

Sesión científica del día 23 de febrero de 1931.

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

## Tratamiento de las tuberculosis cutáneas.

POR EL DR. ANTONIO PEYRÍ

Cuando se emprende el tratamiento de las tuberculosis cutáneas creemos que es condición indispensable el conocimiento exacto de la infección y especialmente de los problemas esencialmente distintos, según sea el enfermo, que se presentan en la infección tuberculosa de la piel, dependientes del germen, de la vía de infección y del comportamiento del organismo frente al virus, condiciones éstas que han de hacer variar el plan terapéutico, haciendo el problema mucho más complejo que en otras infecciones, lepra por ejemplo, porque no tengan o no se conozcan las variantes enormes que tiene la tuberculosis cutánea.

Producida por el bacilo humano, menos frecuentemente por el bovino y rarísimamente por el bacilo aviario, el germen es raro, excepto en las úlceras tuberculosas, necesitándose con frecuencia infinidad de exámenes para descubrirlo en sus formas bacilar o granulosa o teniendo que recurrir a la inoculación y aun practicarla en serie para poder afirmar la etiología específica de una lesión. Se admite asimismo una atenuación de virulencia en ciertas formas tórpidas, como el lupus: la afirmación, difícil de probar, parece no obstante en consonancia con los datos clínicos.

La vía de infección tuberculosa de la piel puede ser exógena o endógena. Pruebas de un valor casi experimental de infección exógena las tenemos con los chancros tuberculosos, con los lupomas de la mejilla de los niños, el tubérculo anatómico de los disectores, matarifes, etc., etc. Las vías endógenas de la infección de la piel podrán ser por contigüidad de un foco, por transmisión linfática o por bacilemia, la cual originada en un foco extracutáneo y provocando embolias paucibacilares, ocasionan probablemente las formas extensas y benignas de las tuberculosis cutáneas conocidas actualmente con el impropio nombre de toxitubercúlides.

Creemos que la piel es un órgano igualmente receptible para la tuberculosis que los demás de la economía: ningún hecho obliga a pensar en la no receptibilidad o en su disminución. Si las tuberculosis cutáneas de origen exógeno son más escasas que las respiratorias, hay que pensar que sea por el caparazón córneo de la piel. Y los casos de complejo primario de la infección, chancro y adenitis, en la piel no serían rarezas como actualmente lo son, si se estudiaran detenidamente los casos y no se confundieran, como ocurre, con la piodermatitis ulcerosa.

La infrecuencia de la tuberculosis cutánea de origen hemático, frente a la enorme extensión de las tuberculosis respiratorias que la originan, no indica de ningún modo la no receptividad; es un ejemplo más de la tendencia localizadora de las infecciones, a no salirse del foco primario, y desde éste defender el resto del organismo.

El desarrollo lento y tórpido de algunas formas clínicas y la rareza de bacilos, más que una no receptividad indican una mayor y mejor capacidad defensiva de la piel, por su doble composición epitelial y mesenquimal.

Conocida de hecho la receptividad espontánea de la piel para la tuberculosis, no existiendo por otra parte hechos que hagan pensar en un aumento de esta receptividad, ni congénita, de tipo idiosincrásico, ni adquirida, por sensibilización brusca o lenta (microinfecciones en piel u otros órganos), ni tampoco en una disminución de dicha receptividad, como no sea por los procesos defensivos originados en la piel o en las vísceras como consecuencia de un proceso tuberculoso, veamos ahora de recordar la reactividad de la piel frente al virus.

La reactividad de la piel puede ser normal, como manifestación natural defensiva contra el germen de ataque, o cambiada, hecho éste que tiene lugar después del primer ataque del virus: la

alergia. Esta alergia puede a su vez ser: 1.º, normal; 2.º, puede estar aumentada (hiperergia defensiva de tipo inmunitario); 3.º, puede llegar a un estado de inmunidad absoluta (para la mayoría de autores inexistente en la tuberculosis), estado éste mal llamado de anergia positiva, producida probablemente por exuberancia de fijadores de antígeno o por reacciones defensivas aceleradas que tienen lugar al contacto del germen con el organismo; y, por último, la alergia puede estar abolida: anergia.

