEN (1946)), es conocido el efecto beneficioso de la "confesión" en los asmáticos; frecuentemente por medio de ella se puede hacer desaparecer una crisis. Es como si por medio de ella, al confiar al terapeuta un hecho por el que el enfermo se siente culpable y en su imaginación posiblemente rechazado, se estableciese un nuevo lazo de dependencia; al tiempo el restablecimiento de una forma de comunicación por la palabra haría innecesario el lenguaje preverbal, primitivo, de la crisis.

Conflicto específico.—Ya he indicado que para ALEXANDER (1952) no se puede hablar de un perfil de personalidad en los asmáticos, "puesto que no existe". Lo que sí encontramos en ellos en común es un factor psicodinámico esencial, un conflicto inconsciente específico, cuyo nudo es una fijación excesiva, no resuelta a la madre. Los rasgos de la personalidad tan variados que el enfermo asmático presenta, representarían, en parte, una defensa contra esta fijación infantil. Esta se manifestaría en la imaginación por un deseo de ser protegido, mimado, por la madre o por un sustituto de ella. Todo lo que amenaza al sujeto de separación de la madre (o de su sustituto) puede desencadenar una crisis de asma: la presencia de tentaciones sexuales o de impulsos hostiles, que el enfermo piensa que ella no aceptaría, significa una posible ruptura. También, todo esfuerzo que exija súbitamente una actitud de independencia puede despertar el conflicto entre las tendencias de dependencia e independencia (actividad y pasividad), y provocar una crisis. Existe en los asmáticos una corriente subterránea más o menos reprimida, continua, cuyo eje es el temor de ser rechazado por la madre.

Es indudable que la teoría de ALEXANDER tiene una realidad clínica, y en un próximo artículo la ilustraré con material propio; sin embargo, no parece ser que el conflicto sea peculiar, exclusivo, en el enfermo asmático, sino en el que, indudablemente, con más frecuencia se presenta. Por otra parte, es necesaria la presentación de otros factores, puesto que con gran frecuencia encontramos el mismo conflicto (que en sus raíces es universal), en personas que no tienen asma.

El estudio de los niños asmáticos ha sido un complemento del efectuado en los adultos, confirmando la existencia del conflicto descrito por ALEXANDER, y ahondándose en sus orígenes en la infancia. Ya indiqué que en las certeras observaciones de ROGERSON, HARDCASTLE y DUGIUD (1935) se insistía sobre la actitud de las madres, como factor patógeno. Este hecho ha sido comprobado y profundizado su estudio en múltiples trabajos sobre el niño asmático, observación clínica, psicoterapias, psicoanálisis (GERARD (1953), HALOWITZ, SPERLING, JESSNER y otros (1955), MILLER y BARUCH (1956)). La conclusión más importante de dichos trabajos es que el temor que el asmático tiene de perder a la madre, tiene una raíz real en la infancia; en ella con gran frecuencia se puede encontrar que el niño no es realmente querido por la madre. Existiría fundamentalmente en las madres un rechazo inconsciente del hijo, que favorecería en ellos la cristalización del conflicto. Los sentimientos de hostilidad en la madre hacia el hijo, provocarían en ella intensos sentimientos de culpa que, a su vez, como

mecanismo compensatorio, originarían en ella una actitud de protección excesiva; así se cierra el círculo vicioso, por el que la independencia del niño es grandemente dificultada. Esta teoría ha tenido gran aceptación hoy día, conociéndose con el nombre de teoría del rechazo materno (Maternal Rejection), siendo MILLER y BARUCH los que más ampliamente han contribuido a su conocimiento y demostración. En estudios estadísticos han encontrado que la actitud "rechazante" de la madre es casi universal en los asmáticos; ella es debida en gran número de casos a circunstancias desafortunadas en que se realiza el nacimiento del niño (matrimonios forzados, madres solteras, matrimonios separados, gran número de hijos, malas condiciones económicas...), y en parte a la propia historia vital de la madre. Señalaré, entre paréntesis, que los sentimientos hostiles hacia los hijos, así como hacia toda persona querida, son completamente normales; todo depende de la proporción en que se presentan con los de amor, positivos; este problema va ligado siempre con tales sentimientos de culpa, que he creído necesaria hacer esta aclaración. La actitud de la madre rechazante actuaría dinámicamente de la siguiente manera (MILLER y BARUCH (1956)): en el niño crea una necesidad nunca satisfecha de amor, muy profunda, el "hambre de afección"; esta insatisfacción crea en el niño, de forma reactiva, una hostilidad hacia la persona que no la satisface; la expresión directa de esta hostilidad representaría la pérdida de la persona hacia la que se dirige, por lo cual los sentimientos hostiles son bloqueados; la agresividad precisa una descarga, que al no poder hacerse al exterior en forma directa se vuelve contra el propio individuo: la enfermedad (mecanismo masoquista); secundariamente, la enfermedad puede ser utilizada en forma agresiva contra las personas que rodean al enfermo.

