

las heces de dicha sobremovilización con mala utilización. Lo positivo es que existe una dispepsia intestinal hepatógena que se produce como expresión local de las alteraciones metabólicas que la lesión hepática irroga al organismo.

En alguna ocasión hemos podido ver cómo enfermos con afección hepática y diarreas, en fases no diarreicas, dan pruebas normales de función, y en cambio, en las fases de acentuación de los síntomas intestinales, ofrecen transitoriamente positivas las mismas pruebas funcionales. No sabemos si este hecho indudable que hemos objetivado muchas veces debe interpretarse como una agravación del estado funcional hepático que repercute en la función intestinal, como en estos perros intoxicados por el tetracloruro de carbono, o es a la inversa, es decir, que la acentuación del proceso intestinal origine sustancias que depriman la función hepática.

RESUMEN

Los autores demuestran por el estudio de la absorción de la grasa y por balance de pérdidas calóricas en las heces, tanto en enfermos hepáticos como en perros intoxicados por el tetracloruro de carbono, la existencia de una dispepsia intestinal hepatógena esteatorreica. Se discute su mecanismo, aceptándose que sea una expresión local más, de la alteración metabólica que se asocia al déficit funcional del hígado.

BIBLIOGRAFIA

1. JIMÉNEZ DÍAZ Y CASTRO MENDOZA.—Rev. Clin. Esp., 4, 398, y 7, 318, 1942.
2. JIMÉNEZ DÍAZ, MARINA Y CLARIANA.—Cit. en JIMÉNEZ DÍAZ Y MARINA. Enteropatías crónicas del delgado. Zaragoza, 1947.
3. JIMÉNEZ DÍAZ, MARINA Y ROMBO.—Rev. Clin. Esp., 36, 168, 1940.
4. JIMÉNEZ DÍAZ Y CASTRO MENDOZA.—Rev. Clin. Esp., 2, 128, 1941.
5. CASTRO MENDOZA, JIMÉNEZ DÍAZ Y SÁNCHEZ RODRÍGUEZ.—Rev. Clin. Esp., 2, 232, 1941.
6. CASTRO MENDOZA Y JIMÉNEZ DÍAZ.—Bull. Inst. Med. Res., 2, 81, 1949.

SUMMARY

The authors study the absorption of fats and end-results of loss of calories in the faeces—in hepatic patient and in dogs poisoned with carbon tetrachloride—and demonstrate the existence of intestinal steatorrhoeic dyspepsia of hepatic origin. The mechanism is discussed and it is accepted that it involves a further local reflection of metabolic disorders associated with functional failure of the liver.

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund von Untersuchungen über die Fettabsorption und über die Berechnung der Kalorienverluste durch die Faeces beweisen die Verfasser sowohl bei Leberpatienten wie bei durch Tetrachlorkohlenstoff vergifteten Hunden, das Vorhandensein einer steatorreischen,

hepatogenen Darmdyspepsie. Ihr Mechanismus wird diskutiert, wobei angenommen wird, dass es sich um eine lokale Auswirkung handelt, zu der eine Stoffwechselstörung kommt, die das funktionelle Defizit der Leber begleitet.

RÉSUMÉ

Les auteurs prouvent, par l'étude de l'absorption des graisses et par le bilan des pertes caloriques dans les excréments, aussi bien chez les malades hépatiques que chez des chiens intoxiqués par le tétrachlorure de carbone, l'existence d'une dyspepsie intestinale steatorrhéique, d'origine hépatique. On discute son mécanisme en acceptant qu'il peut s'agir d'une expression locale de plus de l'altération métabolique qui s'associe au déficit fonctionnel du foie.

EL TRATAMIENTO DEL PSORIASIS CON LAS MOSTAZAS NITROGENADAS

J. GÓMEZ ORBANEJA.

Hospital de San Juan de Dios. Madrid. Profesor: GÓMEZ ORBANEJA.

Siendo el psoriasis una manifestación cutánea cuya causa y mecanismo patogénico no nos es conocido, se han ensayado, en su tratamiento, todas aquellas medicaciones que han ido enriqueciendo el arsenal terapéutico. En la sistematización de las enfermedades cutáneas distinguen los clínicos entre procesos de etiología bien definida y las llamadas por BROcq "reacciones cutáneas". Con este último término se designan aquellas manifestaciones morbosas que nos son conocidas por sus síntomas, de las que sabemos cuál es su evolución y pronóstico, pero en las que no podemos precisar una causa definida y constante, o a lo más vislumbramos un mecanismo de producción, en tanto reconocemos cuáles son las alteraciones morfológicas y funcionales que las condicionan. Se comprende de que en este grupo de afecciones, en las que según el caso clínico atribuimos su presentación en el sujeto que las padece a factores muy diversos, se hayan ensayado y se ensayan, según los casos y las características clínicas de cada uno de ellos, los más diversos tratamientos. En muchas ocasiones no logramos ejercer otra acción terapéutica que la puramente modificadora de las manifestaciones, sirviéndonos de las medicaciones sintomáticas, en general de acción tópica. Así sucede en el psoriasis, en el que, en sus diferentes casos clínicos, suponemos o presumimos factores de predisposición y realizadores lo más diversos. Sin embargo, no cejan los clínicos en encontrar lo que de común haya en todos ellos,

