

RESUMÉ

Les auteurs signalent que de 51 cas d'arthrite rhumatoïde en activité étudiés, l'agglutination des globules rouges de bœuf sensibilisés est positive avec le sérum dans 40 cas; dans 6 elle est douteuse et dans 5 elle est négative. C'est une réaction donc avec un 90 % de positivité.

Parmi 10 malades avec rhumatisme aigu polyartériel seulement 2 donnèrent un résultat douteux et parmi 154 sérums normaux, seulement 5 donnèrent des réactions clairement positives; 2 asthmes bactériens et 3 sclérose en plaques.

On commente l'importance diagnostique et la signification de cette réaction dans l'arthrite rhumatoïde.

EL TRATAMIENTO DE LAS UVEITIS DE ETIOLOGIA IGNOTA CON MOSTAZA NITROGENADA *

E. RODA PÉREZ.

Clínica Médica Universitaria. Director: Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Desde que tratamos nuestro primer caso de uveítis, al que calificábamos de etiología ignota, ya que en él las exploraciones exhaustivas realizadas, tanto por oftalmólogos de la máxima competencia como por internistas, no pudieron revelar la etiología de tal proceso, hemos tratado hasta cinco casos más, seis en total, de los cuales en cinco podemos aportar, con toda suerte de detalles, su proceso evolutivo hasta el día de hoy, en respuesta al tratamiento con mostaza nitrogenada que hemos realizado. Los resultados extraordinariamente satisfactorios en todos ellos, menos en uno, por cierto excepcionalmente avanzado, nos inducen a exponerlos en detalle. No sólo hacemos tal, sino que revisamos minuciosamente, con las debidas garantías, la terapéutica con mostaza nitrogenada, su modo de conlleva para obtener con la misma el máximun de utilidad, evitando, como con otras medicaciones, sus posibles incidencias tóxicas.

Refiérese el primero de ellos a una paciente, C. T. H., de treinta y tres años de edad, casada, natural de Madrid, donde reside, de profesión peluquera. Fué observada por nosotros el 20 de noviembre de 1950. Refiere, en su anamnesis, que desde hace unos quince años empezó a sufrir una uveítis en el ojo derecho, sin que los oculistas que la observaron en distintas épocas hubieran podido discriminar su etiología. Las reacciones de Wassermann y complementarias fueron negativas, al igual que las pruebas tuberculinicas, etc. Así transcu-

rió el tiempo hasta que hace siete años, en evolución progresiva las molestias que aquejaba en el ojo derecho, se quedó sin vista, por espacio de tres o cuatro días, en el ojo izquierdo. Todo esto se acompañaba de dolores retro-oculares muy intensos, sin fiebre. Al cabo de este tiempo recuperó la visión en el ojo izquierdo, no quedándole otra molestia que una sensación de nube en el mismo. Continuó bien de este ojo hasta hace siete meses en que, bruscamente, sintió un dolor que, partiendo del espacio retro-ocular del lado izquierdo, se extendía a todo el reborde orbitario de este lado, irradiándose, por el pómulo, hasta el conducto auditivo externo próximo. Este dolor se acompañó de pérdida absoluta de la visión en el ojo afecto, con el que solamente percibía los bultos de las cosas, sin precisar más, a una distancia no superior a 10 metros. El dolor intenso le duró sólo unos días, desapareciendo después, si bien persistiendo, discretamente, una molestia dolorosa en la localización señalada. La visión, que tenía totalmente perdida en el ojo derecho desde hacía varios años, y la reiteración de los dolores del mismo en forma intolerable, aconsejó su enucleación, cosa que realizó el doctor ARRUGA. La visión ocular izquierda, única que le quedaba, fué afectándose progresivamente hasta el momento actual, en que no aprecia más que resplandores y, con gran dificultad, los contornos de las cosas, que percibe como sombras, sin precisar los límites de las mismas. Hace diez días se le repitió agudamente un dolor, semejante al descrito, que le duró tres días y desapareció. Un médico que la vió en ese momento le dijo que sus molestias eran de origen sifilítico. Le mandó tomar yodo y éstas acrecieron, sobre todo el dolor, en la forma que aún persiste. Hace dos semanas, estando en cama, sintió un dolor de cierta intensidad en la articulación de la rodilla derecha, sin fiebre ni signos locales inflamatorios: le duró tres o cuatro días y le desapareció tras una inyección cuyo nombre no recuerda. Nunca le han dolido otras articulaciones. Parestesias imprecisas por distintos sitios del cuerpo.

Antecedentes familiares: Padres, viven; la madre, reumática; siete hermanos, uno muerto de pequeño; el resto, sanos. El marido, vive, sano. El primer embarazo fué a término, pero con feto muerto; dos hijos, que viven, sanos. Antecedentes personales: Sarampión. Desde hace muchos años padece catarros nasales muy frecuentes que no se hacen descendentes. Cualquier olor fuerte, polvo, humos, corrientes de aire, etc., le hacen estornudar durante largo rato. Desde hace tres años, aunque continúa trabajando en la peluquería, no está en contacto con tintes ni con otros colorantes.

Exploración clínica: Trátase de una enferma regularmente constituida y nutrida, con buena coloración de piel y mucosas. Prótesis del ojo derecho. En el izquierdo apréciase, externamente, una gran congestión, con marcado relieve de la parte de los vasos y deformación sinequial del iris: pupila en midriasis y sinequia inferior, sin reacción alguna a la luz ni a la acomodación. Motilidad extrínseca ocular, normal. No hay nistagmus. Piel suave. Dermografismo, normal. Boca, dentadura y lengua, normales. Faringe, bien. Amígdalas, extirpadas. Cuello: No se palpan adenopatías ni hay saltos vasculares. Tiroides, no está aumentado. Tórax: Pulmones, normales. Corazón: Tonos normales, con refuerzo, discreto, del segundo tono en foco pulmonar. Tensión máxima, 12, y mínima, 8. Abdomen: Nada anormal. Hígado y bazo no aumentados. Sistema nervioso: Nada en pares craneales. Reflejos de extremidades, normales. Están ausentes los de las series patológicas. Sensibilidad, normal en todas sus cualidades. Percusión de cráneo, negativa.

Exploración articular: Existe una ligera crepitación rotuliana en ambas rodillas, no dolorosas. Las demás articulaciones son normales.

Radioscopia de tórax: Pulmones, normales. Corazón: Silueta, normal; pedículo vascular, normal. Mediastino posterior, libre. En todos los análisis que presenta la enferma, repetidos por distintos laboratorios, en diferentes fechas, en el curso de todos estos años, no se objetiva nada anormal referido a fórmulas leucocitarias,

* Trabajo presentado al Congreso Internacional de Reumatismo de Barcelona (24 sep. 1951) y en el XXIX Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana (Madrid, 1-5 octubre 1951).

recuentos globulares, series rojas, velocidad de sedimentación, reacciones de Wassermann y complementarias, intradermorreacción de Mantoux, glucemia basal, orina, etcétera.