El estudio de los niños confirma también que la actitud conflictual es anterior a la presentación a la enfermedad. Se había criticado la teoría de la "fijación materna" de ALEXANDER, diciendo que era secundaria a la invalidez producida por la enfermedad. Es indudable que la situación del asmático crónico refuerza el conflicto —es lo que se llama el beneficio secundario de la enfermedad—, pero la observación clínica detallada y los estudios de los niños han puesto fuera de duda que el conflicto es anterior a la enfermedad.

Recientemente, la teoría del "rechazo materno" ha sido revisada por ABRAMSOM (1954), quien habla más que de "madre rechazante", de un "engulfement", que corresponde aproximadamente al concepto de relación de dependencia en simbiosis; en el mismo artículo resalta ABRAMSOM el papel del padre, poco valorado en los anteriores trabajos.

Estudio de los sueños.—Es bien sabido el lugar de preferencia que ocupa en el psicoanálisis el estudio de los sueños para acceder al conocimiento de las tendencias profundas de la personalidad; la vía regia del inconsciente fueron llamados por FREUD.

En casi todos los trabajos psicoanalíticos sobre los asmáticos encontramos referencia al problema, pero es en la monografía de ALEXANDER y FRENCH (1941) en donde se hace un estudio más completo.

En un estudio estadístico de 5.829 sueños de 12 pacientes asmáticos comparados con 26 controles —neuróticos diversos—, encontraron ALEXANDER y colaboradores una proporción de sueños de fantasías intrauterinas de 41,91 por 100 en los primeros, por 22,05 por 100 en los segundos.

La fantasía intrauterina se expresa en el sueño

en forma de imágenes de entrar en una cueva oscura, de túneles, de sitios agradables y confortables cerrados, en donde existe una atmósfera de seguridad, confort y tranquilidad. Otra forma de expresarse es por el simbolismo del agua, que en el mismo sentido lo encontramos utilizado en la mitología y el folklore.

La significación de estos sueños, su simbolismo, es el de la tendencia del individuo a buscar refugio en el amparo materno. En múltiples ocasiones el sueño tiene un carácter angustioso, expresión de la lucha entre las tendencias regresivas y progresivas (dependencia-independencia), o de la presencia de un rival en el amor de la madre (padre, un hermano con una gran frecuencia).

Estos sueños tienen una significación universal, y se encuentran corrientemente no sólo en los asmáticos, sino también en enfermos neuróticos y en personas normales, con relativa frecuencia. La lucha entre la dependencia infantil, y el abandono de la seguridad que proporciona, y una posición de independencia, que yace en el fondo de las fantasías intrauterinas, es un fenómeno que ocurre en toda persona.

En los asmáticos se presentan con una mayor frecuencia, lo que indica que las dificultades en la evolución del lazo de dependencia materno es más intenso que en el promedio de la población normal.

VI.—CORRELACIONES PSICO-SOMÁTICAS.

Posiblemente en todos los casos de asma bronquial existen componentes emocionales, dice SEGAL (1950). Esta opinión de un especialista en la faceta orgánica del problema no tiene hoy nada de sorprendente, y corresponde a una convicción cada vez más general. Lo que aún hoy es muy difícil es el determinar la proporción en que actúan en cada caso y los mecanismos por los que actúan.