y esto explica que sucesivamente se hayan establecido distintas tesis, de las que se han sacado conclusiones terapéuticas. Así, sirvan de ejemplo la boga que han tenido teorías tan distintas como las que querían explicar el psoriasis por una parasitación, por un trastorno metabólico de las grasas, por la existencia de una sensibilización, etc., que el tiempo y los resultados clínicos y terapéuticos se han ido encargando de desvirtuar. Si se nos preguntara cuál es hoy la medicación que se demuestra activa, con relativa consistencia al menos, en el psoriasis, tendríamos que contestar que ninguna. No implica esta afirmación, sin embargo, que el especialista no sea capaz de ejercer una acción modificadora sobre las lesiones, pues hay una que se demuestra constante y que nos es de gran utilidad: el tratamiento tópico, local, con reductores enérgicos. Es ya un arte médico el que, con nuestros recursos terapéuticos de acción local, consigamos, en la mayor parte de los casos, una remisión de las manifestaciones. Pero esto que es válido para una terapia que consigue modificar y curar las lesiones, aun en el curso de muy poco tiempo, sin que podamos prever y evitar su nueva aparición en un tiempo muy variable, no lo es en cuanto a todas las medicaciones de carácter general que se han empleado. Ninguna de ellas es constante en su acción, y en general, son todas ineficaces en la mayor parte de los casos. Si alguna vez se han acreditado tratamientos, ha sido por modificar algunas veces condiciones generales que eran la base de la presentación de las manifestaciones (tratamientos hormonales, vitamínicos, regímenes dietéticos, etc.) en un caso o casos particulares. De ahí el deseo de los clínicos de encontrar esa medicación general que sea capaz de actuar, con cierta consecuencia al menos, sobre las lesiones psoriásicas.

Ha llamado siempre la atención a los clínicos la coincidencia de manifestaciones cutáneas de psoriasis y de procesos articulares de carácter reumático. Son muy numerosos los casos de psoriasis que acuden a las clínicas dermatológicas y que padecen o han padecido, coincidiendo o en distintas épocas, manifestaciones reumáticas, y no es raro observar, en las clínicas médicas, enfermos que acuden con padecimientos articulares, que son calificados de reumatismo, que presentan de manera evidente unas veces, o se ponen en evidencia si se realiza una exploración o interrogatorio cuidadoso, lesiones cutáneas discretas de psoriasis (p. ej., pequeñas lesiones cutáneas en cuero cabelludo, de las uñas). Estas coincidencias han llevado a los clínicos, y así piensa JIMÉNEZ DÍAZ, a suponer que entre artritis reumatoideas y psoriasis podría haber alguna comunidad de causas o mecanismos, más cuando consideramos esas formas de reumatismo crónico deformante asociado a lesiones extensas (a veces comprendiendo toda la superficie cutánea), verdaderas eritrodermias psoriásicas. Son hechos clínicos a los que hemos prestado personalmente, desde hace años

("Annn. de Dermatologie et Syphiligraphie", 1934), nuestra atención. No podía, por lo tanto, ahora que con las aportaciones de HECHNS y colaboradores se ha demostrado la existencia de sustancias (cortisona y hormona adrenocorticotrópica) que son capaces, aun cuando sea temporalmente, de modificar, teatralmente, el cuadro morboso de la artritis reumatoide, dejarnos indiferentes estas comunicaciones. Pueda o no, asimilarse el psoriasis, a las enfermedades de adaptación, lo que nos interesa es recordar que también se ha consignado la modificación, en algún caso de psoriasis, de las manifestaciones cutáneas, por la administración de cortisona.

No es este el lugar de repetir los efectos fisiológicos de la cortisona y de la hormona adrenocorticotrópica; pero sí el referir que JIMÉNEZ DÍAZ ha propuesto el uso de las mostazas nitrogenadas en el tratamiento de las artritis reumatoideas y en el asma, obteniendo resultados que califica de sorprendentes, explicado en parte por la semejanza de algunos de sus efectos (linfopenia, eosinopenia, aumento de la eliminación de 17 cetosteroides). Dicho autor incluso ha observado en un enfermo que nos fué mostrado la desaparición de sus manifestaciones cutáneas de carácter psoriásico al ser tratado de una artritis reumatoide. Esta ha sido la razón de que ensayáramos, hace algunos meses, las mostazas nitrogenadas en el tratamiento del psoriasis. Es conocida, por otra parte, el efecto antimitótico y sobre la regresión tímica de una y otra sustancia. Ya el psoriasis había sido tratado con radiaciones del timo, que determinaban, en dosis reducidas, un empeoramiento en los casos de manifestaciones cutáneas de los niños, y una mejoría en las del adulto.

