

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.

ZUSSAMMENFASSUNG

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 afectados 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.

thation cifras inferiores a las normales. En su consecuencia, una terapéutica mediante el empleo de preparados de azufre coloidal por vía intramuscular podía tener utilidad.

Con su empleo, ningún resultado satisfactorio hemos alcanzado nosotros. Fué propuesto tal tratamiento a 10 enfermos; de ellos, siete los rehusaron por molesto, y los tres restantes que lo practicaron soportaron con verdadero estoicismo todas sus molestias, por las reacciones dolorosas producidas, y no se beneficiaron lo más mínimo.

PULAY observa un aumento de colessterina en la sangre de los psoriásicos frente a cifras constantemente normales, y hasta bajas, comprobadas por BERNHART y ZALEWSKY, SHEEINER y BILGE, LORTAT-JACOB, LEGRAIN y PELISSIER; como RABAUT, BITH y DUCOURTION observan que la hipercolesterinemia mejora con insulina y que en aquellos casos en que la cifra de colessterina es normal no se benefician de su psoriasis con tal tratamiento.

Tanto GRÜTZ como URBACH y MIESCHER consideran el psoriasis como íntimamente unido a trastornos del metabolismo de las grasas. GRÜTZ comprobó que dichos enfermos reaccionaban a la ingestión de aceite de olivas con modificaciones en su lipemia muy distintas a las que presentan los sujetos sanos. CLARK, WALSK, JULIAN y DRAGESTEL observan que en el 70 por 100 de los enfermos existe una hiperlipemia y que un 50 por 100 de ellos mejoran con la ingestión de una hormona pancreática. Al investigar GRÜTZ, en 1938, la cifra de lipoides en piel, sangre y escamas, comprueba gran cantidad de ellos alrededor de los vasos, en la dermis, en el cuerpo papilar y en las escamas. Tal hecho es interpretado por PULAY como consecuencia de un trastorno hipofisario.

Aconseja GAY que cuando exista una hipercolesterinemia o una curva anormal de lipemia después de ingerir en ayunas 10 gramos de aceite de oliva, deberán ser suprimidas de la alimentación las carnes, salsas, mantequillas, fritos, grasas, etc., etc.

Es un hecho indudable que la ingestión de abundante cantidad de grasas, de embutidos y sobre todo de carne de cerdo favorece la producción del psoriasis. Ello ocurre con más frecuencia en esos enfermos robustos e hipernutridos, donde la enfermedad es más resistente a toda terapéutica y en los que la alimentación juega un papel importante en las recidivas de su enfermedad.

Podemos señalar, por nuestra parte, que el estudio de la lipemia nos ha proporcionado resultados totalmente discordantes sin relación alguna con la evolución de la enfermedad y que un régimen alimenticio restringido en grasas es inconstante en resultados. Pero, a pesar de todo, cuando existe un psoriasis en un sujeto hipernutrido y de fuerte constitución, es siempre útil todo régimen alimenticio pobre en grasas y carnes.

ALTERACIONES ENDOCRINAS.

Han sido orientados no pocos estudios en el sentido de una disfunción hormonal en relación con las diversas glándulas, con resultados, a decir verdad, totalmente contradictorios. Todos conocemos casos concretos de curación pasajera del psoriasis durante el embarazo. De éstos contamos nosotros con varias enfermas en que durante el embarazo tal dermatosis desapareció y de nuevo se produjo una vez reaparecida, después del parto, la función menstrual.

VERROTI cita el caso de una enferma amenorreica que curó con extractos ováricos, y STUMKE refiere aquel otro en que el brote de psoriasis coincidió con una castración quirúrgica. Nosotros, hace unos años, tuvimos ocasión de observar un enfermo de dieciocho años de edad (A. B. 559) con un psoriasis en amplias placas en zonas articulares de extensión y con una aplasia congénita testicular por criptoquidia bilateral, en el que un tratamiento endocrino instituido a base de hormonas del lóbulo anterior de hipófisis y extractos testiculares hizo desaparecer por completo su dermatosis, aunque de nuevo recidivó unos meses después de terminado el antes indicado tratamiento.