Ni el oftalmólogo doctor LÓPEZ ENRÍQUEZ, ni otros eminentes oculistas que la habían observado en el largo curso de su enfermedad, pudieron filiar este proceso etiológicamente como consecuencia de los datos anamnésticos y de las exploraciones realizadas. Desde que en 1936, a los diecinueve años de edad, inició la uveitis del ojo derecho, había sido tratada, en diferentes épocas, con todos los tratamientos en boga: fototerapia, salicilatos, midriáticos, antilúéticos, tuberculina, etc., sin lograr mejoría apreciable y si sólo periodos de relativa calma, con pérdida casi total de la visión y crisis dolorosas intensas. El ojo derecho, como se ha dicho, hubo de ser extirpado por el doctor ARRUGA como consecuencia de los intensos dolores que padecía, y por recidiva de la uveitis izquierda, en 1950. La uveitis del lado izquierdo, que se inició en el año 1944, y que condujo a una pérdida casi total de la visión en este ojo, había sido tratada, aparte de con todo lo anteriormente referido, con 20 gramos de estreptomycinina sin resultado alguno, y sólo una mejoría tras la aplicación subconjuntival e intramuscular de 600.000 unidades de penicilina, que fué muy transitoria, presentándose a nuestra observación con una pérdida casi total de la visión de la que se apercebía cualquier persona (fué conducida a nuestra presencia del brazo de su marido y no pudo precisar datos sobre nuestra persona ni sobre las características más elementales de la habitación donde se hallaba). La evolución técnica del proceso ocular, ya que nosotros somos internistas, fué seguida con todo rigor, y periódicamente, por el oculista doctor LÓPEZ ENRÍQUEZ. Excluimos, desde el punto de vista para el que habíamos sido requeridos, y por lo que la enferma nos fué remitida por el especialista, el que existiese ningún trastorno ni alteración en el resto del organismo que no fuera el proceso ocular estricto. Las exploraciones realizadas en todos los órdenes no habían podido ayudar a poner el apellodo etiológico al proceso ocular de referencia, que colocaba al oculista en igual trance. Fué entonces, y por las razones que después señalaremos, cuando aconsejamos el tratamiento de esta paciente con mostaza nitrogenada, que por primera vez que sepamos, después de una búsqueda minuciosa de la literatura mundial, se realizaba en este tipo de procesos. Se le administraron cuatro inyecciones en los días 24 y 27 de noviembre y 1 y 16 de diciembre del año 1950. La dosis administrada en cada inyección fué de 5 mg.: 20 mg. en total.

En ningún momento obtuvimos ninguna reacción secundaria inmediata, ni general, ni local, en la zona de la inyección. Seguimos un riguroso control de sangre, como se demuestra en los análisis adjuntos. El primero, que podemos estimar basal, ya que se hizo el mismo día de la primera inyección, control de partida, acusaba: 10.000 leucocitos, 3.600.000 hematíes, 70 por 100 segmentados, 6 por 100 bastonados, 1 por 100 eosinófilos, 19 por 100 linfocitos y 4 por 100 monocitos. El segundo, realizado el 27 de noviembre de 1950, arrojaba: 8.200 leucocitos y 3.710.000 hematíes. Una fórmula similar a la anterior. El tercero, realizado el 1 de diciembre de 1950, dió: 6.400 leucocitos, 3.680.000 glóbulos rojos, 75 por 100 segmentados, 1 por 100 bastonados, 1 por 100 juveniles, 17 por 100 linfocitos y 6 por 100 monocitos. El realizado el 16 de diciembre de 1950 dió: 70 por 100 segmentados, 2 por 100 eosinófilos, 20 por 100 linfocitos y 8 por 100 monocitos. Los leucocitos habían descendido a 3.700 y los hematíes eran 3.360.000. El realizado con fecha 26 de diciembre de este mismo año, diez días después de la última inyección de mostaza, daba: 3.200 leucocitos, 4.200.000 glóbulos rojos, 3 por 100 cayados, 65 por 100 segmentados, 3 por 100 eosinófilos y 29 por 100 linfocitos. En los intervalos, sobre todo entre la penúltima y la última inyección de mostaza nitrogenada, y después de la misma, se realizaron tres transfusiones de sangre de 300 cm³ cada una con objeto de reponer, en lo posible, el efecto mielotóxico que dicha sustancia

ejerce sobre la médula ósea, sobre todo en lo que al número de leucocitos se refiere, y dentro de éstos a los de la serie neutrófila (peligro de púrpura con cuadro de agranulocitosis leucopénica). Con el mismo fin, y desde el principio del tratamiento, suministramos una dieta hiperproteica y rica en factores del complejo B₂, C, etcétera, que administrábamos también aisladamente a dosis fuertes, complementadas por un preparado a base de "pentanucleótido".

El resultado, subjetivo y objetivo, de este tratamiento, comenzó a notarse de una manera rápida aun en el curso del mismo, y sobre todo en los días que siguieron a su terminación, siendo ya extraordinario desde mediados de diciembre y conservando plenamente la gran mejoría obtenida hasta la fecha de hoy, casi once meses después de terminado este tratamiento. Esta enferma ha sido observada ocularmente, repetidas veces, en el transcurso de este tiempo, por el oftalmólogo doctor LÓPEZ ENRÍQUEZ, y asimismo, en dos ocasiones sucesivas, con varios meses de intervalo, en la Sociedad Oftalmológica de Madrid por el profesor CARRERAS, doctores MARÍN AMAT, ARJONA TRAPOTE, MARIO ESTEBAN, SASTRE MARTÍ y otros, así como en el Servicio Universitario del primero, bastante de los cuales la habían tenido previamente bajo su observación. Todos coinciden en que se ha logrado, con la terapéutica seguida, una extraordinaria mejoría, alcanzando una visión de un tercio con los cristales correctores. Los dolores y la inyección ocular disminuyeron extraordinariamente, hasta el punto de que aquéllos han desaparecido y ésta casi totalmente. Persisten los precipitados en la cara posterior de la córnea y las secuelas de los repetidos ataques sufridos: sinequias posteriores y opacidades del vítreo, que impiden ver bien el fondo ocular.

La última exploración de esta paciente, realizada hace pocos días, muestra en su cuadro hemático: 3.680.000 glóbulos rojos, 82 por 100 de hemoglobina, 1,12 de valor globular. Anisocitosis ligera y algún macrocito policromatófilo. El índice de sedimentación, 8,25; 4.400 leucocitos, 64 segmentados, 6 cayados, 7 eosinófilos, 21 linfocitos y 2 monocitos. La médula esternal daba: mieloblastos, 2; promielocitos, 4; mielocitos, 28; metamielocitos, 28; cayados, 18; segmentados, 7; eosinófilos, 4; linfocitos, 8; monocitos, 1. Esto en 100 formas de la serie blanca. De la serie retotelial existían: retotelocitos granulados, 1; ídem macrolinfoides, 3 por 100; ídem microlinfoides, 2 por 100; ídem histiocitarios, 2 por 100; plasmacitos, 4. Total, 12 por 100. De la serie eritrocítica: eritroblastos basófilos, 2; ídem policromatófilos, 3; normoblastos, 19; normoblastos ortocromáticos, 3. Total, 27 por 100. El esternón aparece blanco. La médula abundante, de aspecto algo heterogéneo: unos copos más finos y pálidos y otros medianos, más morenos. Grasa marcadamente aumentada. Celularidad ligeramente aumentada. Megacariocitos aumentados, maduros.