Hemos seleccionado para nuestras experiencias un grupo de siete enfermos, de diversos tipos de la enfermedad, primero, porque nos parecía un número suficiente, que nos permitiría, si obteníamos resultados constantes, ya fueran negativos o positivos, alguna conclusión general, y segundo, porque podíamos determinar si actuaba tan sólo sobre alguna modalidad clínica de la enfermedad. Los casos tratados comprenden dos casos de eritrodermia psoriásica con manifestaciones artropáticas muy acusadas, tres formas de psoriasis inveterado y dos más de formas numulares, extensas. Damos a continuación el resumen de las historias y del curso terapéutico por acción de la medicación exclusiva, con supresión de toda terapia local, incluso la limpieza de las escamas. Incluimos al final una evolución, de observación de varias semanas a cinco meses, después de finalizado el tratamiento, lo que creemos acrecienta el valor de nuestras observaciones en cuanto a la acción definitiva o temporal de la medicación.

Caso F. M. V. Enfermo que ingresa en nuestro Servicio el año de 1947. Hace once años que tuvo, al parecer, un primer brote de lesiones localizadas en cuero cabelludo y en la frente. Fué tratado con diversas pomadas durante tres años, sin experimentar mejoría. Las lesiones se extendieron por el tronco, universalizándose en

poco tiempo, hasta la forma en que se encuentra actualmente. No aprecia apenas oscilaciones en su estado, a lo más una ligera disminución de la intensa descamación en determinadas épocas, con otras en que se hace más abundante. Desde el año 1939, y coincidiendo con la generalización de las manifestaciones cutáneas, comenzó a notar hinchazón y dolores articulares, localizados principalmente en codos, rodillas y articulaciones de las manos y muñecas. Ha ido sufriendo, en

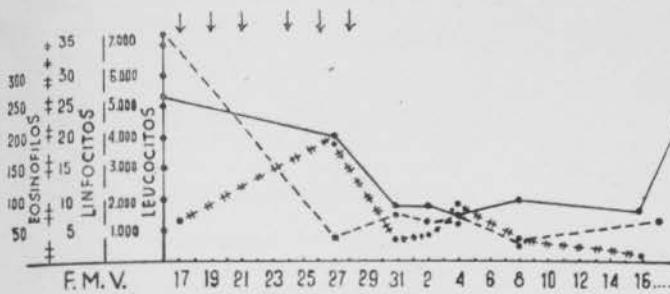


Fig. 1.

los sucesivos brotes de hinchazón y dolor, deformidades de las mismas. No ha tenido nunca fiebre.

No tiene antecedentes de proceso infeccioso alguno, ni de infecciones focales. A los veinticinco años le fué amputada la pierna derecha por un proceso articular que no precisa. No hay en la familia antecedentes de procesos cutáneos ni de procesos articulares.

Presenta a la exploración lesiones que se extienden por toda la superficie cutánea, respetando, relativamente tan sólo, la nariz, los surcos nasogenianos y el mentón. Estas lesiones son eritemato-descamativas, con piel infiltrada, seca, recubierta de escamas poco adherentes, blancas, que se despegan en lámina, y en algunas zonas puede ponerse en evidencia por el raspado metódico los tres signos, de las escamas nacaradas, la membrana y el punteado hemorrágico, típicos de las lesiones psoriásicas. La intensidad de las manifestaciones varía según las zonas, mayor en el tronco y cara de extensión de las extremidades, menor en la superficie de flexión de las articulaciones y en la parte distal de las extremidades. Las articulaciones aparecen muchas de ellas tumefactas, dolorosas a la presión, y un buen número de las de las manos están anquilosadas. Hay limitación funcional. La exploración no da otros datos positivos; los tonos cardíacos son normales, puros, y la exploración radioscópica es normal. Un estudio histológico, para descartar toda posible confusión con otro proceso de expresión eritrodermica, demuestra las lesiones típicas del psoriasis.

Es tratado el enfermo sucesivamente con medicaciones tópicas a base de ácido pirogálico e inyecciones intravenosas de salicilato. Más tarde, con arsénico (candidato sódico por inyección subcutánea). Posteriormente, con crisarrobina concentrada (pomada de Dreuw) al 20 por 100 y aceite de enebro, sin que se aprecie más que una mejoría ligera con el tratamiento crisarrobinico, que fué perfectamente tolerado. Más tarde se realizan medicaciones que vienen siendo ensayadas en la clínica: aminoácidos concentrados, y posteriormente el rojo congo en inyección intravenosa, que ya ha demostrado sus efectos en trabajos de JIMÉNEZ DÍAZ y colaboradores, en la artritis reumatoide. Tampoco con estas medicaciones se observa beneficio apreciable. En fechas posteriores, después de recurrir de nuevo a los tratamientos clásicos, de carácter tópico: crisarrobina, azufre y brea, aceite de enebro, se inicia una terapéutica de inyecciones intramusculares de azufre, que independientemente de las reacciones febres, no influye sensiblemente sobre la enfermedad. Por fin, y al disponer de ácido undecilénico, en cápsulas (Sevilon), iniciamos este tratamiento propuesto por autores americanos, que nos vemos obligados a suspender, por albuminuria, sin poder advertir efecto alguno. No habiendo sido útil ninguna de las medicaciones referidas, que fueron continuadas durante el tiempo preciso, dada