Todos estos hechos clínicos vienen a demostrar una estrecha relación entre el psoriasis y las glándulas endocrinas; pero, sin embargo, el empleo de una terapéutica en tal sentido no proporciona resultados que puedan tomarse en consideración. Y lo mismo ocurre cuando esta terapéutica se ha orientado en el sentido de una disfunción de otras glándulas como la hipófisis, timo, suprarrenal, paratiroidea y sobre todo tiroidea. Muy en boga estuvo hace unos años una terapéutica tímica, sin que proporcionase el menor resultado.

Nosotros hemos puesto en práctica una terapéutica pluriglandular en 28 enfermos, sin haber obtenido el menor resultado.

AGENTES MICROBIANOS Y PARASITARIOS.

Se ha pensado en un origen cóccico, en diversos virus, en parásitos otras veces y hasta en infecciones bien conocidas, como la tuberculosis y la sífilis. Y hasta se han referido casos de contagio familiar.

La existencia de un foco infeccioso ha sido invocado en ocasiones como responsable. En este sentido, BARBER refiere el caso de un médico con unos brotes pustulosos recidivantes durante años en los pies, tras los que aparecieron lesiones de psoriasis en manos y pies, que más tarde se generalizaron; tal enfermo había padecido repetidos procesos de amigdalitis y un reumatismo subagudo, con motivo del cual piensa BARBER que tal dermatosis podía ser interpretada como una bacteriemia pustulosa, psoriásica en potencia al comienzo y clínicamente psoriásica después.

ALVAREZ LOWELL refiere un caso de psoriasis

universal, que ocho días después de una amigdalectomía sufrió una modificación considerable. Más tarde, SAINZ DE AJA y ALVAREZ LOWELL refieren cómo un psoriasis puede curar destruyendo focos infecciosos, tales como amigdalitis, colecistitis, apendicitis, lesiones faríngeas, etcétera, etc., y aportaron un caso de psoriasis artropático curado con la asociación de sulfamidas, anatoxina estafilocócica y salicilato sódico.

Similares son los hechos relacionados con un foco amigdalino dados a conocer por GUNDERSON, ROMER, FRENZE, HAVLIK, BORGIA y otros. Ultimamente, BOTET refiere cómo entre 43 psoriásicos comprueba 28 focos amigdalinos, y empleando una terapéutica focal, entre 22 casos tratados obtiene ocho curaciones y siete mejorías de las lesiones.

Pensando en este sentido, SAINZ DE AJA defiende la práctica de una terapéutica con anatoxina estafilocócica y sulfamidas, asociada al salicilato sódico por vía venosa.

Esta terapéutica ha sido por nosotros utilizada en 25 casos, con resultados a decir verdad poco satisfactorios; solamente en cuatro de ellos pudo apreciarse una modificación favorable, que bien pudo ocurrir fuera consecutiva al empleo del salicilato sódico.

Utilizado este producto ampliamente en nuestro país, si somos justos hemos de reconocer que en determinados casos proporciona efectos favorables. Bien puede ocurrir que, como consecuencia de la estrecha relación entre el reumatismo y el psoriasis, ya que en estos enfermos se observa en gran número de ellos lesiones articulares propias de reumatismo y hasta manifestaciones clínicas bien acusadas de éste, sea el motivo por el cual el salicilato sódico ejerza un efecto beneficioso.

Pensando MIENIPHI y LINDENBERG en la posibilidad de que la enfermedad fuera producida por un virus filtrable, utilizaron como terapéutica, en 1939, inyecciones intradérmicas de suero del propio enfermo. Para ello obtienen, por punción venosa, 20 c. c. de sangre, que una vez centrifugada separan el suero, al que añaden por cada 10 c. c. de ésta 1 c. c. de solución fenicada al 5 por 100; el suero así preparado es conservado en la helera, y se inyecta por vía intradérmica a dosis progresivas. Las primeras inyecciones motivan la aparición de nuevas lesiones y la reactivación de las ya existentes, que más tarde se modifican según continúa el tratamiento y llegan a desaparecer con 10 y 16 inyecciones bisemanales.

