

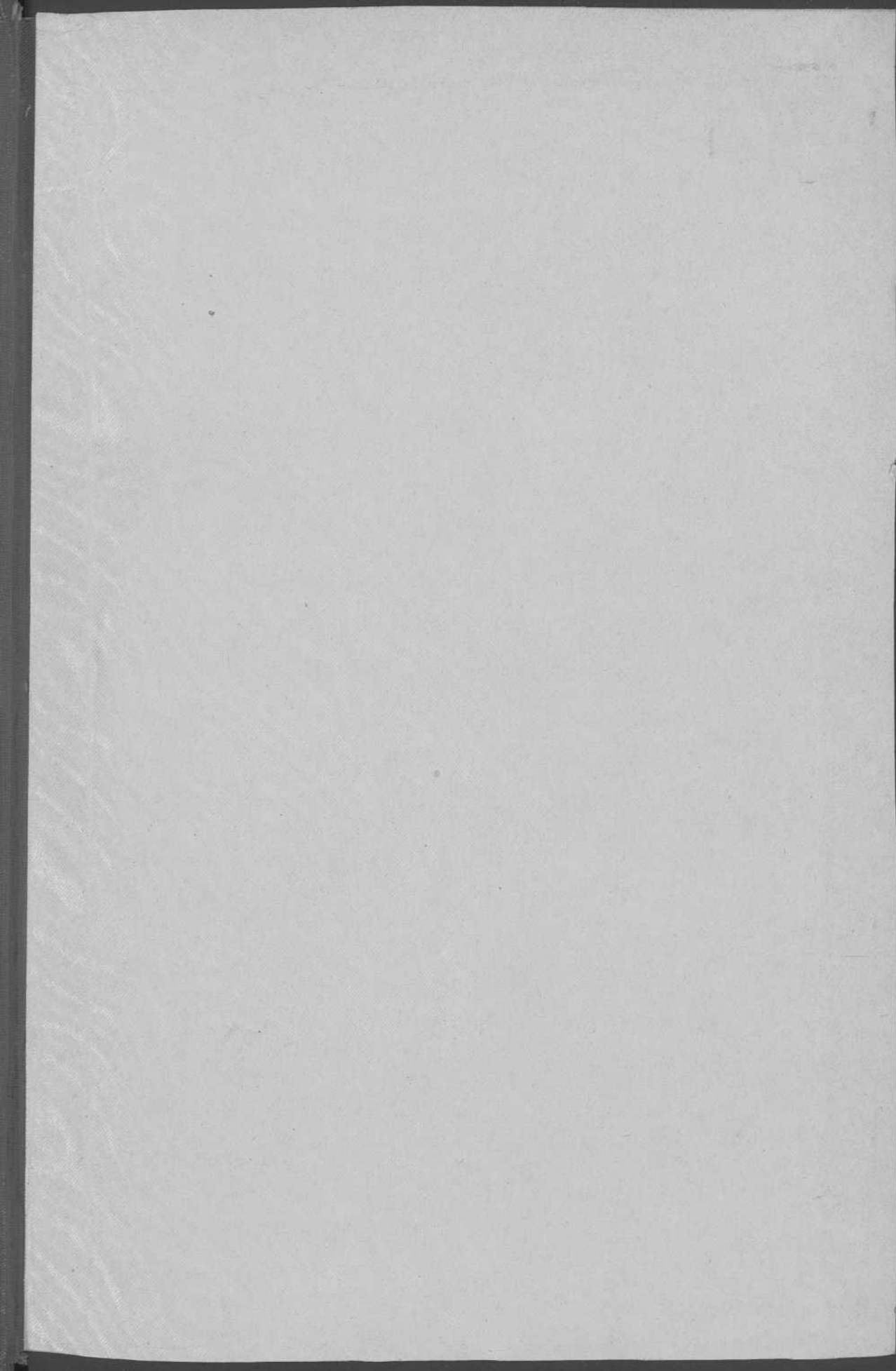
A. Robin

TRATADO
DE
TERAPÉUTICA
APLICADA



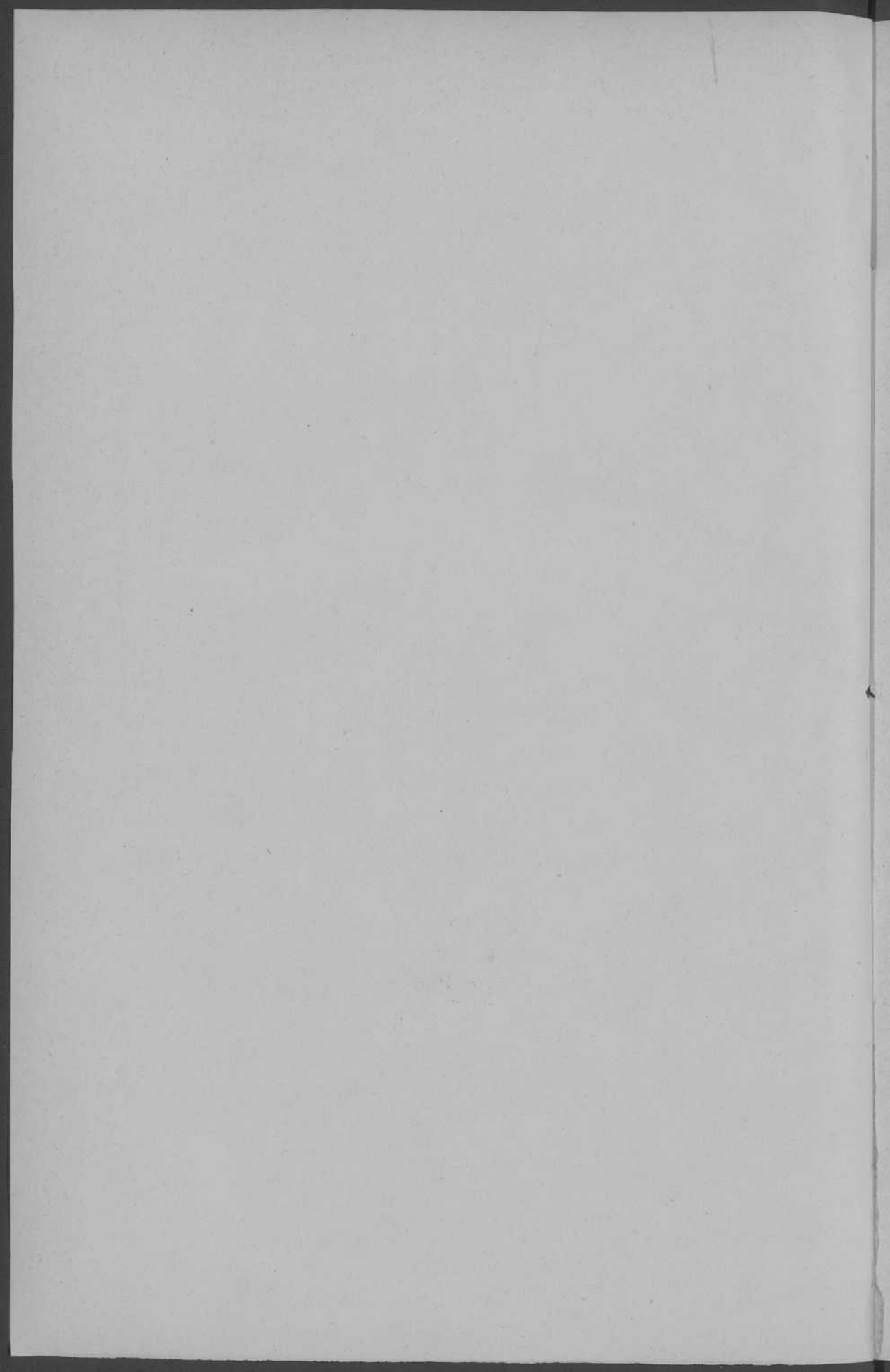


100000



93
29

TRATADO
DE
TERAPEUTICA
APLICADA



TRATADO
DE
TERAPÉUTICA
APLICADA





R. 6917

TRATADO
DE
TERAPÉUTICA
APLICADA

PUBLICADO BAJO LA DIRECCIÓN

DE

Alberto Robin

MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

CON LA COLABORACIÓN

DE LOS MÁS EMINENTES MÉDICOS FRANCESES

ESPECIALIDADES

TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL

POR

J. Torominas y Sabater

Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Y

OTROS DISTINGUIDOS PROFESORES

TOMO VII

Tratamiento de las enfermedades de la piel. — Tratamiento
de las enfermedades mentales