Este mielograma, y el cuadro hemático, muestran la inocuidad del tratamiento realizado después de transcurrido un cierto tiempo y asimismo, de forma inmediata y mediata, cuando se hace con el debido control hemático y una terapéutica mieloprotectora.

La última exploración ocular, realizada en la clínica del profesor CARRERAS hace pocos días, demuestra la existencia de un ligerísimo Tyndall. Sinequia posterior en sector inferior de la pupila. En el fondo del ojo se aprecia algún foco corioideo evolucionado, pero no pigmentado. Visión igual a 1/25, con agujero estenopeico 1/16. Agudeza visual, 2/5. Es miope. La enferma, en el momento actual, trabaja en su oficio normalmente y no presenta molestias subjetivas de ningún orden.

El caso segundo se refiere a una joven, C. D., de veinte años de edad, soltera, de Madrid, sus labores, domiciliada en Escosura, núm. 8. Observación, el 21 de febrero de 1951.

Su anamnesis data de dos años, y dice que cuando cosía notaba cierto lagrimeo sin cefaleas, el cual desapareció con el uso de gafas. Hace trece meses empezó a notar nieblas, en el campo visual del ojo izquierdo, con mayor intensidad y facilidad si agachaba la cabeza, pasándose al cabo de algunos minutos. Hace unos dos me-

ses ha empezado a notar igual sensación en el ojo derecho, en tanto que las nubosidades del izquierdo se han hecho permanentes. Las pupilas se han dilatado y deformado. Perdió el apetito y adelgazó 9 kilogramos en dos meses, recuperándose algo con un tratamiento dietético, de calcio, etc. Tiene un dolor espontáneo en el hombro derecho, que no se hincha, y sin relación con el movimiento. Le han extirpado las amígdalas, pensando que ellas constituían un foco séptico en relación con su enfermedad actual. Nada que señalar por parte de los demás órganos y aparatos.

Entre los antecedentes familiares es de resaltar que la madre tuvo varios abortos, no sabe cuántos ni de cuántos meses, intermedios entre los cuatro hermanos que viven, sanos. La enferma tuvo, a los nueve años, una infección intestinal que le duró mes y medio.

La exploración clínica mostraba que estaba regularmente constituida, bien nutrida y con desarrollo armónico. Buena coloración de piel, conjuntivas y mucosas. Manos frías, acrocianóticas. En la boca faltaban algunas piezas. La faringe, normal. En los ojos se observaba una marcada inyección ciliar y conjuntival, más acusada en el ojo izquierdo. Las pupilas, deformes. La percusión y auscultación torácica eran normales. Los tonos cardíacos, normales: 84 pulsaciones rítmicas. Tensión arterial máxima, 13,5, y mínima, 10. Abdomen, nada anormal. Reflejos normales, pero vivos. Exploración articular, normal.

A rayos X, en el tórax, nada fundamental que señalar. El examen hemático mostraba: 4.300.000 hematíes, 32 por 100 de hemoglobina, 0,95 de valor globular. Índice de sedimentación, 15,5, 5.200 leucocitos, 60 segmentados, 4 cayados, 2 eosinófilos, 29 linfocitos y 5 monocitos. El examen de orina era rigurosamente normal. Las reacciones de Wassermann y complementarias eran negativas. El estudio del dintel tuberculínico daba lo siguiente: Tuberculina diluida al 1/100.000, resultado negativo; al 1/10.000, negativo; al 1/1.000, positivo débil (+). La glucemia basal, de 0,88 g. por 1.000, era normal. El estudio ocular fué realizado, antes y después del tratamiento con mostaza nitrogenada, por el profesor TENA YBARRA (Instituto Oftálmico Nacional) y en los Servicios del profesor CARRERAS, Facultad de Medicina (doctores BARTOLOZY y LEOZ). Antes del tratamiento, en enero de 1950, daba: AV/OI=1/10 (difícil), OD=1/2 E. de Wecker.

Biomicroscopia: OI=iris inflamado, sin gran hiperemia. Dilatación del estroma iridiano. Sinequias posteriores profundas, apreciándose, previa dilatación atropínica, la pupila en forma de "hoja de trébol". Exudados en campo pupilar, con restos de pigmento en cristaloides anterior. Turbidez de vítreo difusa y flóculos flotantes. OD= no se aprecia más que una ligera turbidez del vítreo (hialitis). No existen sinequias.

Se le practica un tratamiento con mostaza nitrogenada, inyectándole 5 mgs. por dosis, vía intravenosa, en los días 2, 6, 13, 20 y 28 de marzo de 1951. La inyección de esta droga se siguió, a las pocas horas, de náuseas y vómitos de lo ingerido poco antes. Esto se acompañaba de inestabilidad gástrica en los días inmediatos, y, en general, durante todo el tratamiento, sin que repercutiese apenas sobre el estado general. Esta pequeña perturbación digestiva pasó totalmente, aproximadamente, a los diez días, una vez terminado el tratamiento, sin dejar reliquias.

En sangre periférica, para control del tratamiento con mostaza, obtuvimos los siguientes resultados: 6 de marzo de 1950: hematíes, 4.090.000; leucocitos, 5.050; eosinófilos, 2; bastonados, 4; segmentados, 70; linfocitos, 20, y monocitos, 4. Esto a los cuatro días de la primera inyección. El día mismo en que se hizo la tercera administración de mostaza tenía: 4.120.000 hematíes, 4.900 leucocitos y una fórmula similar a la anterior. El día mismo en que se administró la última dosis tenía: 3.960.000 glóbulos rojos, 4.400 leucocitos y fórmula leucocitaria equiparable a la anterior. A los seis días de terminado el tratamiento había: 3.700.000 glóbulos rojos, 80 por 100 de hemoglobina, 1,06 de valor globular, anisocitosis ligera y algún macrocito policromatófilo.

El índice de sedimentación era de 32,5, 2.900 leucocitos, de ellos, 17 cayados, 54 segmentados adultos, 5 eosinófilos, 15 linfocitos y 9 monocitos; 216.000 plaquetas por mm^3 . El tiempo de protrombina (Quick) = 100×100 . Al mes de terminado el tratamiento existían: 4.160.000 hematíes, 75 por 100 hemoglobina, 0,90 valor globular. Anisocitosis ligera. Índice de sedimentación, 27,5; 3.900 leucocitos, 60 segmentados, 3 cayados, 3 eosinófilos, 25 linfocitos y 9 monocitos.

El mielograma, realizado a los cuatro días de terminado el tratamiento, mostraba: en la serie blanca, 2 mieloblastos; 2 promielocitos, 17 mielocitos, 25 metamielocitos, 20 cayados, 12 segmentados, 8 eosinófilos, 11 linfocitos y 3 monocitos. En la serie retotelial había: 4 retotelocitos macrolinfoides, 5 microlinfoides, 2 histiocitarios y 4 plasmacitos; total, 15 por 100. De la serie eritroblástica había: 5 eritroblastos basófilos, 11 policromatófilos, 19 normoblastos policromatófilos y 3 normoblastos ortocromáticos; en total, 38 por 100. A la punción, la médula se mostraba en escasos copos, de aspecto normal, con grasa marcadamente aumentada. La celularidad, ligeramente disminuida. Los megacariocitos, normales.