la permanencia del enfermo en la clínica durante tres años, para cerciorarnos de su acción nula, emprendemos, dado el estado del enfermo y la rebeldía de la enfermedad, en julio de 1950, el tratamiento con mostazas nitrogenadas.

La medicación utilizada ha sido la tris-beta-cloroethylamina. La inyección se ha practicado en días alternos, disolviendo el producto en solución isotónica de cloruro sódico, e inyectándola en un tubo de goma sobre el paso de una solución de suero fisiológico, que nunca era inferior a 150 c. c. La solución recientemente preparada suponía, en cada enfermo, la cantidad de una décima de miligramo por kilo de peso. El número de inyecciones, que en estos primeros casos fué mayor, posteriormente ha sido reducida a dos o tres como máximo.

El tratamiento con mostaza nitrogenada determina en el curso del mismo astenia intensa, inapetencia y náuseas, y las alteraciones hemáticas que quedan consignadas en la figura 1. La lesiones se modifican progresivamente en el siguiente sentido: la descamación, que era muy intensa, pues todas las mañanas la ropa de la cama aparecía cubierta de una espesa capa de escamas, desprendidas durante la noche, se reduce considerablemente, siendo en el curso de pocos días, al final de la medicación, prácticamente nula. El eritema palidece progresivamente y se advierte la desaparición del mismo y de la infiltración en extensas zonas de la superficie cutánea, quedando primero las manifesta-



Fig. 2.—Caso F. M. U.

ciones limitadas a determinadas zonas, pero como lesiones aisladas o agrupadas por zonas, cuello, nuca, región sacra y gluteas, algunos puntos de los brazos y muslos (véanse fotografías: la primera, del día que comenzó la medicación, fig. 2; la segunda, del día que la finalizó, fig. 3). La mejoría sigue progresando y las lesiones desaparecen totalmente, así como las manifestaciones articulares, de las que primeramente mejoran y desaparecen las manifestaciones subjetivas, para desaparecer en el curso de muy pocos días, las objetivas: hinchazón, limitación de movimientos. Esta

remisión del cuadro clínico, que podemos calificar de extraordinaria, perdura un mes más tarde, en que de nuevo vuelven a aparecer las lesiones cutáneas, primero en zonas, limitadas más tarde, pasados ya dos meses, para presentar exactamente las mismas características que antes de iniciar la medicación. Establecidas las lesiones de nuevo, sufren espontáneamente, sin que haya recibido nueva medicación, una regresión parcial. Más tarde, al establecerse de nuevo toda la intensidad del padecimiento, se estabiliza sin nuevas oscilaciones (observación que llega hasta cinco meses más tarde).

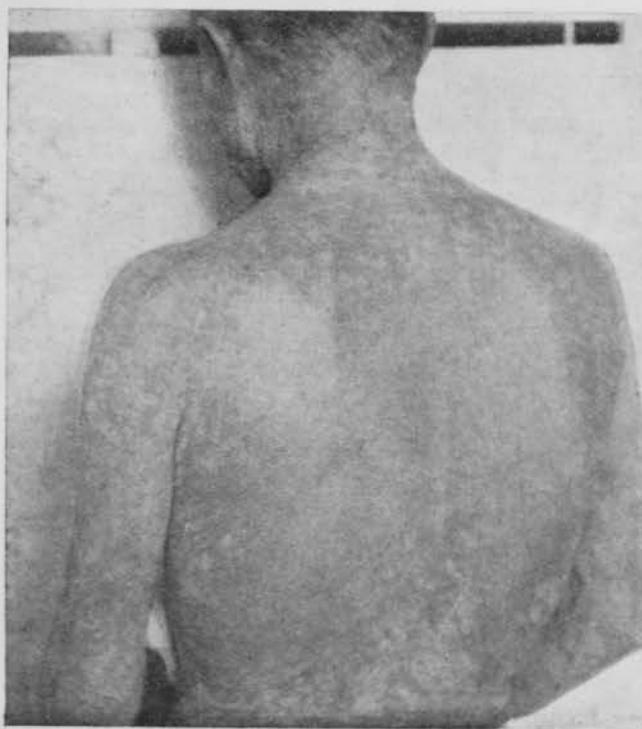


Fig. 3.—Caso F. M. U.