ILUSTRADO CON 4 FIGURAS EN COLORES



BARCELONA
JOSÉ ESPASA, EDITOR

221, CALLE DE LAS CORTES, 221

Es propiedad

LISTA DE COLABORADORES

- Achard**, agregado de la Facultad de París, médico de los hospitales.
- Arnozan**, catedrático de la Facultad de Burdeos.
- Aubert**, médico de los hospitales de Lion.
- Audry**, médico de los hospitales de Lion.
- Auvard**, comadrón de los hospitales de París.
- Ballet**, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
- Balzer**, médico del hospital Saint-Louis.
- Barbe**, jefe del laboratorio de dermatología del hospital Saint-Antoine.
- Bardet**, redactor jefe del *Bulletin de Thérapeutique*.
- Barié**, médico del hospital Tenon.
- Barth**, médico del hospital Necker.
- Baumel**, agregado de la Facultad de Montpellier.
- Bergé**, ex-interno de los hospitales de París.
- Besnier**, miembro de la Academia de Medicina de París, médico honorario del hospital Saint-Louis.
- Blanchard**, miembro de la Academia de Medicina de París, profesor de la Facultad de París.
- Blin**, médico del hospicio de Vaucluse.
- Boinet**, médico de los hospitales, agregado de las Facultades, profesor de la Escuela de Marsella.
- Boissard**, comadrón del hospital Tenon.
- Bouilly**, agregado de la Facultad de París, cirujano del hospital Cochin.
- Bourcy**, médico del hospital Tenon.
- Brault**, médico del hospital Tenon.
- Brissaud**, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
- Brocq**, médico del hospital Broca.
- Brousse**, agregado de la Facultad de Montpellier.
- Bucquoy**, miembro de la Academia de Medicina de París, médico honorario del Hôtel-Dieu.
- Budin**, miembro de la Academia de Medicina de París, comadrón de la Maternidad.
- Calmette**, director del Instituto Pasteur de Lille.
- Capitan**, médico consultor de la Pitié.
- Catrin**, agregado del Val-de-Grâce.
- Chandelux**, agregado de la Facultad de Lion.
- Charpentier**, miembro de la Academia de Medicina, agregado de la Facultad de París.
- Chaslin**, médico del hospicio de Bicêtre.
- Chauffard**, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Cochin.
- Chevallereau**, médico de la Clínica de los Quinze-Vingts.
- Comby**, médico del hospital de los Enfants-Malades.
- Dalché**, médico de los hospitales de París.
- Dreyfus-Brisac**, médico del hospital Lariboisière.
- Dubreuilh**, agregado de la Facultad de Burdeos, médico de los hospitales.
- Ducamp**, agregado de la Facultad de Montpellier.
- Du Castel**, médico del hospital Saint-Louis.
- Dumontpallier**, miembro de la Academia de Medicina, médico honorario del Hôtel-Dieu.
- Estor**, profesor de la Facultad de Montpellier.
- Etienne**, agregado de la Facultad de Nancy.
- Faisans**, médico del hospital de la Pitié.
- Féré**, médico del hospicio de Bicêtre.
- Fournier**, miembro de la Academia de Medicina, catedrático de la Facultad de París.
- François Franck**, miembro de la Academia de Medicina.
- Galliard**, médico del hospital Saint-Antoine.
- Garel**, médico de los hospitales de Lion.
- Gaucher**, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
- Gellé**, miembro de la Sociedad de Biología.
- G. de la Tourette**, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Hérold.
- Giraudau**, médico del hospital Tenon.
- Gouguenheim**, médico del hospital Lariboisière.
- Grasset**, catedrático de la Facultad de Montpellier.
- Hallopeau**, miembro de la Academia de Medicina, médico del hospital Saint-Louis.
- Haushalter**, agregado de la Facultad de Nancy.
- Hirtz**, médico del hospital Laënnec.
- Huchard**, médico del hospital Necker.
- Huet**, jefe del laboratorio de electroterapia en la clínica de la Salpêtrière.
- Hugenschmidt**, médico de la Facultad de París.
- Hutinel**, catedrático de la Facultad de París, médico de los Enfants-Assistés.
- Janet**, agregado de la Facultad de letras de París, doctor en medicina.