El estudio de los enfermos por medio de la sugestión y de la hipnosis ha arrojado una cierta luz (SAENGER; COSTA; LAUDENHEIMER; POLLNOW, PETOV y WITTKOWER; CLARKSON; HAIMAN; HANSEN). Se puede por sugestión o hipnosis cortar una crisis de asma; se puede por los mismos medios producir una crisis de asma, pero sólo en aquellos individuos que ya son asmáticos. Este último hecho es de una gran importancia, puesto que demuestra que en la crisis existe una cierta especificidad en la reacción orgánica, y no se trata únicamente de un mecanismo fisiológico acentuado, como se ha sostenido. Por otra parte, la sugestión y la hipnosis pueden influir las reacciones al alérgeno de la siguiente manera: No se puede producir una alergia cutánea demostrable por sugestión; una alergia cutánea demostrable no puede desaparecer por sugestión, es discutible si se puede variar la extensión de la reacción; con una alergia cutánea no disminuida, la producción de asma por el alérgeno, puede ser suprimida por sugestión (WITTKOWER).

Teorías globales.—Existen en la literatura ciertos intentos de integrar los datos obtenidos de las vertientes somática y psíquica en una concepción unitaria. Esta es a veces exclusivista desde el punto de vista psíquico, como lo fué la teoría de BERKART (1915), quien sostenía que la raíz primera de la afección era una base neuropática, de origen endógeno, o lo es actualmente la de GENDROT (1953), quien sostiene que el asma es simplemente una forma clínica de la neurosis de angustia. Para muchos autores la enfermedad sigue siendo fundamentalmen-

te una enfermedad orgánica; HANSEN, por ejemplo, dice: la enfermedad y por lo menos el primer ataque, está fisiológica y anatómicamente, es decir, orgánicamente condicionada, y no como una forma de reacción psicógena; los ataques aislados pueden ser precipitados, anticipados o inhibidos por factores psíquicos. ABRAMSOM cree que la enfermedad tiene una etiología básica estructural inmunológica, y que su intensidad y persistencia es mantenida muchas veces por la presencia de conflictos inconscientes, que originan al enfermo dificultades en la vida real.

Voy a resumir a continuación algunas teorías, que más ambiciosas que las anteriores, intentan dar una explicación más global de la enfermedad:

GROEN (1954) sostiene "el asma bronquial ocurre predominantemente entre pacientes que comparan entre ellos un cierto núcleo común en la estructura de la personalidad. Esta les impulsa a reaccionar a ciertas dificultades en la vida con un conflicto emocional, que es parcialmente consciente. En parte por esto, en parte a causa de ciertos modelos rígidos de comportamiento, ciertas tensiones emocionales no son adecuadamente descargadas. El ataque de asma es un intento del organismo de descargar dichas tensiones por una vía anormal. El asma es una enfermedad orgánica, con una etiología predominantemente psicógena, una psicopatosis. Las relaciones entre esta concepción y la teoría alérgica de la naturaleza del asma no están aún fijadas". Después de estos conceptos, en gran parte inspirados por DUNBAR, FRENCH y ALEXANDER, MILLER y BARUCH, O'NEILL, mantiene otros, en que hay una interpretación más personal: El asma parece ocurrir en individuos quienes, en parte por tendencias innatas, en parte por la actitud de la madre en la temprana infancia, tienen dificultades para la adaptación a situaciones en las que tienen que someterse a los deseos u órdenes de figuras autoritarias, hacia quienes albergan sentimientos ambivalentes de dependencia y hostilidad. En dichas ocasiones, la reacción hostil del individuo puede quedar bloqueada, produciéndose un conflicto interno, y sintiéndose el enfermo "oprimido". Si este estado de ánimo coincide con un estímulo o situación externa (mecánico, físico, químico, biológico), que pueda reforzar este sentimiento subjetivo de opresión (presión, irritación de las vías respiratorias, dificultades en el paso del aire), la tensión interna puede ser somatizada en forma de un ataque de asma. Existe inicialmente una sumación de estímulo externo y de tensión psicológica. Se crea así un condicionamiento; establecido éste, cualquiera de los dos elementos que concurren en el origen pueden en adelante, por separado, desencadenar nuevos ataques. Para GROEN el papel de los alérgenos sería el siguiente: son sustancias a las que el individuo se ha condicionado al ponerse en contacto con ellas, durante un período de tensión emocional, experimentado subjetivamente como un sentimiento de opresión. El asmático puede o no ser sensible a una determinada sustancia, pero una predisposición "psicógena" y una situación de conflicto "opresiva" se encuentran en él siempre. Uno de los mecanismos fisiopatológicos fundamentales en la producción de la crisis de disnea, es para GROEN, siguiendo a TALMA, una alteración de la inervación de la musculatura respiratoria: existiría una especie de ataxia en la inervación de los músculos, siendo estimulados en forma antagónica los músculos torácicos y el diafragma; al tiempo se produciría un espasmo de la glotis. Este último trastorno fué considerado por TALMA como el primario en el origen de la crisis de asma; su origen sería psicógeno.