V. B. C., de cuarenta años. Hace dos años que le aparecieron por primera vez las lesiones localizadas en extremidades superiores y en el tronco. Las lesiones eran eritematosas, recubiertas de escamas, que se desprendían con facilidad. Fue tratado con una pomada, de carácter reductor, lo que determinó una regresión temporal de las manifestaciones. Reaparición poco tiempo después con las mismas características, con las que ingresa en el Servicio hace un año. En su primer ingreso presenta extendidas por cuero cabelludo, tronco y extremidades unas lesiones eritematosas ligeramente papulosas, redondeadas y cubiertas de escamas nacaradas. Su distribución es irregular, sin tendencia a confluir, con halo eritematoso y escamas, y de tamaño muy variable, desde el de una lenteja a una moneda de cinco pesetas. Tan sólo en codo derecho y en rodillas hay una extensa placa. En dorso de dedos y en cara dorsal de las manos lesiones más infiltradas, de coloración roja más intensa, recubiertas de escamas más gruesas y adherentes. Se realiza entonces un tratamiento tópico, en el que no es posible utilizar la crisarrobina, resistiendo las lesiones y solicitando el enfermo al cabo de unas semanas el alta, con mejoría muy poco acusada.

Ingresa de nuevo en el mes de julio de 1950 con las mismas lesiones que padecía el año pasado, que no se han modificado sensiblemente, y es sometido al tratamiento con mostaza nitrogenada, comenzando el día 19 de julio. Las inyecciones, practicadas cada dos días, no le determinan otras molestias que cansancio general y náuseas. Finalizan las inyecciones sin otras molestias el día 28 de julio, presentando reacción febril de 40 grados el día 5 de agosto. Se practican en días sucesivos transfusiones sanguíneas, que hacen desaparecer la fiebre. Simultáneamente se inyecta penicilina. Desde el día 11 se advierte una clara modificación de

sus lesiones, especialmente en su zona central, persistiendo los bordes, con aspecto circinado en su conjunto. El 15 de agosto se encuentra completamente blanqueado. En días sucesivos ligeras reacciones febres, y persistencia de la curación hasta el 13 de septiembre, en que se presentan de nuevo manifestaciones, que corresponden a los bordes de las lesiones desaparecidas. Su estado general es bueno en esta fecha.

I. H. M., de treinta y nueve años. Como antecedentes, interesa mencionar que a los diecisiete años tuvo dolores articulares en hombros y rodillas, de poca intensidad y sin fiebre. A los veintisiete años, dolores más intensos, localizados en rodillas, que le dificultaban los movimientos, con hinchazón de las mismas, desapareciendo en el curso de quince días. A los treinta y un años, ciática de ambos lados, que le obligó a guardar cama durante dos meses, siendo tratado con vitamina B. A los tres meses, recidiva de estas últimas manifestaciones, que duraron aproximadamente un mes, y seis meses más tarde una segunda. A los treinta y cinco años, dolores articulares, que cedieron ocho días más tarde, presentándose en ese momento las manifestaciones cutáneas, localizadas primeramente en codo derecho, que creciendo se transformaron en una placa relativamente extensa. Un año más tarde presentaba lesiones en ambos codos y rodillas, con extensión a la superficie de las extremidades inferiores, nalgas, dorso y cuero cabelludo. En esta situación fué hospitalizado, siendo tratado durante veinte días con pomada de crisarrobina, desapareciéndole las lesiones, y reincidiendo un mes más tarde.

Al ingresar en el hospital presenta lesiones típicas de psoriasis, extendidas por ambas extremidades inferiores (muslos y piernas, incluso en borde externo de los pies), brazos, antebrazos y dorso de mano y dedos, dorso nalgas y cuero cabelludo. Unas lesiones son en forma de placas extensas, otras numulares y lenticulares. Queda libre de la afectación la cara y la región torácica, en su cara anterior. No presenta a su ingreso ningún manifestación articular, ni molestias subjetivas de ninguna clase. Comenzado el tratamiento con mostaza nitrogenada. Recibe cuatro inyecciones, que le provocan vómitos y gastralgias. Finaliza el tratamiento el día 5 de agosto. Tan sólo hacia el día 10 y 12 se observa una descamación espontánea de las lesiones, que se van apagando en intensidad en cuanto a la

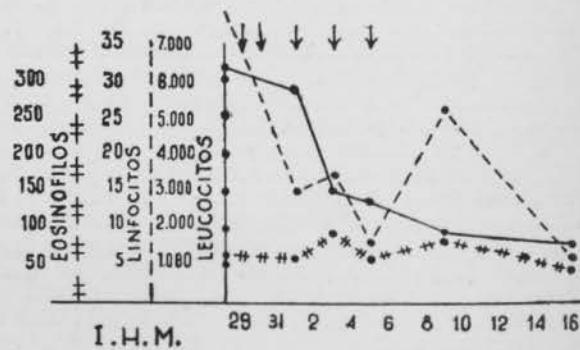


Fig. 4.