A la terminación del tratamiento, unos días después (doctores TENA YBARRA y BARTOLOZY), dan el siguiente informe de visión:

$$\text{A. V. } \left\{ \begin{array}{l} \text{OI} = 1/3 \\ \text{OD} = 2/3 \end{array} \right\} \text{ E. de Wecker.}$$

En el ojo izquierdo se aprecia una acusada mejoría de su agudeza visual, habiendo desaparecido la inflamación del iris, con reabsorción de los exudados del vítreo, aunque todavía existen algunos flóculos flotantes que han disminuido extraordinariamente de tamaño. Las sinequias del iris persisten. En el ojo derecho ha desaparecido la turbidez del vítreo. Al mes se ha acrecentado aún la mejoría de este cuadro. Esto mismo se comprobó en sesión de la Sociedad Oftalmológica de Madrid por los doctores MARÍN AMAT, ARJONA TRAPOTE, MARIO ESTEBAN, LÓPEZ ENRÍQUEZ, SASTRE MARTÍ, etc. En el momento actual, finales de septiembre, se mantiene toda la mejoría obtenida.

El tercero de nuestros casos se refiere a M. M. C., mujer, de treinta y ocho años de edad, casada, de Zaragoza, sus labores, radicada en Madrid, Alenza, 26. Fué observada por nosotros el 20 de febrero de 1951.

Su anamnesis es como sigue: Desde hacía seis meses tenía un dolor en la región frontal y superciliar derecha de carácter constante y cuya intensidad variaba de unos días a otros, siendo a veces muy intensos. A partir de este momento comenzó a notar pérdida de visión en el ojo derecho, y al cabo de una semana notó la aparición de fosfenos y opresión ocular en el mencionado ojo. Un mes después de la aparición de sus dolores éstos disminuyeron y la pérdida de visión se estabilizó. Posteriormente, hace dos semanas, ha notado como "moscas volantes", quedándole después una sensación como si tuviese, dentro del ojo, un "a modo de diafragma", que se abriese y cerrase caprichosamente. En la actualidad ve los objetos borrosos con el ojo derecho, pero percibe los contornos. Por lo demás, sólo es resaltable que ella es de temperamento muy nervioso y propenso al mareo, de siempre. Palpitos precordiales y disnea de esfuerzo. Comenzó a reglar a los diez años, y es, de siempre, oligomenorreica.

Los antecedentes familiares carecen de interés. Ha padecido catarros con frecuencia y hace cuatro años la diagnosticaron de litiasis renal, no habiendo vuelto a tener desde entonces molestia alguna.

En las exploraciones se la encuentra regularmente constituida, bien nutrida, con engrasamiento más marcado de hipogastrio y raíces de muslos. Piel, bien coloreada. Inyección ciliar, marcada del lado derecho. Gingivitis y sarro dentario. Amígdalas, engastadas. Pulmones, normales. Corazón, normal: 74 pulsaciones rítmicas. Tensiones arteriales de 12 y 9, respectivamente. En abdomen, nada anormal.

Reflejos, normales. Percusión de cráneo, negativa. No tiene nada auricular. La inyección ciliar es muy mar-

cada en el ojo derecho. La pupila izquierda, de forma normal, reacciona bien y la derecha está atropinizada.

La exploración de rayos X (tórax) es rigurosamente normal para pulmones y corazón. Las reacciones de Wassermann y complementarias son negativas. La de Mantoux es negativa. La glucemia basal es de 0,79 g. por 100. El electrocardiograma es expresivo de la existencia de una miocardiopatía de poco relieve.

El informe ocular (profesor TENA YBARRA) muestra: en el ojo derecho, irido-ciclitis con sinequias posteriores, apreciándose precipitados en la membrana de Descemet y turbidez del vítreo (con hialitis), no siendo visible el fondo del ojo. Su visión es de 1/10 (E. DE MÁRQUEZ). El ojo izquierdo es normal, con visión = 1.

El diagnóstico ocular sugiere que se trata de una "iritis difusa metastásica, de probable origen reumático", en el ojo derecho.

El cuadro hemático, sangre periférica, es de 4.380.000 glóbulos rojos, 92 por 100 de hemoglobina, 1,05 valor globular. Índice de sedimentación, 8,6; 6.200 leucocitos, 52 segmentados adultos, 4 cayados, 1 eosinófilo, 37 linfocitos y 6 monocitos.

Se le realiza un tratamiento con mostaza nitrogenada, a razón de 5 mg. por inyección, en los días 3, 6, 10 y 14 de marzo de 1951. Existe una tolerancia perfecta inmediata a la inyección de esta droga.

El día 10 de marzo, el mismo de la tercera inyección, tiene 3.920.000 hematíes y 6.050 leucocitos. Cuatro días después, el mismo día de la cuarta, hay 3.620.000 hematíes, 82 por 100 hemoglobina, 1,13 valor globular, anisocitosis marcada, con predominio de macrocitos, algunos policromatófilos. El índice de sedimentación es de 20,5, 2.150 leucocitos, 73 segmentados, 10 cayados, 3 eosinófilos, 1 basófilo, 7 linfocitos y 6 monocitos. El 28 de marzo, catorce días después de la última inyección, tenía: 4.260.000 hematíes, 81 por 100 hemoglobina, 0,95 valor globular, anisocitosis ligera, con algún macrocito policromatófilo. Leucocitos, 4.400; 71 segmentados y 12 cayados, 4 eosinófilos, 10 linfocitos y 3 monocitos.

Al mes y medio de terminado el tratamiento tenía: 3.620.000 hematíes, 81 por 100 hemoglobina, 1,12 de valor globular, anisocitosis ligera, con presencia de algún macrocito. Índice de sedimentación, 21; 3.750 leucocitos, 66 segmentados, 13 cayados, 2 eosinófilos, 9 linfocitos y 10 monocitos; 170.000 plaquetas por mm³. Tiempo de protrombina (Quick), 100 X 100. El mielograma, realizado a los veinte días de la última inyección de mostaza, mostraba, en la serie blanca, 2 mieloblastos, 3 promielocitos, 24 mielocitos, 25 metamielocitos, 12 cayados, 9 segmentados, 16 eosinófilos, 3 linfocitos y 1 monocito. En la serie reticulada, 3 reticulocitos macrofocitos, 5 microlinfocitos, 1 histiocitario y 1 plasmático; total, 10 por 100. En la serie eritroblástica, 4 eritroblastos basófilos, 5 policromatófilos, 32 normoblastos policromatófilos y 6 ortocromáticos; total, 47 por 100. Había, al hacer la punción, un grueso panículo adiposo, flácido, preesternal. Esternón muy blando. Médula muy abundante en grumos medianos y gruesos de color normal, algo oscuros. Consistencia media y grasa bastante aumentada. Celularidad marcadamente aumentada. Megacariocitos, ligeramente aumentados, maduros.