A estas variaciones en la reactividad del organismo pueden corresponder estados similares de sensibilidad; pero pueden no corresponderse. Una máxima sensibilidad y reactividad corresponderá a un estado inmunitario, aun sin llegar nunca a un estado refractario; una hipersensibilidad no acompañada de hiperreactividad, conducirá a un estado anafilactoide, y, más tarde, a la anergia.

En la tuberculosis cutánea, hecho particularísimo, las reacciones inmunitarias no tienen el curso sistemático obligado que se ve en otras infecciones, sífilis por ejemplo, y el estado inmunitario sufre grandes oscilaciones cuantitativas más que cualitativas; las variaciones en extensión, es decir, localización de la inmunidad, explican los brotes y las regresiones que espontáneamente se ven en el curso de las tuberculosis cutáneas tórpidas, y explican también las recaídas y las interminancias de las formas agudas, aun cuando en estas últimas también podrían explicarse por reinfecciones o sobreinfecciones por gérmenes de origen endógeno.

En la infección tuberculosa no existe el órgano sensible específico que existe en otras infecciones, el germen posee afinidades tisulares múltiples; faltan, por tanto, las reacciones inmunizantes locales que al hacerse generales inmunicen a otros órganos. Pero sería de pensar si en las tuberculosis fijadas en piel podrían aprovecharse las propiedades excitoinmunizantes originadas en la infección cutánea para buscar por estímulo de la infección, más que una inmunidad, una enfermedad que colabore con las defensas establecidas ya en el enfermo. El dermatotropismo facultativo del germen de la tuberculosis cutáneas generalizadas ha hecho pensar en aprovechar la piel para provocar un aumento de los procesos infectivos y en consecuencia inmunizantes; si las tuberculinas carecen de propiedades antigénicas, son excitantes de la infección, y de aquí su utilidad enorme en las formas difusas generadoras de anticuerpos defensivos, sin el peligro, más posible en otras formas de tuberculosis cutáneas, y no digamos en las viscerales, de sobrepasar la acción beneficiosa y provocar una anergia por exceso de infección y cese de la producción de defensas. Esta concepción de provocar la infección y las defensas en la piel, se apoya asimismo en el hecho de que en tuberculosis cutáneas se cumple la ley general de las infecciones, según la cual una marcada manifestación cutánea atenúa la gravedad de la infección, debida a una inmunización celular de todo el ámbito cutáneo o a la formación abundante de anticuerpos fijadores de antígeno, ya que los fomentos locales de la piel, de un valor local positivo, son de acción general nula.

En el orden histológico las tuberculosis cutáneas obedecen a dos tipos de infección: 1.º, un tipo exudativo con trastornos de orden vascular, infiltrativo, necrótico, y 2.º, un tipo granulomatoso con trastornos mesenquimales de estructura tuberculoide o folicular. En gran número de casos, al síndrome reticulohistiocitario se mezclan elementos exudativos de origen local.

Creemos firmemente, con Wolf Eisner, Redeker y Ranke, que en la tuberculosis cutánea la forma clínica e histológica que adopta cada caso está supeditada al estado inmunitario del individuo.

Si hay una gran variedad de formas de tuberculosis cutáneas, es de remarcar el hecho que ordinariamente la erupción es monomorfa y con frecuencia se manifiesta siempre igual en un mismo individuo; las manifestaciones múltiples, si no son rarezas, son por lo menos escasas; así vemos como a los lúpicos se les extiende o retrocede el lupus, como un eritema indurado persiste o rebrota estacionalmente una serie de años, como una acnitis sufre brotes interminentes, siendo poco frecuente el cambio de forma clínica y más raro aun el cambio de grupos, de que hablaremos luego.

En algunos casos, la forma de tuberculosis estará supeditada también al germen; la concepción actual de las antiguas toxituberculides tenidas como lesiones tóxicas, es la de ser producidas por formas filtrables del germen de la tuberculosis, y en la concepción de Jadashon la virulencia del germen sería normal, pero el brote tendría lugar en individuos previamente sensibilizados, que rápidamente destruirían los bacilos.