Utilizado por nosotros este método de tratamiento, pudimos observar la desaparición rápida de todas las lesiones en el primer caso tratado, de una muchacha joven, mientras, por el contrario, en otros cinco casos el fracaso de la terapéutica fué completo.

Las experiencias e intentos de inoculación realizadas, entre otros, por WERCH tres años después, utilizando el cobaya como animal de

estudio, no permiten pensar en la existencia de ningún virus filtrable productor de la enfermedad.

EXTRACTOS DE ESCAMAS PSORIÁSICAS.

Como consecuencia de pensar en esta enfermedad de una reactividad especial paraquerosa en íntima relación con un estado microbiano, se pensó en el empleo de antígenos preparados a base de escamas psoriásicas. Con tal fin, MIHAYLOVITCH utiliza, por vía intramuscular, una emulsión de escamas psoriásicas digeridas en pepsina y tripsina. CAMPBELL y FROST trituran las escamas en un mortero hasta obtener un fino polvo, que suspendido en alcohol absoluto en una proporción de 0,20 gramos por c. c. lo inyectan pasadas veinticuatro horas. TOMA DE JASSY propone una nueva técnica en la preparación de estas inyecciones, que consiste en emulsionar en suero fisiológico formolado, al 0,25 por 100, las escamas obtenidas por raspado de las lesiones, una vez reducidas a un polvo fino; tal emulsión, después de agitaciones repetidas, es colocada en la estufa durante cuarenta y ocho horas, a una temperatura de 37°. Realizadas estas operaciones, y después de un debido control bacteriológico, queda tal mezcla en la estufa durante una semana para eliminar el formol y que las inyecciones sean menos dolorosas. Estas son puestas por vía intramuscular, comenzando por medio c. c. hasta alcanzar una dosis de 4 y 5 c. c., que se repite las veces necesarias.

De esta terapéutica se han ocupado varios autores en nuestro país: ROCA SÁNCHEZ, CUESTA ALMONACID, BARRIO DE MEDINA, GONZÁLEZ MEDINA y otros.

Por nosotros fueron tratados 28 enfermos, con los siguientes resultados: 12 fueron francamente mejorados, en tres se observó una ligera mejoría, en 12 fracasó la terapéutica y se observaron cuatro recidivas. La terapéutica fué perfectamente tolerada; en ocasiones se produjeron ligeras reacciones dolorosas consecutivas a la inyección.

VACUNA ENTEROCÓCICA.

Defensor PRAT de un origen alérgico parasitario del psoriasis, consigue su desaparición con el empleo de una vacuna microbiana obtenida de gérmenes aislados de las heces de los enfermos. Algunos autores hace ya tiempo observaron la coincidencia de afecciones gástricas y diferentes trastornos funcionales digestivos enterocólicos con manifestaciones psoriásicas. En 1945, SWARTZ comprueba que la inyección intradérmica de una vacuna obtenida de las heces produce en los enfermos de psoriasis una mayor actividad de sus lesiones y aparición de éstas en el punto de la inyección, siendo al parecer el enterococo el único germen productor de tales reacciones. Este autor trata con una vacuna obtenida de la flora intestinal varios enfermos

con resultados francos, frente a fracasos y hasta agravaciones de la enfermedad.

En nuestro país, AZUA, ZUBIRI y URIOSTE dan a conocer, en 1947, los resultados alcanzados en los primeros casos tratados, siendo satisfactorios. Más tarde, AZUA y colaboradores nos hablan de sus resultados sobre 68 casos, presentando datos estadísticos de un 13,2 por 100 en que la mejoría es francamente apreciable, el 21 por 100 en que desaparecen parcialmente sus lesiones y en un 22 por 100 en que desaparecen totalmente éstas, frente al 17,6 por 100 de casos no modificados y el 1,4 por 100 de los enfermos empeorados durante el tratamiento.

Es de interés señalar cómo estos autores afirman que cuando después del tratamiento se observan recidivas éstas son siempre de menor intensidad. Por esta misma época, VILANOVA y ALVARADO tratan con la misma vacuna 10 enfermos, en los que solamente obtienen apreciables mejorías, sin alcanzar en ningún caso su total blanqueamiento.

