

SENSIBILIZACIÓN CUTÁNEA POR LA HIEDRA (HEDERA HELIX)

R. ALEMANY VALL

Médico de la Asistencia Médica Municipal de Barcelona

La sensibilización por la hiedra (*hedera helix*) no la hemos visto mencionada y aquí entre nosotros es poco frecuente hablar de dermatitis por plantas, al contrario de lo que sucede en Norteamérica, país en que abundan las especies del género *Rhus*, causantes de lesiones eritema-pápulo-vesiculosa. La bibliografía de estas últimas es abundante en las revistas de alergia norteamericana, ya que no son raros los artículos de dermatitis por el *Rhus*.

El caso que vamos a describir se trata de una sensibilización alérgica; en cambio las dermatitis por el *Rhus* son más bien de acción tóxica. Este caso nos fué enviado por la Dirección del Cuerpo Médico Municipal para que emitieramos el correspondiente dictamen.

P. S. L., 53 años de edad, empleado municipal en el cementerio y ordenanza de un colegio en la actualidad. Neumonía en su juventud. Sin antecedentes hereditarios y personales de enfermedades alérgicas.

En 1928, cortando hiedras en el Cementerio Nuevo, después de unos tres meses de este trabajo diario, sufre una herida incisa en una mano, por lo que es dado de baja; a los ocho días vuelve a reanudar el mismo trabajo y a los dos días aparece, por vez primera, una erupción de vesículas en los dos tercios inferiores del antebrazo, manos (incluso región palmar) y cara.

A los dieciocho meses está también cortando hiedras en el Cementerio de San Gervasio (trabajo que ejecuta con gran cuidado, ya que teme una intoxicación), y a las siete u ocho horas aparece, de un modo brusco, una nueva erupción de vesículas y ello sin la más pequeña molestia anterior. Esta erupción tuvo una fase de ascenso de unos ocho días y otros tantos de descenso. Eso ocurría en el mes de abril.



Fig. 1

Continúa trabajando en el Cementerio de San Gervasio sin cortar hiedras, pues si las tocaba le salían pequeñas vesículas. Incluso utilizó guantes. Aparecieron también algunas veces algunas erupciones en la cara, probablemente por llevarse las manos a esa región.

En el año 1939-1940 toma inyecciones de extracto de hiedra (unas 5 ó 6); el efecto fué mediocre, las erupciones sobrevenían al contacto de las hiedras, aunque con menos intensidad y a los dos meses de haber tomado aquellas inyecciones.

En el año 1942 es trasladado como ordenanza a un colegio (torre con jardín en que hay abundantes hiedras); al tocar las hojas, incluso al pisarlas, ya le aparecían las erupciones.

En este momento es enviado a nosotros. Practicamos las pruebas por contacto con un extracto acuoso y otro con extracto alcohólico de hojas de hiedra; pasa la noche con

(*) Comunicación presentada en la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona en la sesión del 6 de abril de 1943.

molestias locales que le imposibilitan de conciliar el sueño; a las veinticuatro horas se ve una manifiesta placa eritematosa con numerosas y pequeñas vesículas al nivel del sitio en que pusimos el extracto alcohólico y nada al nivel de la región cutánea correspondiente al extracto acuoso; a las cuarenta y ocho horas en la región cutánea primera las vesículas se han reunido en 3 ó 4 voluminosas, y en cambio, se notan relativamente pocas vesículas en el sitio de la región cutánea del extracto acuoso (véase la primera fotografía); a las setenta y dos horas las dos zonas se han reunido formando una gran placa, como vemos en la segunda fotografía.

La eosinofilia sanguínea es de 18 y 24 por 100, la sedimentación globular 10 mm. a la hora. Se practica la prueba



Fig. 2

de Praussnitz a un sujeto normal, dando el suero del paciente reacción negativa al extracto de hiedra. Las pruebas de contacto con los dos extractos dan resultado negativo en el mismo sujeto normal.

En Norteamérica abundan las dermatitis por plantas del género *Rhus*. En España todas ellas faltan, al excepto del *Rhus coriaceo*, que es espontáneo. Nosotros hemos encontrado el *Rhus radicans* cultivado en un jardín particular de Barcelona. Este *Rhus* existía antes en cantidad respetable en el Parque de Montjuich y hemos tenido ocasión de hablar con un antiguo lesionado: él y sus compañeros que se encargaban de extirparla sufrieron erupciones cutáneas vesiculosas, de incubación de días, y cuyas erupciones no sólo restaron localizadas en las manos sino que se extendieron por todo el cuerpo, desconociéndose en su principio su verdadera etiología y sólo su recidiva en el mismo trabajo permitió su identificación.

Por el vulgo se considera como *Rhus* la *coriaria myrtifolia*, no siéndolo en realidad.

El *Rhus toxicodendrum*, *percifolia*, *microcarpa*, *diversiloba*, son exóticas y no existen en España; son abundantes en Norteamérica, causando dermatitis, para las que se inmuniza por vía parenteral u oral con resultado variable, muchas veces mediocre.

En los Viveros de Montjuich hemos visto el *Toxicodendrum spectabilis*, procedente del valle de la Orotava, de Canarias; tiene un jugo lechoso que es tóxico; mejor que un *Rhus* es un *Toxicodendrum* que pertenece a la familia de las *Euforbiaceas*.

Las *Primulas* o *Primaveras* no se encuentran en Barcelona, son más bien plantas pirenaicas; la *Primula obconica* es exótica y es la más venenosa; en los Viveros de Montjuich hemos encontrado la *Primula auricula*. Todas estas plantas producen dermatitis por contacto.