### Ordenación de las tuberculosis cutáneas

La ordenación que presentamos de las tuberculosis cutáneas, basada en los conceptos etiopatogénicos expuestos anteriormente, creo que es imprescindible para orientar la terapéutica en cada caso. Ciertamente que es difícil a veces formarse un concepto claro y firme de la infección, ya que a las variaciones de grupo hay que añadir las variedades personales: fórmula cutánea, grado de vascularización, capacidad digestiva (principalmente y en vistas a la infección tuberculosa, el poder lipásico sumamente variable) y variaciones fisiológicas de edad y sexo.

Por otro lado, las pruebas de la tuberculina como índice de la inmunidad son de un valor muy discutible, y alergia tuberculínica e inmunidad probablemente son dos cosas distintas que tienen lugar en el organismo infectado (Calmette); no obstante, afirmo que en el tercer grupo de nuestra clasificación, el de las tuberculosis extensas, resolutivas, son en las que he obtenido un mayor porcentaje de positividad fuerte y extremadamente fuerte a la intradermo de T. A. y en las únicas en las que hemos observado claramente una reacción focal, y asimismo también es este tercer grupo el que mejor obedece al tratamiento tuberculínico.

La reacción de floculación Vernes-resorcina, que practica en todos nuestros casos el Dr. Catasús, a quien expresamos nuestro agradecimiento, no nos ha dado orientación alguna en el orden patogénico, habiendo obtenido valores que no coinciden con ningún dato clínico.

Las exploraciones Roentgen y las busca de bacilos en sangre que se practica en el servicio del Dr. Sayé en todos los enfermos, no permite por ahora buscar deducciones ni menos sentar conclusiones.

En algunas de las entidades clínicas que mencionamos y ordenamos está en discusión su etiología tuberculosa; en la posibilidad de que lo sean, hacemos su ordenación.

#### Primer grupo

Individuos indemnes, anérgicos los primeros días.

Germen abundante.

Tejido folicular.

Lesión destructora local, maligna.

Comprende tan sólo el complejo primario de la infección: chancro y adenitis.

#### Segundo grupo:

Alergia constante; estado inmunitario en equilibrio estable.

Germen escaso.

Tejido folicular y tuberculoide.

Lesión tópida, tendencia a localizarse y persistir.

Comprende el tubérculo anatómico y la tuberculosis verrugosa, lupus y escrofuloderma.

#### Tercer grupo:

Hiperalegia predominantemente; inestabilidad inmunitaria.

Germen rarísimo.

Estructura tuberculoide cuando más o inflamatoria banal.

Lesiones en actividad clínica manifiesta; diseminadas; benignas.

Comprende las tuberculoides liquenoides, acneiformes y nodulares (eritema indurado y lupoides miliar), sarcoides, Darier-Roussy.

Formas atenuadas: eritema pernio, angiokeratoma, pitiriasis rubra pilar y granuloma anular.

Eritema polimorfo y acné de tipo nodular (Ramel).

#### Cuarto grupo

Paratuberculosis de Schaumann.

Según este autor lo caracterizan la prueba negativa a la tuberculina, lesiones en amígdalas y lesiones óseas de tipo tuberculoso y, por último, una leucocitosis.

Comprende el lupus eritematoso, el lupus pernio y los sarcoides nodulares superficiales. Entidades que en parte forman el grupo sarcoideo de Martenstein.