Todos estos hechos son más que suficientes para que en una afección tan rebelde como el psoriasis sea puesta en práctica esta terapéutica, y han hecho que por nuestra parte haya sido utilizada. Pensando nosotros en que los estreptococos fecalis aislados de enfermos psoriásicos pudieran ejercer una actividad más específica—si se nos permite así decir—, hemos aislado seis razas de enterococos de seis enfermos afectados de psoriasis. Aislados e identificados tales gérmenes, hemos obtenido de ellos una vacuna polivalente que, con las normas corrientes de control y esterilización en su preparación, ha sido dosificada en dosis crecientes en cuanto a su concentración de 50, 200, 400, 600, 800, 1.000 y 1.500 millones por c. c. Las inyecciones han sido puestas por vía intradérmica en días alternos y a dosis progresivas, comenzando por 0,2 c. c. para aumentar a 0,4, 0,6, 0,8 y 1 c. c., que repetimos tres veces; puestas estas tres últimas dosis, comenzamos por 0,2 de la serie o concentración siguiente, hasta terminar con la concentración de 1.500 millones de gérmenes por c. c. Es decir, iniciamos la terapéutica con una vacuna a una concentración de 50 millones por c. c., para terminar con la concentración de 1.500 millones.

Han sido tratados 17 enfermos con los siguientes resultados. En seis se observó una franca aminoración de sus lesiones, sin llegar a su desaparición total; uno se blanqueó completamente, para recidivar ocho meses más tarde, y en 10 no se observó modificación alguna. La terapéutica en todos los casos fué perfectamente tolerada, sin que se produjera la menor intolerancia ni siquiera una crisis diarreica, como refieren algunos autores.

DISVITAMINOSIS.

Ha sido invocada por cierto número de autores una disvitaminosis; una hipovitaminosis A y D, facilitando una alteración de la integri-

dad del epitelio y del metabolismo del calcio; una hipovitaminosis B₁, capaz de favorecer una disfunción nerviosa, o bien, en otros casos, falta o carencia del complejo vitamínico B₂, del factor antipelagroso PP y de la vitamina C, ya que según algunos, como TYRODE, VOLPE, LUTZ, etcétera, etc., se comprueba una disminución de ella en la orina de los enfermos.

Ultimamente ha tenido una mayor aceptación una disvitaminosis o para-avitaminosis D, y en este sentido ha sido ampliamente utilizado el calciferol a altas dosis. Como algunos enfermos de psoriasis mejoran, sobre todo en verano, por la exposición a los rayos solares en playas y piscinas, diversos autores, como HURIEZ y LABORGNE, han pensado en alteraciones orgánicas y en un desequilibrio fosfocálcico por regímenes alimenticios defectuosos, ha sido utilizada la vitamina D a dosis masivas en el intento de ejercer una helioterapia masiva por vía interna capaz de modificar sus lesiones, como ocurre en el lupus, al mismo tiempo de regular las posibles alteraciones orgánicas.

Tal vitamina D ha sido utilizada por KRAFKA, CEDER, ZOM, ZLARKE, CECCARINI, HURIEZ, LABORGNE, GOTARREDONDA, SAINZ DE AJA y otros. Las normas en la aplicación de la terapéutica son conocidas por todos; puede únicamente variar el ritmo en la administración de las dosis. Unos aconsejan tres y hasta cuatro dosis de 600.000 unidades por semana, mientras dure el brote, y más tarde una de estas dosis por semana hasta la total desaparición de las lesiones, mientras otros solamente administran dos dosis semanales durante tres y cuatro meses, para continuar durante varios meses, aun después de curado el brote, con una dosis semanal de 600.000 unidades.

Nosotros hemos administrado en todos los enfermos dos dosis semanales durante tres meses, continuando después largo tiempo la terapéutica con una dosis semanal. Han sido tratados 33 enfermos con los siguientes resultados: en ocho desaparecieron por completo sus lesiones; en cuatro se observó una ligera mejoría y en 11 el fracaso fué completo. De los 12 enfermos en los que la terapéutica se muestra eficaz, en el momento actual solamente resta uno en total regresión, ya que la enfermedad en todos ellos ha recidivado después de un período de tiempo que ha oscilado entre cuatro meses y un año.