A la semana de empezado el tratamiento, el informe ocular (profesor TENA YBARRA) mostraba:

A. V. { OD = dedos a 1/2 metro.
OI = dedos a 2/3 E. de Wecker.

Biomicroscopia del ojo derecho: Iris inflamado, con gran hiperemia; sinequias posteriores del mismo en los cuadrantes superior e inferior del lado temporal. Exudados en cámara anterior. Depósitos de fibrina y pigmento en la cápsula anterior del cristalino. Finos precipitados en la membrana de Descemet. Ojo izquierdo, normal. A la terminación del tratamiento, quince días después, la visión era:

A. V. { OD = 1/2. }
OI = 2/3. } E. de Wecker.

La biomicroscopia en el ojo derecho muestra que han desaparecido los fenómenos inflamatorios del iris, no

existiendo exudados en la cámara anterior. Persisten las sinequias y los restos de pigmento en la cristaloides anterior. Siguen los precipitados en la membrana de Descemet. A esta paciente, al igual que a la anterior, se le transfundieron durante el tratamiento, intercaladamente, en fracciones de 300 cm³, 900 en total de sangre; de ellos, 200 cm³ de glóbulos el día de la última inyección.

La evolución de esta paciente, hasta finales de septiembre último, ha sido excelente, manteniéndose subjetiva y objetivamente toda la gran mejoría obtenida en todas sus partes.

La cuarta de nuestras pacientes es una mujer, C. R. F., de treinta y cuatro años de edad, casada, natural de Aranjuez, domiciliada en la Carretera de Andalucía, 28. Fué observada por nosotros el 30 de marzo de 1951. Su proceso, muy antiguo, databa de quince años. En esta fecha, y estando previamente bien, comenzó perdiendo visión en el ojo izquierdo, notando, al tiempo, como "moscas volantes", que se le interponían ante su campo visual. Progresivamente fué perdiendo visión hasta que, al cabo de tres años, comenzó por el otro ojo en forma idéntica. Este cuadro ha acrecido en forma progresiva y gradual durante todo este tiempo, y en la actualidad, aunque percibe los contornos, ve los objetos muy borrosos. Nota, de vez en cuando, como una fuerte iluminación que aparece y desaparece instantáneamente, ocurriendo esto en uno u otro ojo, indistintamente. Desde el comienzo de su proceso ha notado dolor a la presión en ambos globos oculares. Nada de otros órganos ni aparatos. Tan sólo es digno de resaltar la existencia de una dismenorrea, con oligomenorrea, de siempre. Sus antecedentes familiares y personales carecen de interés.

En la exploración tratase de una paciente regularmente constituida, pícnica, no pura, con engrasamiento marcado de todo el tronco y vientre prominente. Manos sudorosas. Hirsutismo de mejillas y labio superior. Inyección ciliar, muy marcada, sobre todo en el ojo izquierdo. Dentadura muy descuidada. Implantación irregular de incisivos. Faringe, normal. Los pulmones son normales. El corazón, normal: 84 pulsaciones rítmicas. Tensión arterial máxima, 12,5, y mínima, 8,5. En abdomen, nada anormal.

La pupila derecha aparece deformada, con sinequias inferiores y ovalada, reaccionando poco a la luz. La pupila izquierda ha desaparecido prácticamente y subsisten dos pequeños orificios, rígidos a la luz, de pequeño tamaño y separados entre sí por un tractus pigmentado. Hay dolor a la presión en el ojo izquierdo. La exploración radiológica del tórax es rigurosamente normal. La reacción de Wassermann y complementarias son negativas. El examen de sangre muestra 4.360.000 glóbulos rojos, 93 por 100 hemoglobina, 1,06 de valor globular. El índice de sedimentación es de 14,75. Leucocitos, 6.200; 61 segmentados, 5 cayados, 2 eosinófilos, 28 linfocitos y 4 monocitos. El examen de orina es rigurosamente normal. El dintel tuberculínico, iniciado con diluciones de tuberculina al 1/1.000.000, sólo es positivo débil a la dilución de 1/10.000. La glucemia basal, de 1,05 g. por 1.000, es rigurosamente normal.

El informe de ojos (profesor CARRERAS) dice: Uveitis bilateral muy antigua, con oclusión y reclusión pupilar en el ojo izquierdo y coloboma quirúrgico del iris. A las ocho horas es todavía imposible ver el fondo en este ojo. En el ojo derecho presenta sinequia posterior casi total. A las ocho horas el fondo se precisa muy turbio a causa de la turbidez del vítreo y cuerpos flotantes del mismo. En este ojo la pupila es normal.

Se le instituye un tratamiento con mostaza nitrogenada, practicándosele inyecciones de 5 mg. sucesivas con siete días de intervalo, cinco en total, durante el mes de abril del año actual. Tolerancia perfecta. El cuadro hematológico, para resumir, al terminar la serie, era de 3.920.000 hematíes, 79 por 100 hemoglobina y 1,05 de valor globular. Anisocitosis ligera. El índice de sedimentación era de 33,5, 4.000 leucocitos, 73 segmentados y 13 cayados, 11 linfocitos y 3 monocitos.

Las exploraciones oftalmológicas, realizadas por los profesores TENA YBARRA, CARRERAS y doctor AGUIRRE a

la terminación del tratamiento y dos meses después, de acuerdo con sus sensaciones subjetivas, no mostraron mejoría alguna apreciable. Esta paciente, observada también en la Sociedad Oftalmológica, tampoco mostró mejoría alguna estimable.

Refiérese el quinto caso a una enferma, A. C. H. V., de cuarenta y siete años de edad, casada, de Zamora, sus labores, domiciliada en Madrid, Jaime Vera, 16.

A los siete años tuvo sarampión, quedándole después unas ulceraciones corneales que le producían gran dolor. A partir de entonces fué perdiendo visión en el ojo derecho en forma progresiva y gradual hasta los veinte años de edad, en que le recomendaron la enucleación de dicho ojo, operación que le fué practicada. En el ojo izquierdo no perdió visión por entonces ni después. Pero desde hace un año comenzó a notar que perdía vista y le recomendaron unas gafas. Hace un mes se le presentaron, repentinamente, "moscas volantes y fosfenos", notando ya una manifiesta pérdida de visión, hasta el punto de que, en el momento actual, ve los objetos muy borrosos. Desde que ha tenido este último accidente tiene cefaleas grabativas muy intensas, superciliares, en el lado izquierdo. Nada por parte de otros órganos ni aparatos. No existen antecedentes personales ni familiares dignos de resalte.

Observamos, a la exploración, una enferma regularmente constituida, engrasada universalmente y sobre todo en el hipogastrio (abolsado). La conjuntiva está muy inyectada y asimismo existe una inyección ciliar muy marcada. Faltan bastantes piezas dentarias. Pulmones, normales. Corazón, normal: 84 pulsaciones rítmicas. Tensiones arteriales de 9,5 máxima y 5,5 mínima. En abdomen, nada anormal. Reflejos, normales. La pupila izquierda aparece discretamente irregular, sobre todo a expensas de su borde inferointerno, con aspecto de sinequia. La exploración radiológica del tórax sólo muestra una hipertrofia discreta del ventrículo izquierdo con pedículo vascular discretamente ensanchado y espacio retrocardíaco libre. El examen de sangre mostraba 4.340.000 glóbulos rojos, 89 por 100 de hemoglobina, 1,03 de valor globular. Índice de sedimentación de 28,75, 6.300 leucocitos, 42 segmentados, 1 cayado, 1 eosinófilo, 1 basófilo, 53 linfocitos y 2 monocitos. El examen de orina es rigurosamente normal. La glucemia basal, de 1,14 g. por 1.000, es prácticamente normal. Las reacciones de Wassermann y complementarias son negativas.