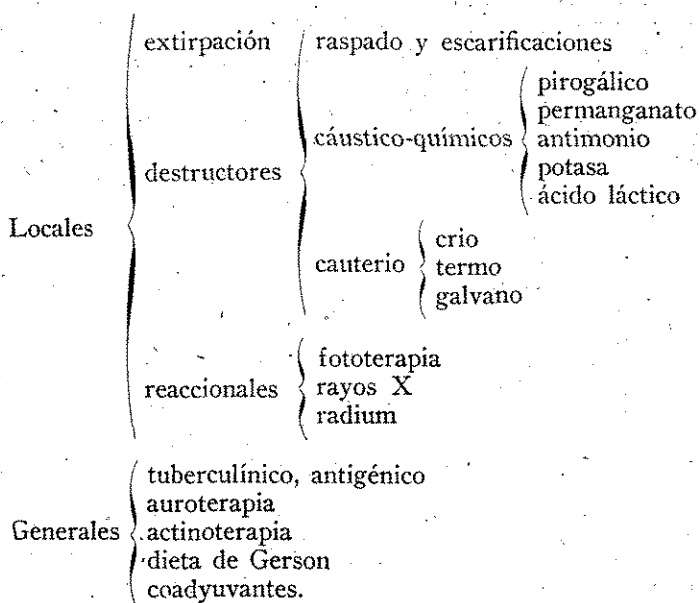
Quinto grupo:

Los mismos caracteres del grupo primero; la lesión se presenta en el decurso o final de otras tuberculosis viscerales; la anergia debida al exceso de antígeno y cese de la producción de anticuerpos (concepción de Doerr).

Comprende la úlcera tuberculosa (tuberculosis miliar) y posiblemente el exantema neonatorum descrito por Uffensteim.

### Medios terapéuticos

La primera ordenación de medios terapéuticos se desprende de la extensión de la lesión, en unos casos localizada, en otros extensa, generalizada. En el primer caso debemos proceder a la destrucción; en el segundo caso, siendo la destrucción imposible, nos queda tan sólo modificar el germen o el organismo.



*Extirpación.* — Siempre que sea posible extirpar una lesión tuberculosa, no implicando mutilación, debe procederse a la extirpación. El problema estético, dada la gravedad de la enfermedad, no debe contar. Si fuera preciso, se recurrirá a plastias.

Este es el criterio que sustento para pequeños lupus, sarcoides hipodérmicos, algún caso de túberculo anatómico y tuberculosis verrugosa.

*Raspado y escarificación.* — El raspado seguido de termocauterío y la escarificación como primer tiempo de aplicación de un cáustico, tendrá las mismas indicaciones de antes, pero en lesiones más extensas; asimismo en los escrofulodermas y tuberculosis fungosas

*Cáusticos químicos.* — Carecen de acción específica; negamos además que posean una acción electiva sobre el tejido enfermo. Tanto el ácido pirogálico, reductor fuerte, como el permanganato potásico en polvo, oxidante enérgico, como la potasa, el antimonio en forma; por ejemplo, del unguento verde empleado por Unna o el modificado por Darier, actúan todos solamente por impregnación de tejidos, formando una escara que se desprende luego; acción cáustica y escara que será mayor o menor según la concentración a que los usemos y sin que tenga valor en la actualidad el

excipiente, sea solución, pasta, pomada, cola o gelató, ya que pasaron a la historia las complicadas formas con que se revestían los pocos medicamentos que antes existían.

Los cáusticos son complementarios de los métodos anteriores es decir, indicados cuando ni la extirpación ni el raspado son posibles, por ejemplo, lesiones extensas o en mucosas, indicando ya nuestra impotencia y a su vez casi siempre impotentes para acabar con una lesión.

*Cauterio.*— El termo y el galvano tienen indicaciones muy limitadas, excepto en las úlceras tuberculosas y en el chancro primario.

El criocauterio, o simplemente la nieve de ácido carbónico, estará indicado en las lesiones muy superficiales, por ejemplo, el granuloma anular, sabañón, angioqueratoma, sarcoides superficiales, lupus eritematoide; la gran indicación de la nieve carbónica, el lupus eritematoso, ha cedido en gran parte el paso a los preparados de oro; en los casos resistentes a éstos, estará indicadísima.

El actinocauterio tiene indicaciones muy limitadas, todas sustituibles por otros medios.

*Fototerapia.*— Uno de los medios reaccionales capaces de provocar una reacción conjuntiva de limitación, reparación o enquistamiento.