Lo expuesto permite apreciar que nuestros resultados son francamente inferiores a los conseguidos por otros autores, como ZUBIRI, ya que nos habla de un 50 por 100 de curaciones y de un 10 por 100 de mejorías, y MIESCHER, quien también refiere un 50 por 100 de curaciones. Por el contrario, PROSSER, EBOSICKY y CERUTTI solamente refieren fracasos.

* * *

Hemos utilizado, como puede apreciarse, gran variedad de medicaciones y métodos de trata-

miento, y nos referimos en sus resultados a aquellos enfermos que han podido ser controlados, pues muchos de ellos, como ya hemos señalado, han desaparecido pronto de nuestra observación en busca de una mejor terapéutica. Nos hemos ocupado de medicaciones que hoy ya no utilizamos, por considerarlas inaceptables y en realidad destinadas al olvido. Así ocurre con determinados compuestos de orden químico, como los preparados de oro, aquellos otros de carácter mercurial y el azufre coloidal. Una terapéutica endocrina pocos resultados nos ha proporcionado, aunque consideremos que en determinados casos puede ser de utilidad. Una terapéutica antigénica, como la autoseroterapia intradérmica, y el empleo de extractos o emulsiones de escamas psoriásicas son ya medicaciones trasnochadas que no tienen razón de existir.

Actualmente, en cuanto se refiere a nosotros, utilizamos de forma preferente tres métodos de tratamiento. Por pensar en una infección focal y en una estrecha relación del psoriasis con el reumatismo, ponemos en práctica una terapéutica antimicrobiana mediante sulfamidas y anatoxina estafilocócica asociada a una medicación antirreumática como el salicilato sódico; por admitir la posibilidad de un trastorno intestinal, en virtud del cual su flora, por circunstancias que desconocemos, puede transformarse en un antígeno capaz de producir la enfermedad en un sujeto sensibilizado, utilizamos una vacuna enterocócica polivalente, y por pensar en una disvitaminosis, se utiliza la vitamina D a altas dosis en forma de choques vitamínicos.

Los resultados que con estos tres métodos de tratamiento se obtienen no dejan de ser totalmente dispares. Con los tres ha ocurrido como muchas veces sucede con toda terapéutica que se pone en práctica contra una enfermedad normalmente crónica, recidivante y de origen desconocido. En los comienzos de su empleo se han observado resultados que, quizá por un exceso de optimismo bien justificado, han sido alentadores, y siempre el paso del tiempo nos ha venido a demostrar su ineficacia en gran número de casos.

Si a pesar de todo no puede negarse que con estas tres terapéuticas ciertos enfermos quedan totalmente blanqueados de su afección, si somos justos señalaremos que casi siempre vuelve más tarde a recidivar la enfermedad. ¿Qué ocurre en estos casos? ¿Qué razón existe para que en unos sea eficaz una terapéutica que en otros no ejerce beneficio alguno?

Con dificultad encontraremos la razón que explique estos hechos. Seguramente el psoriasis es una verdadera reacción cutánea, en el sentido de BROUQ, motivo por el cual tal reacción o manifestación cutánea obedece a múltiples causas que indudablemente ante nosotros pasan desapercibidas. Y siendo así no deja de sorprender que en determinados enfermos, si el psoriasis es producido por determinada causa o agente irritante, ¿cómo pueden tener influencia sobre

la enfermedad agentes terapéuticos totalmente diferentes? Si puede tomarse en consideración la opinión sostenida por muchos en el sentido de explicar que la enfermedad obedece a distintas causas o agentes productores, razón por la cual unos enfermos se benefician con determinada terapéutica mientras otros, en los que fracasa ésta, son influenciados con otra medicación totalmente diferente, no puede tal hipótesis aceptarse de plano desde el momento que, como hemos señalado, en un enfermo obedece la enfermedad a terapéuticas totalmente diferentes sin relación con la causa productora de la enfermedad. Si ello fuera así, tendríamos que admitir que en un mismo enfermo actúan como productores factores etiológicos totalmente diferentes.