La exploración ocular (profesor TENA YBARRA) muestra: en el ojo derecho, prótesis ocular (globo enucleado); en el ojo izquierdo, uveítis del segmento anterior. Iris inflamado y congestivo, con sinequias múltiples. Exudados en cámara anterior y turbidez de vítreo; fondo de ojo, no visible. A. V. = bultos a 25 cm.

Se instituye un tratamiento con mostaza nitrogenada, cinco inyecciones, una cada siete días, cuatro en total, que se practican durante el mes de junio. El cuadro hemático en el curso y después del mismo fué como sigue: el 14-VI-51 tenía 4.980.000 glóbulos rojos y 8.850 leucocitos. El 18-VI-51 tenía 4.980.000 glóbulos rojos y 8.100 leucocitos. El 22-VI-51 tenía 4.500.000 glóbulos rojos y 7.850 leucocitos. El 30-VI-51 tenía 3.380.000 glóbulos rojos y 6.800 leucocitos. Se le practica una transfusión de sangre de 300 cm³. El 11-VII-51 tenía 4.320.000 glóbulos rojos y 5.900 leucocitos. El 30-VII-51, al mes de terminado el tratamiento, tenía: 4.040.000 glóbulos rojos, 78 por 100 de hemoglobina, 0,97 de valor globular. Ligera anisocitosis. Índice de sedimentación = 70, 4.600 leucocitos, 63 segmentados y 3 cayados, 3 eosinófilos, 29 linfocitos y 2 monocitos.

El informe oftalmológico, realizado en la mitad del tratamiento por el profesor TENA YBARRA, mostraba proceso de iritis con sinequias posteriores y discreta turbidez del vítreo. La agudeza visual es de V = 1/4 (escala de Wecker), previa corrección de su miopía. Una tercera exploración, realizada al mes de finalizado el tratamiento, mostraba en el ojo afecto persistencia de las sinequias posteriores de iris, en cuadrante nasal inferior. Han desaparecido totalmente los fenómenos inflamatorios del iris. No se aprecian exudados en la cámara anterior ni turbidez del vítreo. El fondo de ojo es visible,

apreciándose lesiones ligeras de corio-retinitis miópica. La agudeza visual, corregida su miopía con cristales, es de 1/2 de la E. de Márquez.

La enferma, subjetivamente, se encuentra extraordinariamente mejorada y dice ver infinitamente mejor, en perfecta congruencia con lo objetivado, que lo hacía cuando empezó su tratamiento.

Una sexta enferma es M. T. A., de diecisiete años de edad, soltera, de Madrid, donde reside. Observada el 16 de mayo de 1951.

En su anamnesis consta que hace un año aproximadamente, y de pronto, notó un día, al levantarse, que había perdido visión con el ojo izquierdo, con el que veía nubosamente. Esta pérdida de vista, al principio, no fué muy acentuada y no se acompañó de ningún otro síntoma. Pero a los dos meses se acentuó más y se acompañaba de dolor en ambas sienes y visión de moscas volantes. Sufrió oscilaciones, pero siempre veía los objetos turbios y borrosos. Esto no coincidía con nada a que pudiera achacar. La nubosidad ha aumentado poco a poco hasta hace un mes, en que la pérdida de visión ha llegado a ser casi total, acompañándose alguna vez de un dolor profundo, poco intenso, en el globo ocular con cefaleas, localizadas en sienes y visión de "moscas volantes". Algunas mañanas notó que le llora el ojo, pero con poca intensidad. Desde hace un mes viene notando parecidos fenómenos en el ojo derecho, pero aquí menos acentuados. No existen antecedentes valorables personales ni familiares, salvo un catarro bronquial tenido en diciembre último.

Trátase de una enferma regularmente constituida y nutrida con buena coloración de piel y mucosas. Inyección ciliar manifiesta, más marcada en el ojo izquierdo, con inyección conjuntival. Adenopatías, de tipo banal, en el cuello. Pulmón y corazón, normales. Tensión arterial máxima, 11,5, y mínima, 5,5. Abdomen, nada anormal.

El cuadro hemático presentaba 4.200.000 glóbulos rojos, 84 por 100 de hemoglobina y 1 de valor globular. El índice de sedimentación, 28,5; 5.450 leucocitos, 58 segmentados, 12 cayados, 2 eosinófilos, 23 linfocitos y 5 monocitos. La orina, rigurosamente normal. Las reacciones de Wassermann y complementarias, negativas. La tuberculin reacción (Mantoux), positiva al 1 por 10.000. La glucemia basal, de 0,89 g. por 1.000. Radioscopia de tórax: hilos indurados, callosos. El informe ocular (profesor CARRERAS) muestra en el ojo derecho depósitos en Descemet; Tyndall, ligero. Restos de membrana pupilar en cristaloides anterior. El fondo de ojo se ve mal por la turbidez de los medios transparentes. El ojo izquierdo se muestra con depósitos muy discretos en Descemet. Sinequia posterior. Tampoco se ve claro el fondo del ojo. Visión: ojo derecho = 1/4; ojo izquierdo = 1/6.

Se inicia tratamiento con mostaza nitrogenada y se le inyectaron 5 mg. cuatro veces consecutivas, con siete días de intervalo, sin que se apreciase durante el mismo alteraciones valorables de ningún orden. El cuadro hematológico se comportó similarmente a los anteriores en todas sus partes. Se le practicaron dos transfusiones de sangre de 300 cm³ cada una. Al mes de terminado el mismo tenía: 4.090.000 glóbulos rojos y 5.000 leucocitos. Índice de sedimentación, 30. Subjetivamente, había mejorado excepcionalmente. En el fondo del ojo (doctor TENA YBARRA) se comprueba una desaparición total de la turbidez de los medios transparentes y una reabsorción muy marcada de los depósitos de la membrana de Descemet en ambos ojos, percibiéndose claramente el fondo del ojo. Persiste la sinequia posterior señalada en el ojo izquierdo.

CONSIDERACIONES.

Cuando los oculistas observaban este tipo de afecciones de la úvea y no les era asequible una filiación etiológica precisa: tuberculosa, luética, claramente reumática, focal, inmediata

o metastásica a un foco séptico, etc., se inclinaban en principio, excluida también cualquiera otra afectación del estado general: infecciosa, tóxica o metabólica, etc., a interpretar este tipo de casos como de probable etiología reumática. En este sentido eran todos estos casos tratados sistemáticamente después de agotar, casi siempre, todos los tratamientos en boga: tuberculínicos, salicílicos, proteinterápicos, antiluéuticos, etcétera, con antibióticos locales o generales, o ambos a la vez, bien sean sulfamídicos, o penicilínicos, o estreptomycinicos, etc.

Cuando la primera de estas pacientes nos fué remitida por el oftalmólogo para que coadyuvásemos como internistas al esclarecimiento de la probable etiología del proceso ocular, o de sus posibles influjos por otras eventuales causas patógenas, extraoculares, una vez convencidos de la ausencia total de estos factores, se nos ocurrió, por primera vez que sepamos en la literatura mundial, tras minuciosa búsqueda en ésta, el tratamiento de este primer caso con mostaza nitrogenada. Su brillantísimo resultado nos animó para la prosecución de este tipo de terapéutica en casos similares, y los resultados de la misma, igualmente alentadores, son los que acabamos de exponer.