La lámpara Finsen o Kromayer, de imposible aplicación a veces, difícil muchas, da, a quien más, por sí sola, un 30 ó 40 por 100 de curaciones, en el lupus. Reyn, con luz de arco de carbón afirma obtener un 90 por 100 de curaciones, usando una técnica especial que nosotros no hemos usado ni visto usar, y afirma también que la lámpara Kromayer, muy usada entre nosotros, es muy inferior a la Finsen. Puede complementar las curas cáusticas.

*Roentgen y radium.*— Muchísimo más penetrantes que los ultravioleta, pueden complementar como la fototerapia las curas cáusticas, pero con el enorme inconveniente de no poderse repetir las aplicaciones por la contingencia de las radionecrosis y las radiodermitis crónicas, que además facilitan la cancerización del lupus. De usarse el radium y rayos X será por una sola vez o en una sola serie. Indicaciones: lupus, sobre todo los localizados en cavidades inaccesibles a los ultravioletas, y tuberculosis verrugosa.

Descartamos, por no ser de nuestra incumbencia, la acción de los rayos X sobre los ganglios, sobre todo en el complejo primario.

*Tuerculinoterapia.*— Creemos que las tuberculinas en terapéutica de las tuberculosis cutáneas, están injustamente abandonadas. Creo asimismo que a pesar de los cuarenta años transcurridos, llevamos la rémora de los accidentes a que dieron lugar las grandes dosis de la primitiva linfa de Koch y de los accidentes de orden general y local a que dan lugar las dosis actuales cuando no se sienta bien la indicación, principalmente por no explorar, y desconocer, por tanto, una lesión visceral concomitante que contraíndique la cura por tuberculina.

Una vez más hay que insistir en el criterio de si las tuberculinas obran como antígeno inmunizando al tuberculoso; este fué el error de Koch al principio. Su valor específico estriba en actuar como excitantes de la infección (substancia excitatriz de Reiztoff) y consecutivamente sobre los productos de defensa (Sahli): es por lo tanto un estímulo del mecanismo de curación espontánea. Y tan cierta resulta la afirmación de Bernard, de ser la tuberculina el remedio de las tuberculosis espontánea. Afirmación que se deduce del mecanismo excitatriz de curación expuesto, que las tuberculosis cutáneas en que mejores resultados se obtienen son las que llamaríamos formas activas, es decir, las que en cortos plazos sufren grandes oscilaciones, brotes eruptivos y regresiones espontáneas. Creemos, pues, que es una falta grave no ensayarla.

Con el tratamiento tópico por pomadas de tuberculina se han visto pocos resultados apreciables y además inconstantes. Tan sólo Hufschmitt habla muy favorablemente de las pomadas con antígeno metílico.

El tratamiento por inyecciones hipodérmicas se ha querido substituir, desde hace tiempo, por las intradérmicas, y últimamente, mejor conocido el poder exofíltico de la piel y por razón de localización en el caso de las tuberculosis cutáneas extensas, se ha insistido de nuevo en el tratamiento intradérmico (métodos de Sahli, Ponndorf, diluido de Strasberg, isotópico de Stoelser).

Queremos corroborar la afirmación de otros clínicos de que con el tratamiento tuberculínico se observa el hecho de que las curaciones o las mejorías, cuando se presentan, se obtienen siempre en los comienzos de la medicación: después la lesión se estabiliza y resulta inútil insistir.

La acción fundente sobre los infiltrados a veces elefantíacos, y desecante y cicatrizante sobre los lupus fungosos y ulcerosos, no va ciertamente acompañada de fusión del lupoma.

La curación, frecuentemente y en corto plazo a veces, y la mejoría siempre, se ve en el eritema indurado, liquen escrofulosorum, acnitis. Casos de curación se afirman en la pitiriasis rubra pilar y granuloma anular por la tuberculina, vacuna Vaudremer (Gougerot) y el antígeno metílico (Lortat-Jacob). He publicado un caso de angioqueratoma de Mibelli, en brote agudo en las piernas, con Vernes-resorcina 107, enormemente mejorado con intradermo de T. A., empezando al 1 por 10.000, coincidiendo la mejoría clínica con una disminución de la alergia, que de muy fuerte pasó a normal.