manifestación eritematosa. El día 13 la cabeza ha quedado completamente limpia de manifestaciones; en las restantes, unas han desaparecido, siendo sustituidas por una acromia (leucoderma post-psoriásico); otras, descaman ligeramente; en otras, persiste tan sólo un ligero eritema. Tan sólo persisten con los caracteres típicos de la lesión las del dorso de las manos y dedos. Estas regresan más tarde. No tiene manifestaciones generales, salvo una inapetencia que se estableció en el curso del tratamiento. En el mes de septiembre, un mes más tarde, persiste la mejoría (fig. 4).

J. N. T., de treinta y ocho años, comenzó la enfermedad hace dos años, con tres elementos puntiformes ligeramente pruriginosos en hipocondrio izquierdo, cara

externa del tercio superior de pierna derecha, región lumbo-sacra y cuero cabelludo. Estas lesiones van creciendo progresivamente, hasta constituirse en placas. Todos los tratamientos a que ha sido sometido no determinan más que una ligera mejoría, que no parece, por los datos que nos suministra el enfermo, ser más que un efecto tópico de limpieza de las escamas. A su ingreso presenta en región lumbo-sacra, hipocondrio izquierdo, tercio superior de pierna izquierda, cuero cabelludo, típicas lesiones psoriásicas de variable tamaño. Es tratado con cinco dosis de mostaza nitrogenada, que le producen cefalea, inapetencia y, tan sólo a la tercera dosis, vómitos. Las lesiones regresan, en su mayor parte, totalmente, persistiendo tan sólo algunos puntos descamativos. El enfermo es controlado hasta dos meses y medio más tarde, en que persiste la acción terapéutica. No acusa posteriormente otro tipo de molestias, salvo una ligera inapetencia.

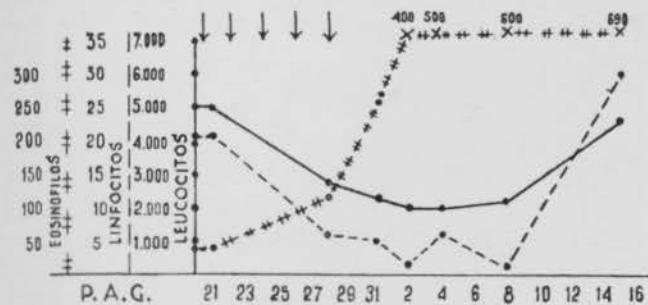


Fig. 5.

P. A. G., de once años. Presenta las manifestaciones actuales desde hace varios meses, sin que pueda precisarnos los puntos en que comenzaron. Manifiesta que todas ellas tienen tendencia progresiva a crecer, sin

haber presentado en el curso de este tiempo ninguna tendencia regresiva.

A su ingreso presenta lesiones típicas de psoriasis, ligeramente elevadas, de carácter eritemato-papuloso y descamativo, extendidas por las extremidades inferiores y superiores, en sus caras de extensión y flexión; en



Fig. 7.—Caso P. A. G.



Fig. 6.—Caso P. A. G.

tronco, cara anterior y posterior son menos numerosas. Su tamaño varía entre el de una lenteja y la palma de la mano, predominando las de tipo intermedio, numular. En el tronco tienen aspecto policíclico y circinado. Es tratado con dosis de dos miligramos y medio, recibiendo en total cinco inyecciones, en días alternos. Las inyecciones determinan cefaleas y algunos vómitos. El tratamiento se inició el día 20 de julio, y las lesiones comienzan a palidecer, y acaban desapareciendo en el curso de quince a veinte días. Un mes más tarde las lesiones del brazo han desaparecido totalmente, restando tan sólo algunas zonas de hipopigmentación. Durante el mes de septiembre la curación de las lesiones persiste. La observación de este caso se prolonga hasta el mes de diciembre, en que la curación es completa, existiendo tan sólo algunos puntos aislados, del tamaño de cabeza de alfiler o de gota de agua, que sean descamativos, pero sin componentes eritematosos (figs. 5, 6 y 7).