Para ALEXANDER (1952) las relaciones entre las dos series de factores etiológicos, afectivos y alérgicos, se puede establecer de la siguiente manera: cada uno de los factores por separado puede producir una crisis de asma, pero más a menudo los dos actúan conjuntamente. En este caso se asiste a un fenómeno de sumación de estímulos; casi siempre, sólo una combinación de estímulos alérgicos y afectivos produce la crisis. Separadamente el efecto de cada uno de ellos queda por debajo del umbral de sensibilidad del tejido de choque, la pared de los bronquios en este caso. En la mayor parte de los casos basta con suprimir uno de ambos para curar al enfermo de sus crisis; el otro factor no tratado no es suficiente para producir una crisis él solo. Así se explicarían los casos curados por tratamiento somático, en los que persisten los factores emocionales, así como el éxito con la psicoterapia en casos en los que las pruebas de sensibilidad persisten inalteradas. Todavía no está resuelto el problema de saber si los dos factores deben de ser considerados independientemente en su origen; hay indicios que hacen pensar que la predisposición alérgica y la vulnerabilidad en frente de las situaciones de conflicto, están ligados de una manera hasta ahora desconocida; es posible que la sensibilidad al traumatismo de la separación y la sensibilidad a los alérgenos, que se encuentran frecuentemente en la misma persona, sean manifestaciones de un mismo factor constitucional de base, que se manifestaría en primer lugar por la dificultad en la separación biológica del individuo de la madre, y posteriormente, en el plano emocional. Sería, concluye ALEXANDER, una forma de deficiencia en la adaptación biológica a las exigencias postnatales.

ROF, en su Patología Psicosomática, realiza un interesante intento de síntesis. Los datos proporcionados por el estudio psicológico del asmático y los obtenidos en la investigación biológica (bioquímicos, neurofisiológicos), son reunidos en una hipótesis, en que se explica la plasmación, en la infancia, del núcleo de la personalidad alérgica en sus facetas afectiva (hambre de afecto, originada por una carencia afectiva) y fisiológica (creación de un hábito especial innervatorio), dentro de la unidad del individuo. El papel en dicho proceso del cerebro interno, con sus relaciones íntimas con la vida emocional y los mecanismos innervatorios de la respiración, es de una importancia fundamental (ROF, 1955).

Es difícil por ahora encontrar una teoría que tenga una validez general; lo que en casos aislados es cierto, es dudoso tenga una aplicación para todos. Por el momento parecen precisarse ciertos tipos (de personalidad, de conflicto), que se repiten con una cierta frecuencia. Una de las dificultades mayores con que se tropieza en la investigación psicológica, es el tiempo que exige el estudio completo de un caso; en los trabajos en que se reúnen abundantes casos, generalmente se estudia sólo un aspecto parcial del problema. El estudio del grupo de Chicago ocupa un lugar excepcional a este respecto. La diversidad de opiniones en la consideración del aspecto somático, también origina ciertas dificultades; por ejemplo, en múltiples autores americanos el asma es siempre alérgico, y todas las teorías deben de explicarse contando con el alérgeno. En este terreno, si seguimos las ideas de JIMÉNEZ DÍAZ, podemos imaginar, como hipótesis de trabajo, que los factores psíquicos pueden actuar por tres mecanismos: uno directo psíquico-neuro-muscular, en los casos que podríamos llamar asma-neurosis pura; un segundo mecanismo que se ejercería sobre la disreacción, sin

intervención del alérgeno, y, en fin, un tercero que actuaría predominantemente a través del alérgeno. Naturalmente que los tres mecanismos podrían actuar por separado, o imbricarse en un mismo caso.