El antígeno metílico de Negre y Boquet ha sido ensayado con buenos resultados, sobre todo, en las formas ulcerosas y vegetantes; buenos también en las lesiones mucosas.

*Auroterapia.*—El cianuro doble de oro y potasio, hace no muchos años bastante en uso, está actualmente completamente abandonado; los pocos resultados favorables que con él se obtenían han sido sobrepasados con los modernos preparados de oro, de composición muy variable, con porcentaje de oro en la molécula muy distinto, y cuyas soluciones acuosas se administran por vía venosa o subcutánea, según el preparado.

De la actualmente larga lista de compuestos áuricos (Aurocantan, Aurofhos, Solganal, Neocrisolo, Krysol, Trifal, Crisalbina, Thiocrysin, Sulfocrisol, Fosfocrisolo, Supragol, etc., etc.), he usado casi exclusivamente la Sanocrisina, desde que empecé, el año 1925, el tratamiento de las tuberculosis cutáneas, publicando los primeros resultados en *Revista Médica de Barcelona* (febrero de 1926).

Decía en esta publicación citada que era imposible afirmar el mecanismo de actuación de los preparados de oro, si por una acción específica quimioterápica o por acción catalítica en el concepto actual del posible mecanismo de actuación de algunos fármacos, o sea acelerando y activando el proceso de curación espontánea. Decía también que si la sanocrisina tenía una acción específica sobre la tuberculosis, su acción tenía que hacerse visible en las localizaciones cutáneas y afirmaba como primera conclusión, por cierto en pugna con las pocas observaciones hasta entonces hechas y publicadas, que la acción era beneficiosa sobre el infiltrado perilúptico, cicatrizante de las formas ulcerosas y de gran mejoría sobre el estado general. Estas afirmaciones han sido posteriormente corroboradas y actualmente es posible sentar ya un criterio formal sobre los resultados de la medicación áurica en las tuberculosis cutáneas, que hablan a favor de una acción específica. No de otro modo puede explicarse la acción curativa sobre algunas tuberculosis cutáneas, acción que se manifiesta a veces de un modo rápido, la mejoría casi siempre, y cuya acción no había sido igualada por ningún otro tipo de medicación hasta hoy día conocido.

Nosotros no hemos tenido otros accidentes de la medicación que los exantemas de tipo sarampionóide, más o menos discreto, de tipo escarlatiniforme y de tipo eczemático, vesiculoso o vésico-dematoso; estos últimos preferentemente acrodérmicos. Benignos siempre, curados en quince o treinta días, han respondido a un mecanismo anafiláctico (se admiten actualmente como patogenia de estos exantemas el biotrópico, sensibilización, y el tóxico de saturación). Se ha señalado algún caso de muerte por eritrodermia (Jausion) que se atribuye a dosis excesivas.

Otro accidente observado, una sola vez, ha sido una nefritis, actualmente en vías de curación y, por fin, estomatitis ulcerosas, benignas.

Si las grandes dosis evitan los accidentes de orden tóxico de saturación, las pequeñas no evitan los de tipo anafiláctico, que se presentan a la segunda o tercera inyección. Suspendida temporalmente la medicación, he podido a veces emprenderla de nuevo sin observar ningún accidente.

Actualmente el problema de las dosis está resuelto a favor de las dosis pequeñas. Empezando en un adulto con dosis de 0,05 g. de sanocrisina, creo que no debe sobrepasarse la dosis de 0,35 a 0,40 por inyección, espaciando éstas de cinco a quince días, a medida que aumenta la dosis. Con estas dosis se obtienen los mismos resultados que con dosis mayores. Nosotros practicamos series de 12 a 15 inyecciones.

*Resultados clínicos.*—La acción rápida, curativa en todos mis casos, de la sanocrisina en el *lupus eritematoso*, es tan sólo comparable, a veces, a la de los arsenicales en el secundarismo de la sífilis. Las observaciones coinciden todas en la acción beneficiosa, altamente satisfactoria siempre, curativa en las estadísticas de Pautrier, Schreiner y Martenstein, Schamberg y Cortella. Algunos autores indican tan sólo un predominio de curaciones y el resto de mejorías, tal por ejemplo, la estadística de Balkin y la de Whitehouse y Bechet.