Han sido tratados dos casos más, otro de eritrodermia psoriásica, con manifestaciones articulares, en que se logró (F. S. M.) la desaparición de las lesiones en

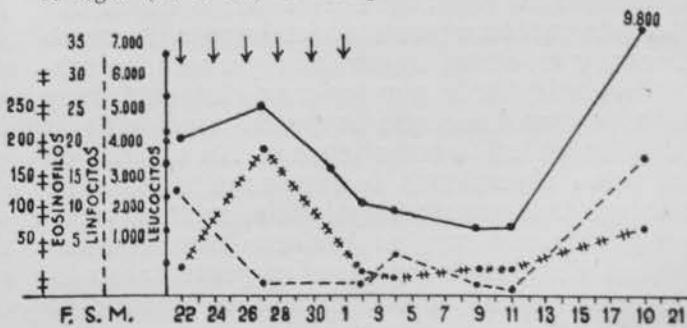


Fig. 8.

el mismo tiempo (figs. 8, 9 y 10). Restaron tan sólo algunos puntos, muy escasos, aislados, resistentes. Sin embargo, en este caso, como en el primeramente reseñado, las lesiones cutáneas recidivaron, y continúan activas cuatro meses más tarde, aunque con un aspecto distinto: es un psoriasis guttata generalizado, sin carácter eritrodérmico. Otro caso evolucionó como los reseñados, y si no repetimos la historia es porque no aporta variación respecto a las anteriores.

Con estos casos y los resultados logrados en su tratamiento por la mostaza nitrogenada que da bien patente la acción de ésta sobre las lesiones cutáneas y articulares cuando estas últi-

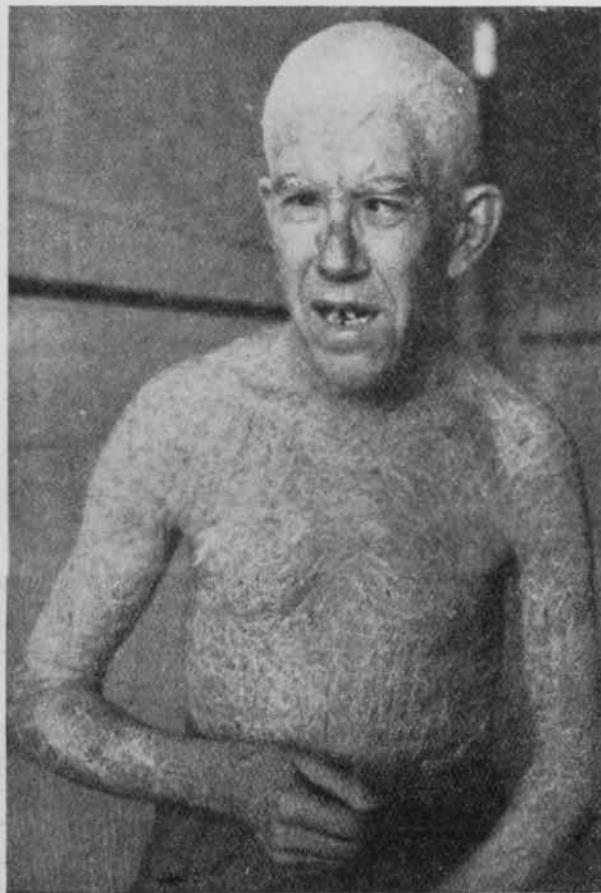


Fig. 9.—Caso F. S. M.

timas se presentan asociadas. Es indudable que en todos ellos se consigue la mejoría y desaparición de las lesiones, sin que esta curación sea definitiva en varios de los casos que presentaron una recidiva, tan intensa como las primeras manifestaciones en el caso primero de eritrodermia psoriasica con artropatías. En otros, la curación persiste aún después de cuatro meses, y en otros, la curación primera, es sustituida más tarde por lesiones discretas, muy escasas, que hace que se pueda considerar la curación práctica como lograda. En algunos de ellos las inyecciones fueron acompañadas de diversos trastornos: inapetencia, astenia, vómitos y cefaleas, que no tuvieron otra trascendencia. En uno de los casos se presentaron lesiones mucosas que obligaron a la práctica de transfusiones sanguíneas. Hubo otros en que la tolerancia fué perfecta.

No es nuestro objeto el considerar que la terapéutica del psoriasis, enfermedad en casos muy concretos de invalidez social, pueda y deba ser la mostaza nitrogenada en su forma de utilización actual, salvo en casos muy determinados; pero sí el señalar que con ella tenemos una posibilidad de modificar de manera radical las manifestaciones cutáneas, lo que constituye, en nuestra opinión, un hecho de extraordinaria trascendencia. Hasta ahora, como decíamos más adelante, no había una terapia general, no local, que fuera capaz de tener una



Fig. 10.—Caso F. S. M.

acción constante sobre las lesiones, y en ese sentido creemos que es la primera medicación que puede catalogarse como tal. Tenemos la impresión, que ya referiremos en comunicaciones sucesivas, que puede lograrse el mismo efecto con menor número de dosis y cantidad inferior de fármaco, y en ese caso poder poner en manos de todos los clínicos la posibilidad de actuar de manera rápida y teatral sobre una enfermedad tan resistente y tan penosa para los enfermos, sobre todo en sus formas extensas e inveteradas. El precisar estas posibilidades debe quedar limitado al trabajo hospitalario, donde el control diario de la evolución del cuadro hemático y la posibilidad de tratar todo accidente de importancia puede ser llevada a cabo. Nuevos preparados, de acción similar al utilizado y de menor toxicidad, resolverían el problema por completo desde el momento que

hiciéran posible la reiteración de la terapéutica o el aumento de las dosis totales.