Existen ciertas bases sólidas actualmente en el estudio de las influencias psíquicas del asma; pero muchas incógnitas nos quedan que resolver. Para llegar a ello, una colaboración muy estrecha es precisa entre los estudios de las vertientes psíquicas y somáticas. Lo demuestra gráficamente el siguiente caso: Moos publicó un caso, como ejemplo demostrativo de la influencia psíquica, de un molinero que no podía soportar la harina del molino de su padre, hombre colérico, y que en otro molino no presentaba síntomas. Pregunto yo: ¿No estaría, por casualidad, parasitada la harina del primero?

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMSOM, H. A.—Ann. All., 6, 3, 1948.
ABRAMSOM, H. A.—Somatic and Psychiatric Treatment of Asthma. The Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1951.
ABRAMSOM, H. A.—Ann. All., 12, 2, 1954.
ABRAMSOM, H. A.—Ann. All., 14, 2, 1956.
ALEXANDER, F.—Psychosomatic Medicine. Allen, London, 1952.
BARENDRECHT, G. T.—Psychosomatic Res., 2, 109, 1957.
BARENDRECHT, G. T.—J. Psychosomatic Res., 2, 115, 1957.
BERKART.—Cit. BRAY, 1931.
BRAY, G. W.—Recent Advances in Allergy. J. & A. Churchill, London, 1931.
BROWN, E. A., y GOITEIN, P. L.—Cit. DUNBAR, 1943.
COLEMAN, M.—Ann. All., 13, 6, 1955.
COLEMAN, M., y SHURE, N.—Jour. All., 27, 1, 1956.
COLEMAN, M., y SHURE, N.—Practical Allergy. Butterworth, Co. Ltd. London, 1957.
COSTA, N.—Cit. ABRAMSOM, 1951.
CLARKSON, A. K.—Cit. ABRAMSOM, 1951.
DUNBAR, F.—Diagnóstico y tratamientos psicósomáticos. Ja-nés. Barcelona, 1950.
DEKKER, H.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1934.
DEKKER, E., y GROEN, J.—J. Psychosomatic Res., 1, 58, 1956.
DEKKER, E.; PELSER, H. E., y GROEN, J.—J. Psychosomatic Res., 2, 97, 1957.
DEUTSCH, F.—The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. Int. Univ. Press, New York, 1953.
FABERGER, E.—Acta All., 6, 68, 1953.
FEDERN, P.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1943.
FENICHEL, O.—La théorie Psychanalytique des Nevroses. P. U. F. Paris, 1953.
FRANCIS, H.—Cit. BRAY, 1931.
FRENCH, TH. M.—Int. Ar. All. and Apl. Inn., 1, 28, 1950.
FRENCH, TH. M., y ALEXANDER, F.—Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. Trad. "El Ateneo". Buenos Aires, 1943.
FREUD, S.—Obras Completas. Biblioteca Nueva, Madrid.
GENDROT, J. A.—L'Evolution Psychiatrique, 1953, pág. 493.
GERARD, M. W.—Genesis of Psychosomatic Symptoms in Infancy, en Deutsch the Psychosomatic Concept in Psychoanalysis, 1953.
GRINKER, R., y ROBBINS, F. P.—Psychosomatic Case Book. The Blakiston Co., Inc. New York, 1953.
GROEN, J.—Acta Allerg., 3, 21, 1953.
GROEN, J., y BASTIANS, J.—Psychogenesis and Psychotherapy of Bronchial Asthma. Modern Trends in Psychosomatic Medicine. Butterworth & Co. Ltd. London, 1954.
HAIMAN, J. A.—J. Med. Soc., N. Y., 39, 1942.
HALLIDAY.—Cit. ROF, 1955.
HANSEN, K.—Tratado de Alergia. Labor, Madrid-Barcelona, 1946.
HEBERDEN.—Cit. BRAY, 1931.
HELMONT.—Cit. JIMÉNEZ DÍAZ, 1940.
JESSNER, L.; LAMONT, J.; LONG, R.; ROLLINS, N.; WHIPPLE, B., and PRENTICE, N.—The Psychoanalytic Study of the Child, vol. X. Imago Publishing Co., Ltd. London, 1955.
JIMÉNEZ DÍAZ, C.—El asma y otras enfermedades alérgicas. España, Madrid, 1932.
JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Lecciones de Patología Médica, tomo I, 3.ª ed. Científico Médica. Madrid-Barcelona, 1940.
JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Algunos problemas de la patología interna. Madrid, 1944.
JIMÉNEZ DÍAZ, C.—El asma y enfermedades afines. Paz Montalvo, Madrid, 1953.
KUBIE, L. S.—The Problem of Specificity in the Psychosomatic Process. The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis (v. Deutsch), 1953.
LAUDENHEIMER.—Cit. JIMÉNEZ DÍAZ, 1932.
LEAVITT, H. C.—Cit. FABERGER, 1953.
LEIGH, D.—Intern. Arch. Allergy, 4, 227, 1953.
LEIGH, D., y DOUST, J. W. L.—J. Ment. Science, 99, 489, 1953.
LEIGH, D., y MARLEY, E.—J. Psychosomatic Res., 1, 128, 1956.
MAC INNIS, K. B.—Cit. LEIGH y MARLEY, 1956.
MCDERMOTT, N. T., y COBB, S.—Cit. ROF, 1955.
MARTY, P.—Comunicación al Congreso Internacional de Psicoanálisis, 1957.
MILLER, H., y BARUCH, D.—Ann. All., 8, 754, 1950.