Repetimos, pues, que en nuestros 12 casos hemos obtenido siempre la curación, habiéndose iniciado ya desde la segunda o tercera inyección, y esta curación se ha logrado lo mismo en las formas fijas, cretáceas, que en los eritemas centrífugos, habiendo bastado una serie de 10 a 12 inyecciones. Gougerot afirma que los casos de intolerancia son los que mejor obedecen al oro; pasada una eritrodermia, las lesiones aparecen muy mejoradas, más mejoradas de lo que correspondería a la dosis administrada y que provocó la intolerancia.

Aparte del lupus eritematoso, se han publicado curaciones de tuberculides papulonecróticas, sarcoides y eritema indurado. La acción sobre el lupoma es escasa, aun cuando a veces se ve la desaparición de alguno; el lupus se descongiona, se aplanan el infiltrado o el fungus y favorece la cicatrización. En la tuberculosis colicuvativa hemos observado casos de curación. Tenemos una observación de úlcera tuberculosa del labio superior curada exclusivamente con sanocrisina.

En resumen: donde más se manifiesta la acción de la sanocrisina es en el lupus eritematoso, siguiéndole las tuberculosis atenuadas, y mejorando los lupus. Creemos, pues, que esta medicación debe constituir la medicación de fondo primordial de las tuberculosis cutáneas; el no ensayarlas sería por lo menos un olvido imperdonable.

*Actinoterapia.*— Otro error inexplicable es el abandono que en nuestro país, en nuestro ambiente por lo menos, se tienen los rayos ultravioleta.

Dé acción poco penetrante, detenidos la mayor parte por la capa córnea, los ultravioleta deben provocar clínicamente un eritema. Absorbidos por el cuerpo mucoso de Malpighio, son transformados en energía térmica (Rollier) y obran como choc peptónico o provocan la síntesis de la vitamina antirraquitica a expensas de la colesteroína. (Dramond), muy abundante en la epidermis y dermis, acciones éstas que han de tener un valor enorme, modificando y estimulando las defensas del organismo contra la infección. Por esto a una escasa o nula acción local contrarresta la beneficiosa acción general.

Sin contraindicación alguna, la helioterapia o la actinoterapia artificial está indicada en todas las tuberculosis cutáneas, tanto en las formas crónicas como en las agudas.

*Dieta de Gerson.*— La dieta de Gerson, suprimiendo el cloruro sódico de la alimentación, ha dado resultados dignos de tenerse en cuenta. La mejoría del estado general y el aumento de peso es evidente en todos los casos; nosotros lo hemos comprobado. Ensayado principalmente en los lúpicos, se ha visto con frecuencia una desinfiltración de lesiones abiertas, ulcerosas o fungosas.

La consideramos, pues, como medicación utilizable: sobre todo en los casos crónicos que dan tiempo para todo, por ejemplo, en los descansos de la medicación áurica y antigénica de los grandes lupus.

*Medicaciones coadyuvantes.*— Vitaminas, aceite de hígado de bacalao, iodo, sales de calcio, pueden ayudar a levantar el tono general del organismo y defenderlo contra el germen de ataque.

Tanto con la sanocrisina, como con las tuberculinas, como con la actinoterapia, las tres grandes medicaciones de la tuberculosis, no nos es actualmente imputable la afirmación que hizo hace treinta años la escuela francesa a la tuberculina de "falta de respeto a la vida humana" por los accidentes a que puede dar lugar, accidentes cada vez menos frecuentes y más atenuados.

Creo, por el contrario, una falta grave, como desgraciadamente ocurre sobre todo entre dermatólogos, tratar las tuberculosis cutáneas con sólo recursos terapéuticos de acción local, criterio éste muy extendido entre nosotros; el dermatólogo no puede ni debe abandonar sin tratamiento a un organismo tuberculoso.