(Incluimos varias fotografías de enfermos antes y durante la fase de remisión. Prescindimos de las fotos en su estado de curación. Finalmente, ilustran el trabajo ejemplos esquemáticos de la evolución hemática.)

RESUMEN.

Se refieren las historias de siete enfermos tratados por sus manifestaciones psoriasicas con mostaza nitrogenada, con observación posterior, que alcanzó hasta cinco meses. Se consigna el efecto rápido que la medicación tiene sobre las manifestaciones cutáneas, observándose posteriormente recidiva de las mismas lesiones en algunos de ellos; en otros, el efecto terapéutico persiste después del tiempo indicado. Se considera la mostaza como la única medicación conocida general, de acción constante en la enfermedad. Se afirma, sin embargo, que dado el carácter de la medicación y los controles analíticos que es preciso realizar durante su administración, es una terapia que debe ser tan sólo aplicada en casos resistentes a la medicación tópica y en enfermos hospitalizados.

SUMMARY

Seven case histories are reported of patients with psoriasis treated with nitrogen mustard and followed up for a period of five months. The rapid effect of the drug on the condition of the skin is noted. A relapse occurred in some of the patients but in others the therapeutic improvement persisted for the above-mentioned period of time. Nitrogen mustard is considered to be the only known drug with constant effects in this disease. It is stressed, nevertheless, that bearing in mind the characteristics of this drug and the fact that analysis for control have to be carried out while it is administered, it is a therapy which should only be applied to cases resistant to topic drugs and in laying-in cases.

ZUSAMMENFASSUNG

Man berichtet über 7 Krankengeschichten, wo die Patienten wegen ihrer Psoriasisaffektionen mit Stickstoffsenf behandelt wurden; die Kontrollbeobachtungen belaufen sich auf 5 Monate. Man beschreibt die rapide Wirkung des Medikamentes auf die Hauterscheinungen, wobei in einigen Fällen Recidive der Häutlaesio-
nen beobachtet wurden, die jedoch in anderen Fällen ausblieben. Man glaubt, dass der Senf im Augenblick, das einzige, allgemeine, bekannte Heilmittel mit konstanter Wirkung bei dieser Erkrankung ist. Es wird jedoch zugegeben, dass diese Medikation ihres Charakters der analytischen Kontrolle während der Behandlung wegen einer Therapie ist, die nur bei ganz resistenten Fällen, bei totalem Versagen der topischen Mittel und bei Krankenhausbehandlung in Anwendung kommen sollte.

RÉSUMÉ

On mentionne les histoires de 7 malades traités par leurs manifestations psoriasiques avec de la moutarde nitrogénée, avec observation postérieure jusqu'à 5 mois. On consigne l'effet rapide que le médicament exerce sur les manifestations cutanées; postérieurement on observe une récidive des mêmes lésions chez certains malades; chez d'autres l'effet thérapeutique persiste après le temps indiqué. On considère cependant, qu'étant donné le caractère de la médication et les contrôles analytiques qu'il faut faire pendant son administration, c'est une thérapie qui doit être appliquée seulement dans les cas résistants à la médication topique et chez des malades hospitalisés.

ASPECTOS CLINICOS Y FISIOPATOLOGICOS DEL SINDROME ENDOCRINO-HEPATICO-CARDIACO

LUCIENS DE GENNES

Profesor de Patología General de la Facultad de París.
Miembro Extranjero de la Academia de Medicina de Buenos Aires.

H. BRICAIRE

Médico de los Hospitales de París.

I. BENZECRY

"Assistant Etranger" de la Facultad de París. Médico del Hospital Ramos Mejía, de Buenos Aires.

Facultad de Medicina de París.

Desde la identificación del síndrome endocrino-hepato-cardíaco por uno de nosotros, en 1935, hasta la actualidad, la literatura médica se ha enriquecido con numerosas observaciones que confirman las peculiaridades evolutivas del nuevo síndrome. Nuestra experiencia, por otra parte, se ha acrecentado también, y, gracias a un material clínico prolíjamente analizado, nos ha sido posible sentar el diagnóstico en casos esbozados, con pigmentación tenue, con la ulterior confirmación del laboratorio.

Los progresos realizados en estos últimos años en el estudio del metabolismo del hierro crean un nuevo centro de interés en torno de este síndrome, dando nuevas luces para el diagnóstico precoz. La difusión de la práctica de la punción-biopsia del hígado, las nuevas y precisas técnicas de dosificación del contenido férreo del suero, los estudios con hierro marcado radioactivamente, han dado solución a complejos problemas fisiopatológicos, ajustando cada vez más el círculo de las incógnitas patogénicas del síndrome, y nos permite presentar que no está lejana la hora de su dilucidación definitiva.

* * *