Nos parece más sencillo aceptar que en la producción de la enfermedad juega un papel más fundamental el terreno donde ésta asienta que la causa que podemos calificar de desencadenante. Tengamos en cuenta en este sentido la frecuencia de la herencia en enfermos psoriásicos, pues todos conocemos familias de psoriásicos, y lógicamente lo que se hereda es una predisposición, un terreno, no un foco infeccioso ni una flora intestinal con determinada virulencia, ni una disvitaminosis.

Por ello es muy posible que terapéuticas muy diferentes sean capaces de modificar un terreno en el que muy distintos agentes productores no podrán desarrollar su actividad productora. Ello puede ocurrir cuando expone el Prof. BAÑUELOS los resultados alcanzados en fecha reciente con una terapéutica bromurada sustentando este mismo criterio.

Nosotros contamos con un enfermo que se blanquea totalmente de su psoriasis con extractos testiculares, y cuando más tarde recidiva de su enfermedad, vuelve a curar con vacuna enterocócica, tras las que recidiva de nuevo después, para mejorar mientras ingiere un preparado polibromurado. Y otra enferma que curó hace años con extractos de escamas, después un nuevo brote es grandemente influenciado con vitamina D a altas dosis y, cuando más tarde recidiva, su enfermedad es también influenciada de forma favorable con vacuna enterocócica.

En estos enfermos, como quizá en todos aquellos en que la enfermedad tarde o temprano recidiva, el terreno o, si se nos permite la frase, su diátesis paraqueratósica persiste y hasta continúa su causa desencadenante.

Quizá en ello radique la falta de una constante eficacia de toda terapéutica hasta la fecha utilizada, que a decir verdad muchas veces nos parece ineficaz cuando pensamos en la marcha evolutiva de la enfermedad con sus espontáneas atenuaciones y recidivas. Con razón algunos autores dudan de la eficacia de determinadas terapéuticas, y al poner en tela de juicio su actividad piensan en remisiones espontáneas más que en curaciones. Es muy posible que ello ocurra con esos métodos de tratamiento que duran meses en ser realizados.

En alguna ocasión se ha dicho que el psoriasis cura con todo y no cura con nada. Quizá ello sea una realidad.

Veamos este enfermo. V. S. F., enfermo de cincuenta y un años de edad, industrial de profesión, es asistido por nosotros en 1932, con un brote generalizado de psoriasis, que trata con medicamentos tópicos y opoterapia pluriglandular, consiguiéndose una franca regresión de sus lesiones. Poco tiempo después, es asistido en Madrid con un chancro sifilítico; le instituyen un tratamiento arsenobismútico y, en carta que recibimos de nuestro malogrado maestro el Prof. COVISA, se aconseja la supresión de todo tratamiento local, pensando en la posibilidad de que sus lesiones pueden reerresar con la terapéutica antisifilítica. Ello no ocurre. Reaparece en 1933 con una fuerte agudización de su enfermedad, que trata tópicamente.

Nuevo brote generalizado en 1935, por el que consulta en Madrid, y aconsejan como terapéutica un extracto antigénico de sus escamas, que prepara el Doctor SÁNCHEZ CUENCA, sin proporcionar el menor resultado. A finales de este mismo año hace una cura hidromineral de aguas clorurado-sódicas-sulfurosas, sin modificación apreciable. Más tarde, un tratamiento con extracto de escamas, según la técnica de Toma de Jassy, consigue la desaparición total de todas las lesiones.

En 1937 presenta amplias placas en región sacra, pubiana y regiones de extensión de sus articulaciones. En 1938 hace un nuevo tratamiento con una emulsión de escamas, sin el menor resultado.

En 1942 consulta de nuevo por su psoriasis y le es propuesta una terapéutica con un preparado de oro por vía intramuscular, con el que después de la séptima inyección se desencadena una fuerte eritrodermia, con acusada oliguria, albuminuria y cilindruria, tras la que queda libre de su dermatosis.