En principio, aquella decisión nuestra fué sugerida por la reflexión de que la úvea, membrana vasculo-conjuntiva del ojo, de estirpe angio-mesenchimal por excelencia dentro de este órgano, hallábase afecta de hecho por una inflamación crónica de indudable naturaleza infecciosa, aunque ésta no haya sido hasta el presente filiada y cuyo carácter histopatológico, no específico, era homologable y equiparable al que caracteriza aquel amplio grupo de procesos a los que, en términos genéricos, se definen hoy como "enfermedades del colágeno". (KLEMPERER y cols., BAEHR, etc.): enfermedad reumática, artritis reumatoide, reteteliosis reumáticas, dermatomiositis, lupus eritematoso, esclerodermia, periarteritis nudosa, asma bacteriano, tromboangitis obliterante, etc. Es decir, que podríamos enfocar el tratamiento de este proceso con un criterio conceptual similar al de aquéllos. Es bien sabido, por los estudios de estos últimos años, que todas estas enfermedades, con seguridad de etiología distinta, aunque desconocida y de abolengo genuinamente infeccioso, coincidirían en un hecho común: las lesiones que abocarían a la degeneración fibrinoide y a la hiperplasia fibrosa dentro de las características de la hoy llamada "enfermedad del colágeno". Esto acontecería a través de un mecanismo de reacción similar, es decir, "disreactivo" por ser patológico, y que sería justamente semejante o identificable al que se pone en juego a través de lo que SELYE, experimentalmente, designó con el término de "síndrome de adaptación". Es decir, imposibilitada la terapéutica causalista o etiológica, se intentaría la que posibilita la interferencia del ca-

mino o evolución, que se traduce en la realización de la enfermedad lesional. En realidad, en similar concepto, se base el empleo hecho por ciertos autores en casos análogos a los que aportamos aquí con las hormonas Cortisona y ACTH. Una serie de aspectos que, en primer lugar, se refieren al difícil y costoso logro de estas drogas, y en segundo lugar, a la forma de comportarse en la terapéutica y a su no falta de inocuidad nos ha acuciado más al empleo de esta terapéutica. En el momento actual, unos más (SLOCUMB, COPEMAN, HAMBURGER, WITTICH, etcétera) y otros menos, nosotros mismos en algunos casos con otros autores españoles, hemos podido comprobar, con respecto a estas drogas, los siguientes hechos: en primer lugar, el requerimiento de una dosis óptima para la terapéutica del proceso en cuestión que, siendo eficaz para éste, no produzca ninguna de las incidencias de intolerancia descritas, que puede llegar a ser de la mayor importancia: generación de un síndrome de Cushing con sus posibles secuelas de osteoporosis e incluso fracturas espontáneas, etc., como se ha descrito; producción de hirsutismo y trastornos menstruales profundos en las mujeres; afectación y trastornos humorales, referibles, principalmente, al equilibrio hidroiónico de los humores celular y tisular, así como hemático, etc. Esto, unido al hecho de que, en la mayor parte de los casos, la recidiva del proceso fundamental no se hace esperar y obliga a dosis de mantenimiento, que hay que tantear para cada caso, y que obligan a una terapéutica casi continua. Hasta tal punto es esto cierto que el propio COPEMAN sostiene que en el reumatismo, para evitar las incidencias tóxicas de estas drogas, hay que procurar mantener ese difícil equilibrio que consiste en para no pasarse en la dosificación de la droga, tolerar que el paciente, en el caso de la artritis reumatoide, no deje de ser "totalmente reumático" con tal de que se recupere funcionalmente lo imprescindible. Es, en suma, contentarse con una especie de "vigencia de la enfermedad", si bien en un grado mínimo o al menos tolerable. Esto constituye, ya de por sí, una seria objeción junto a las otras resaltadas, o al menos una gran desilusión al optimismo excesivo con que se inició este tipo de terapéutica hace unos años después del descubrimiento de Hensch.

El tratamiento con mostaza de este tipo de procesos oculares lo pudimos hacer sobre la base de la experiencia acumulada, ya muy copiosa y brillante, de la terapéutica de esta serie de enfermedades enunciadas más arriba, en la forma originalmente preconizada por JIMÉNEZ DÍAZ para este grupo de afecciones. Se basó este autor, al discurrir esta nueva terapéutica, en que la mayor parte de los efectos señalados biológicamente para la Cortisona y ACTH serían superponibles a los producidos por aquellas sustancias, y comprensibles, por tanto, den-

tro de aquellos fenómenos señalados por SELYE en la que llamó "reacción de alarma".

Los resultados que hemos expuesto, y cuyos pacientes han sido vistos personalmente, aparte de por los oftalmólogos citados, por los profesores COPEMAN, EVANS, McMILLIAN, etc., muy recientemente, confirmando cuanto aquí decimos, son altamente alentadores y nos permiten basar esta conclusión nuestra en una serie de hechos. De una parte, en los brillantes resultados obtenidos en la mayor parte de los casos; de los seis tratados, en cinco, aun contando con el estado excepcionalmente avanzado de bastantes de ellos: en dos se había llegado a la enucleación de uno de los ojos. De otra parte, en la perdurabilidad de los resultados, en relación con el tiempo transcurrido de observación, comparado con el de las eventuales recaídas que se han observado en procesos afines tratados con Cortisona y ACTH. Uno de nuestros casos lleva ya casi un año, después de tratado, sin el más leve signo de recaída. En otro aspecto, el resultado ha sido muy brillante, si se tiene en cuenta que en casi todos los casos sometidos por nosotros a este tratamiento el proceso estaba excepcionalmente avanzado: en los enucleados, la visión del ojo que quedaba se hallaba comprometidísima. Lógicamente, en los menos avanzados, la regresión de las lesiones y la recuperación de la visión se ha producido en forma más brillante. Esto nos lleva a la conclusión de que es de desear, por nuestra parte, que este tratamiento se instituya en fases o estadios lo más precoces posible de esta enfermedad. Así se evitará la actuación sobre fases tardías de la enfermedad, que ya llevan consigo el lastre de importantes y avanzadas secuelas como son los precipitados, las sinequias, las opacidades del vítreo, etc. Quizá, y aún no ha transcurrido tiempo suficiente para ello, la reiteración de la terapéutica en un segundo período haga factible el actuar sobre estas secuelas más profundas, en casos avanzados, como en varios de los que aquí exponemos. Para valorar este aspecto de la enfermedad en su posible terapéutica, y asimismo controlar bien la marcha de ésta en su planteamiento, iniciación y en el curso de la misma, se requiere de un control general y hemático similar al que hemos realizado.