Estas dermatitis por plantas se cree que son debidas más al elemento oleoso, soluble en el alcohol y en el éter, que al elemento atópico soluble en el agua y productor éste más bien de las enfermedades propiamente alérgicas¹.

Las pruebas de transmisión del suero en estas dermatitis son casi siempre negativas, así como las intradermos y las cutis²; la afección resta mejor localizada en las partes superficiales de la piel.

Esta nota preliminar, como causa de alergia por las finas hojas de hiedra, no nos fué posible seguirla desde el punto de vista del tratamiento, pues el sujeto, apartado de las mismas, sin ser su oficio jardinería, las lesiones no aparecían y el estado general se conservaba normal.

El tratamiento por inyecciones que fué seguido era insuficiente, pues se necesitan dos o tres años de medicación, más o menos continuada, para obtener un resultado problemático³, atendiendo a los ensa-

jos que han sido practicados en sujetos sensibles a plantas, en general.

En Norteamérica, donde existen grandes extensiones de *Rhus*, la casa Mulford⁴ ha confeccionado unas tabletas de 0,5, 2, 5 y 10 mg. de oleoresina veneno *Rhus* que se conocen con el nombre de *Ivagen*; empleándose también en forma de solución con aceite de maíz a la concentración de 1 por 200, de las que se toman un número progresivo de gotas por vía oral.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BROWN, MILFORD y COCA.—Journ. Allergy, 33, julio 1931.
- 2 RAMÍREZ y JORDÁN.—Journ. Allergy, 49, sept. 1930.
- 3 SHELMIRE.—Journ. Allergy, 25, marzo 1941.
- 4 GOLD y PETER.—Journ. Allergy, 15, enero 1942.

RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

TRATAMIENTO DE LOS REUMATISMOS CRÓNICOS INFLAMATORIOS

E. LÓPEZ GARCÍA

Instituto de Investigaciones Médicas.

Director: PROF. C. JIMÉNEZ DÍAZ

Aunque la nosología reumática dista mucho de estar fundada sobre bases firmes, es útil la distinción entre reumatismos degenerativos (artrosis) y reumatismos inflamatorios (artritis), conforme fué ya establecida por MÜLLER. La importancia de esta diferenciación se hace aparente cuando se piensa que ambos tipos de afecciones articulares poseen distintos mecanismos genéticos, diferencias que han de ser reflejadas en el tratamiento.

No todos los reumatismos crónicos inflamatorios tienen tampoco un origen común y determinado. Fácilmente podemos individualizar, de ordinario, los reumatoideos infecciosos crónicos, que acompañan en su evolución a enfermedades microbianas, de agente perfectamente conocido. Son las mono o poliartritis de la brucellosis, gonococia, tuberculosis, sífilis, etc. El conocer la existencia de estas enfermedades y el practicar un acertado diagnóstico suponen encaminar la terapéutica por caminos correctos.

Un grupo mucho más numeroso de reumatismos inflamatorios crónicos escapa hasta hoy a todos nuestros intentos de investigación etiológica. Su carácter infeccioso aparece, sin embargo, evidente, tanto a la exploración clínica (febrícula, alteración del estado general, signos físicos de inflamación, aumento de la velocidad de sedimentación eritrocítica, anemia, etcétera), como al estudio anatomo-patológico. Son los casos designados como reumatismo crónico progresivo, artritis reumatoide, poliartritis atrófica, etc. Muy dudosa es la conveniencia de separar de este grupo nosológico aquellos casos en los que existen

focos sépticos demostrables y en los que éstos parecen jugar un importante papel patogenético.

Con esta división no quedan encuadrados todos los tipos de poliartritis crónica inflamatoria. Dejando aparte las formas crónicas de la gota, restan aún los casos en los que, con o sin factor infeccioso, domina el cuadro una alteración endocrina, neural, vascular, etc., a la que es forzoso adjudicar una parte importante en la causación de la enfermedad.

El planteamiento del problema terapéutico y de la valoración de sus resultados tropieza, como es fácil suponer, con numerosos obstáculos. Raras veces es posible hacer un tratamiento etiológico y solamente en ocasiones se puede realizar una terapéutica fundada en consideraciones patogenéticas: en cada caso influye una constelación de factores, varios de ellos desconocidos (germen, factor hereditario, etc.), que alteran tanto las articulaciones como la personalidad total del paciente. En efecto: quizás en grado mayor que en ninguna otra enfermedad, en el reumatismo crónico existe una sumación de síntomas psíquicos a los orgánicos, adición que tiene como consecuencia el que tales enfermos aparezcan frecuentemente más impedidos de lo que en realidad están. Tal asociación de síntomas no presupone una constitución psicopática especial, sino que se explica por la nociva influencia que sobre el psiquismo ejerce el carácter crónico y tenaz de la enfermedad, así como el hecho de que una parte muy considerable de la sintomatología reumática es de índole subjetiva (dolores, pérdida de fuerzas, etc.).

El carácter más o menos accidental de la dolencia, con sus épocas de agudización y de remisión espontáneas, unido al lastre psicótico a que acabo de hacer referencia, justifican que todas las precauciones sean escasas al tratar de valorar los resultados terapéuticos. Es lo habitual, y ello ha sido recalado por HENCH, que todo nuevo método de tratamiento de los reumatismos crónicos vaya seguido de un cla-