- MILLER, H., y BARUCH, D.—Ann. Allergy, 8, 100, 1950.
 MILLER, H., y BARUCH, D.—Maternal Rejection, en ABRAMSON, Somatic and Psychiatric Treatment of Asthma, 1951.
 MILLER, H., y BARUCH, D.—Ann. Allergy, 11, 438, 1953.
 MILLER, H., y BARUCH, D.—The practice of Psychosomatic Medicine, As illustrated in Allergy, McGraw-Hill Book Company, Inc New York, Toronto, London, 1956.
 MITCHELL, J. H.—Cit. WEISS, 1950.
 MOOS.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1941.
 ORTIZ DE LANDÁZURI, E., y ROJO SIERRA, M.—Personalidad Alérgica. Ponencia al II Congreso Nacional de Alergia, 1951.
 PIERLOOT, R.—Problèmes Généraux de Psychosomatique Clinique. E. Nauwelaerts, Louvain, 1956.
 POLLNOW, H.; PETOW, H., y WITTKOWER, E.—Cit. JIMÉNEZ DÍAZ, 1932.
 RAMADGE, F. H.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1941.
 REES, L.—J. Psychosomatic Res., 1, 98, 1956.
 ROF CARBALLO, J.—Patología Psicósomática, 3.ª ed. Paz Montalvo, Madrid, 1955.
 ROGERSON, HARCASLE y DUGUID.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1943.
 SABBATH, J. C., y LUCE, R. A.—Cit. LEIGH y MARLEY, 1956.
 SADLER.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1943.
 SAUL, L. J., y LYONS, J. W.—Motivation and Respiratory Disorders. En WITTKOWER, Recent Developments in Psychosomatic Medicine, 1954.
 SCHATIA, V. S.—Cit. WEISS, 1950.
 SEGAL, M. S.—The Management of the Patient with Severe Bronchial Asthma. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1950.
 SEGMAN.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1943.
 SEGUIN, A.—Introduction a la Medicine Psychosomatic. L'Arche, Paris, 1950.
 STRAUS.—Cit. ABRAMSON, 1951.
 TALMA.—Cit. GROEN y BASTIAANS, 1954.
 TROUSSEAU.—Cit. JIMÉNEZ DÍAZ, 1940.
 TRUETING, I. F., y RIPLEY, H. S.—Cit. LEIGH y MARLEY, 1956.
 WEISS, E.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1943.
 WEISS, E.—Arch. of Allergy and Apl. Imm., 1, 4, 1950.
 WEISS, E., y ENGLISH, O. S.—Psychosomatic Medicine. W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1957.
 WITTKOWER, E.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1943.
 WITTKOWER, E., y CLEGHORN, R. A.—Recent Developments in Psychosomatic Medicine. Pitmans and Sons, London, 1954.
 ZIEGLER, L. H., y ELLIOTT, D. C.—Cit. FRENCH y ALEXANDER, 1943.