En 1946 consulta de nuevo y le es aconsejada una cura hidromineral termal en Alhama de Aragón, y tras unos baños y unos chorros sobre sus lesiones, aparte de la ingestión de una infusión de zarzaparrilla, queda blanqueado totalmente de sus lesiones y se presenta en nuestra consulta con una piel francamente juvenil.

Se presenta un año más tarde con una nueva recidiva de gran intensidad, ante la que una cura hidroterápica clorurado-sódica-sulfurosa en Paracuellos de Jiloca no ejerce la menor acción. Desde este momento hace varias curas idénticas de este tipo hidromineral, consiguiendo sostener frenada su dermatosis.

A principios de 1949 consulta con nosotros y le proponemos una terapéutica con un preparado vitamínico bisemanal, conteniendo 600.000 unidades de vitamina D y 400.000 de vitamina A, y a los tres meses desaparecen totalmente sus lesiones. Cuatro meses más tarde, una nueva recidiva no es modificada con esta terapéutica. En el verano de 1949 presenta un nuevo brote, que no es modificado con su habitual cura hidromineral clorurado-sulfurosa. Persiste su dermatosis en toda intensidad en el verano de 1950, y en este momento llega a blanquearse totalmente con una cura hidromineral en Paracuellos de Jiloca.

En enero de 1951, nuevo brote, que más tarde cede y se reagudiza en junio.

He aquí, pues, un enfermo que aparentemente, en el curso de cerca de veinte años, cura con muy distintas medicaciones, pero que en realidad no cura con nada. La realidad de los hechos vienen a demostrar que en la mayoría, por no decir en todos los casos, ocurre como en éste que acabamos de exponer. Por ello somos un poco, o mejor, bastante escépticos en cuanto se refiere al tratamiento del psoriasis, ya que pensamos que muchas veces, y con muy distintos tratamientos, sucede como ocurrió en nuestro enfermo, cuando se vió libre temporalmente

de su dermatosis con una cura hidromineral termal, de la que nadie pretendemos pensar pueda tener una eficacia definida contra tal enfermedad. Otra vez se blanquea, lógicamente, después de sufrir una eritrodermia aúrica; en otra ocasión, con el empleo de vitaminas, y en una tercera, con una cura hidromineral clorurado-sódico-sulfurosa, que en otras ocasiones no ejerció la menor influencia.

Esta es la realidad de los hechos por nosotros observados y la interpretación que a ellos damos.

Todo lo expuesto no representa ni mucho menos el que ante un enfermo de psoriasis seamos de los que formamos en la fila de esos especialistas y médicos que, como señala SAINZ DE AJA, viven en un complejo de inferioridad y totalmente desesperanzados. Consideramos que todo enfermo psoriásico ha de ser tratado y que su tratamiento ha de ser en parte diferente según su momento evolutivo, los tratamientos practicados con anterioridad, según la antigüedad de su enfermedad y según los antecedentes y datos patológicos sugeridos durante el interrogatorio.

Lo expuesto tampoco significa ni representa el que no sea preciso un tratamiento de carácter local. Este cumple siempre con su cometido. La crisarobina, los alquitranes, las breas de hulla y al ácido pirogálico son siempre útiles cuando son utilizados en los momentos en que están indicados, en las distintas modalidades clínicas de la enfermedad y en sus distintas localizaciones regionales.

SUMMARY

The author presents a survey of the different treatments proposed for psoriasis and points out the ineffectiveness of nearly all of them. He describes a case with a chronic history of 20 years duration, in which a great number of treatments have been unsuccessfully attempted.

ZUSSAMMENFASSUNG

Der Verfasser bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden der Psoriasis, die fast alle erfolglos bleiben. Er bringt als Beispiel einen Fall mit 20 jährigem, chronischen Verlauf, der trotz der multiplen Therapie nie geheilt werden konnte.

RÉSUMÉ

L'auteur revise les différents traitements proposés pour le psoriasis, en insistant sur l'inefficacité de presque tous. Il présente un cas d'évolution chronique de 20 ans, soumis à de multiples traitements mais qui n'a jamais guéri.