Podemos decir en relación con el cuadro hematológico, como consecuencia de nuestra experiencia, que la eficacia de esta medicación ha coincidido, en todos los casos, con reacciones leucopenizantes que nunca deben pasar de un cierto grado (por debajo de los 2.500 leucocitos), con disminución de los linfocitos, mantenimiento y aun acrecimiento de las eosinofilias, aparición de monocitosis, desviación a la izquierda de las fórmulas leucocitarias y neutrofilias, elevación transitoria, dentro de un grado en general moderado, de la velocidad de sedimentación. Los glóbulos rojos, en general, han disminuído. Los límites de estas reacciones pue-

den ser bien controlados, como demuestra esta experiencia, gracias al empleo, durante los tratamientos, y según las particularidades de cada caso, de algunas transfusiones pequeñas de sangre y del empleo de mielostimulantes, entre éstos los pentanucleótidos (mielosanil), extractos hepáticos activos, complejo B₂, ácido fólico, etc. Las leucopenias, como puede apreciarse en varios de estos casos, y ello es lógico dado que la mostaza se acumula en el organismo (S. R. E.), y que sigue surtiendo efecto hasta varias semanas después de efectuada la última inyección, se acentúa, inclusive, hasta un mes después de terminado el tratamiento y muestra una cierta pereza para su recuperación. Esto nos induce a aconsejar el mantenimiento, durante bastante tiempo, un mes o dos meses más, de la terapéutica mieloprotectora, que desde el principio se ha de acompañar de una dieta hiperproteica y rica en los factores señalados. Con estos requisitos, nada difíciles ni raros, similares a los que se emplean en la terapéutica de tantas enfermedades, es muy difícil, y nosotros no lo hemos visto en ninguno de nuestros casos, que aparezca ningún cuadro tóxico alarmante, ni siquiera valorable, que contraindique el empleo de esta medicación. En nuestra experiencia no ha surgido ningún trastorno neurológico de los descritos en algunos casos de terapéuticas intensas con mostazas y sí, en algunos de ellos, pequeñas alteraciones gástricas funcionales que han revertido fácilmente. La acción tumorigena, señalada ante crecidas dosis por BOILAND y HORNING, HEXTON, GRIFFIN, BRANDT y TATUM, no sólo no es admisible ante casos como los nuestros, en los que hemos empleado dosis prudentes, sino que tampoco sabemos de que nada similar haya ocurrido en los ya muy abundantes de esta experiencia terapéutica en la gran casuística descrita para otros tratamientos en la escuela de JIMÉNEZ DÍAZ.

La única objeción de fondo que desde el principio nos hicimos, con respecto a esta terapéutica, es la que se refiere al siguiente hecho. Toda actuación de tratamiento que se refiera al intento de interferir el camino de la enfermedad, a través del cual ésta se realiza, dejando libres, por ignorados, los agentes primarios etiológicos sin su lógica neutralización, hace suponer que transcurrido cierto tiempo, mayor o menor, y libres aquellos agentes de trabas cuando las condiciones reaccionales del organismo sean de nuevo propicias, lógicamente se producirán nuevas recidivas. Mas si el estado biológico del sujeto lo consiente, y sin que por ello afrontemos riesgos tóxicos que pasen de un límite prudente, de nuevo podría neutralizarse en parte tal evolución con la bien controlada reiteración del tratamiento.

No dudamos, en consecuencia, y a la vista de los ya suficientes resultados obtenidos por nosotros, de calificar este tipo de terapéutica como muy importante y básica en el momento actual

para casos como los que exponemos, en tanto no surjan otro tipo de recursos de tratamiento que la aventajen en su inocuidad y en el logro de mejores resultados.

Aquí, los hechos han sido valorados con toda objetividad en todos los aspectos. La terapéutica ha sido sugerida y dirigida desde el campo de la medicina interna, pero debidamente controlada y seguida por las exploraciones oftalmológicas reiteradas realizadas por oftalmólogos de la mayor solvencia.

Damos las gracias al doctor J. CARRIÓN, que colaboró en el tratamiento de estos enfermos, y a la doctora NIEVES PEDRAZ, que siguió con nosotros su evolución clínica.

SUMMARY

The successful results obtained in six cases of uveitis of an unknown type treated with nitrogenous mustard are described. The clinical case reports, together with details of the treatment and its evolution are also given.

ZUSAMMENFASSUNG

Man bespricht 6 Fälle mit Uveitis auf unbekannter Grundlage, die erfolgreich mit Stickstoffsenf behandelt wurden. Krankengeschichten mit Verlauf und Behandlung werden zugefügt.

RÉSUMÉ

On expose 6 cas d'uvéite de nature inconnue, traités avec succès avec des moutardes azotées. On accompagne les histoires cliniques ainsi que les lignes de conduite à suivre et l'évolution du traitement.

ALGO DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL PSORIASIS (*)

E. DE GREGORIO.

Médico de la Lucha Antivenérea.

Dispensario Dermatológico y de Higiene Social de Zaragoza.
Director: Dr. EDUARDO DE GREGORIO.

La vida profesional a quienes llevamos unos años de ejercicio nos ha permitido, como es lógico, tener la simple ocasión de observar un número relativamente elevado de enfermos afectos de psoriasis. Su observación nos ha planteado siempre el mismo problema y el mismo

interrogante: ¿Qué terapéutica y qué método de tratamiento puede ser mejor? Y como era lógico, según el momento y según habían variado nuestros conocimientos en el siempre confuso concepto de la enfermedad, al surgir modalidades terapéuticas diferentes, nuestras normas de tratamiento sufrían alguna modificación.

Los resultados conseguidos siempre eran y fueron como son, discordantes, y cuando del psoriasis hemos pensado ocuparnos nos ha ocurrido el mismo hecho, se nos ha planteado el mismo problema: el poder aportar algo que fuera de utilidad práctica en la terapéutica de una enfermedad que, como el psoriasis, de ella en realidad sólo conocemos su clínica y su diagnóstico.

De entre los múltiples enfermos observados, solamente una minoría es aprovechable para una exposición de los resultados obtenidos con la terapéutica puesta en práctica, ya que, como es lógico, muchos de ellos pronto desaparecieron de nuestra observación en busca de la justa aspiración de encontrar un alivio de su pertinaz dolencia. Y lógicamente de ellos hemos de ocuparnos únicamente, ya que otro no es nuestro deseo, y de las posibles causas productoras de la enfermedad, en virtud de las cuales hemos practicado un tratamiento.

Si somos justos, podemos afirmar que poco han avanzado nuestros conocimientos sobre esta enfermedad, y a decir verdad, en el momento actual nos encontramos en un verdadero desconocimiento de su etiología, mecanismo de producción y de un eficaz método de tratamiento, a pesar de lo mucho publicado. Como han sido emitidas muy variadas y diferentes teorías y planteados distintos mecanismos patogénicos, se han puesto en práctica muy variados tratamientos. Desde una discrasia conjuntamente unida al herpetismo y un trastorno humoral, que hoy puede enraizarse con un trastorno del metabolismo nutritivo y endocrino, pasando por la diátesis paraqueratósica planteada por SAMBERGER, en virtud de la cual, bajo la influencia de trastornos endocrinos y metabólicos, la piel en estos enfermos reaccionaría de una forma especial frente a multitud de agentes irritantes, y hasta posibles orígenes infecciosos, parasitarios y microbianos han sido defendidos.

ALTERACIONES DEL METABOLISMO ORGÁNICO.

Algunos han concedido gran importancia a un trastorno en el metabolismo del azufre, y dirigiendo en tal sentido sus investigaciones han realizado determinaciones del glutathion sanguíneo y puesto en práctica una terapéutica en este sentido. En enfermos de psoriasis, sobre todo artropáticos, MOREL, GATÉ y DORCHE comprueban una disminución de glutathion sanguíneo. Entre nosotros, en algunos casos CARRILLO CASAUS también comprueba en la curva de glu-

(*) Comunicación a la Real Academia de Medicina de Zaragoza.