ORIGINALES

ERITROBLASTOMATOSIS MEDULAR HEMOPANCITOPENICA

G. PANIAGUA, J. SÁNCHEZ FAYOS y H. OLIVA.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
 Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.
 Departamento de Hematología.

Son pocos los casos publicados en la literatura de eritroblastosis primaria aguda (enfermedad de DI GUGLIELMO¹⁻⁷), eritroblastosis primaria crónica (enfermedad de HEILMEYER-SCHÖNER²⁷) y de eritroleucosis⁶⁻¹⁵, y aún son menos dentro de aquéllos los que resisten una crítica severa.

Un buen número de los casos comunicados como eritroblastosis agudas y leucoeritroblastosis son, sin duda, leucosis agudas que en una fase inicial arrastran a la serie roja a una proliferación exagerada y en ocasiones displásica, pero rápidamente el cuadro leucoblástico, tanto medular como sanguíneo, domina con carácter exclusivo la citología tumoral. Aún mayores objeciones hay que hacer a los cuadros considerados como eritroblastosis crónicas, ya que sin duda algunos de ellos no son más que eritroblastemias sintomáticas de metaplasia mieloide por osteomielifibrosis, osteomiolorreticulosis agnógenas o incluso por invasión neoplásica de la médula ósea.

A pesar de estos comentarios no dudamos de la existencia real de estas enfermedades, no solamente porque algunos casos han sido presentados de manera incontrovertible, sino también porque no es lógico pensar que la serie roja sea incapaz de proliferar con carácter neoplásico, como lo hacen las otras líneas citológicas hemo-

poéticas y reticulares. No obstante, su frecuencia es mucho menor que la de las leucosis auténticas.

De la misma manera que existen leucosis subleucémicas, o incluso auténticas leucosis con leucocitemias muy bajas, deben existir dentro de los raros casos de eritroblastosis idiopáticas, formas hematológicas en las que la expresión eritroblastémica sea escasa o nula. Estas formas serían a las eritroblastosis clásicas lo que las leucosis leucopénicas son a las leucemias genuinas. Podemos considerar como ejemplos publicados en la literatura de esta última posibilidad el caso de LIMARZI y LEWINSON (1943) con el nombre de *eritroblastoma*¹⁶ y el estudiado por ROHR (1947) como *eritroblastomatosis difusa de la médula ósea*¹⁷.

En el curso pasado tuvimos ocasión de estudiar, desde el punto de vista hematológico, a un enfermo que, a nuestro parecer, muestra gran semejanza con el caso publicado por ROHR, y que por su extraordinario interés presentamos a continuación:

HISTORIA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA.

V. C. C., de cuarenta y siete años, campesino. El enfermo (ingresado en la Estación Tercera, doctores OYA y HERNANDO) contaba una historia de diarreas crónicas con exacerbaciones veraniegas en forma de deposiciones líquidas, amarillentas, sin moco ni sangre. Este cuadro se había mejorado en algunas ocasiones por medio de tratamientos dietéticos y medicamentos variados. Desde hacía dos o tres meses, independientemente de sus trastornos digestivos, el enfermo había perdido peso, se encontraba asténico, con palidez creciente y fiebre que no pasaba de los 38°. No había tenido ninguna manifestación hemorrágica, su régimen alimenticio era, al parecer, adecuado y sus diarreas no presentaban mayor intensidad que en otras ocasiones.

En la exploración clínica, aparte de la palidez cutáneo-