- Joffroy**, profesor de la Facultad de París, médico del asilo Sainte-Anne.
- Josias**, médico del hospital Trousseau.
- Kalt**, médico de la clínica de los Quinze-Vingts.
- Kelsch**, miembro de la Academia de Medicina, director de la Escuela de Sanidad militar de Lion.
- Labadie-Lagrave**, médico del hospital de la Charité.
- Laborde**, miembro de la Academia de Medicina de París.
- Lancereaux**, miembro de la Academia de Medicina de París, médico del Hôtel-Dieu.
- Lannois**, agregado de la Facultad de Medicina de Lion, médico de los hospitales.
- Laveran**, miembro de la Academia de Medicina de París.
- Leloir**, catedrático de la Facultad de Lille.
- Lemoine**, catedrático de la Facultad de Lille.
- Leredde**, ex-interno de los hospitales de París.
- Lermoyez**, médico del hospital Saint-Antoine.
- Londe**, ex-interno de los hospitales de París.
- Lubet-Barbon**, ex-interno de los hospitales de París.
- Lyonnet**, médico de los hospitales de Lion.
- Magitot**, miembro de la Academia de Medicina.
- Magnan**, miembro de la Academia de Medicina de París, médico del asilo Sainte-Anne.
- Mairet**, decano de la Facultad de Montpellier.
- Manquat**, agregado del Val-de-Grâce.
- Marie**, agregado de la Facultad de París, médico del hospicio de Bicêtre.
- H. Martin**, médico del hospital Tenon.
- Mathieu**, médico del hospital Andral.
- Ménière**, médico de la Institución de los Sordomudos.
- Merklen**, médico del hospital Laënnec.
- Mollard**, ex jefe de los trabajos biológicos de la Facultad de Lyon.
- Mossé**, profesor de la Facultad de Tolosa.
- Musellier**, médico del hospital Lariboisière.
- Neuter**, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Trousseau.
- Cettinger**, médico del hospital Broussais.
- Panas**, miembro de la Academia de Medicina de París, profesor de la Facultad de París.
- Parinaud**, ex-interno de los hospitales de París.
- Pécharman**, médico de los asilos de la Seine.
- Peyrot**, agregado de la Facultad de París, cirujano del hospital Lariboisière.
- Pitres**, decano de la Facultad de Burdeos.
- Pozzi**, miembro de la Academia de Medicina de París, cirujano del hospital Broca.
- Rauzier**, agregado de la Facultad de Montpellier.
- Rémond**, agregado de la Facultad de Tolosa.
- Renaut**, catedrático de la Facultad de Lion.
- Rendu**, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Necker.
- Ricard**, profesor agregado de la Facultad de París.
- Richardière**, médico del hospital Trousseau.
- Ritti**, médico del asilo de Charenton.
- Sabouraud**, jefe del laboratorio de la clínica del hospital Saint-Louis.
- Sarda**, agregado de la Facultad de Montpellier.
- Schmitt**, catedrático de la Facultad de Nancy.
- Segond**, agregado de la Facultad de París, cirujano de la Salpêtrière.
- Sérieux**, médico de los asilos de alienados de la Seine.
- Siredey**, médico del hospital Saint-Antoine.
- Sollier**, ex-jefe de clínica de las enfermedades mentales en la Facultad de París.
- Spillmann**, catedrático de la Facultad de Nancy.
- Springer**, jefe de laboratorio de la clínica médica de la Charité.
- Straus**, miembro de la Academia de Medicina, catedrático de la Facultad de París.
- Talamon**, médico del hospital Tenon.
- Tapret**, médico del hospital Saint-Antoine.
- Teissier**, catedrático de la Facultad de Lion.
- Thévenet**, ayudante de clínicas de la Facultad de Lion.
- Troisier**, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Beaujon.
- Valude**, médico de la Clínica de los Quinze-Vingts.
- Verchere**, cirujano de Saint-Lazare.
- Vinay**, médico de los hospitales de Lion.
- Weber**, antiguo interno de los hospitales de París.
- Weill**, agregado de la Facultad de Lion.

Colaboradores del tomo séptimo

H. HALLOPEAU

Miembro de la Academia de Medicina
Médico del hospital Saint-Louis

R. DU CASTEL

Médico
del hospital Saint-Louis

L. BROcq

Médico del hospital Broca

W. DUBREUILH

Profesor agregado
de la Facultad de Burdeos

P. AUBERT

Médico de los hospitales
de Lion

C. BARBE

Jefe del laboratorio de dermatología
del hospital Saint-Antoine

R. SABOURAUD

Jefe del laboratorio
del hospital Saint-Louis

H. LELOIR

Profesor
de la Facultad de Lille

E. GAUCHER

Profesor agregado
de la Facultad de París

E. BESNIER

Miembro de la Academia de Medicina
Médico del hospital Saint-Louis

ALBERTO ROBIN

Miembro de la Academia
de Medicina

E. LEREDDE

Ex-interno
de los hospitales de París

V. MAGNAN

Miembro de la Academia de Medicina

A. MAIRET

Decano de la Facultad
de Montpellier

A. PÉCHARMAN

Médico de los asilos de alienados
de la circunscripción de París

E. BLIN

Médico del asilo de Vaucluse

P. SOLIER

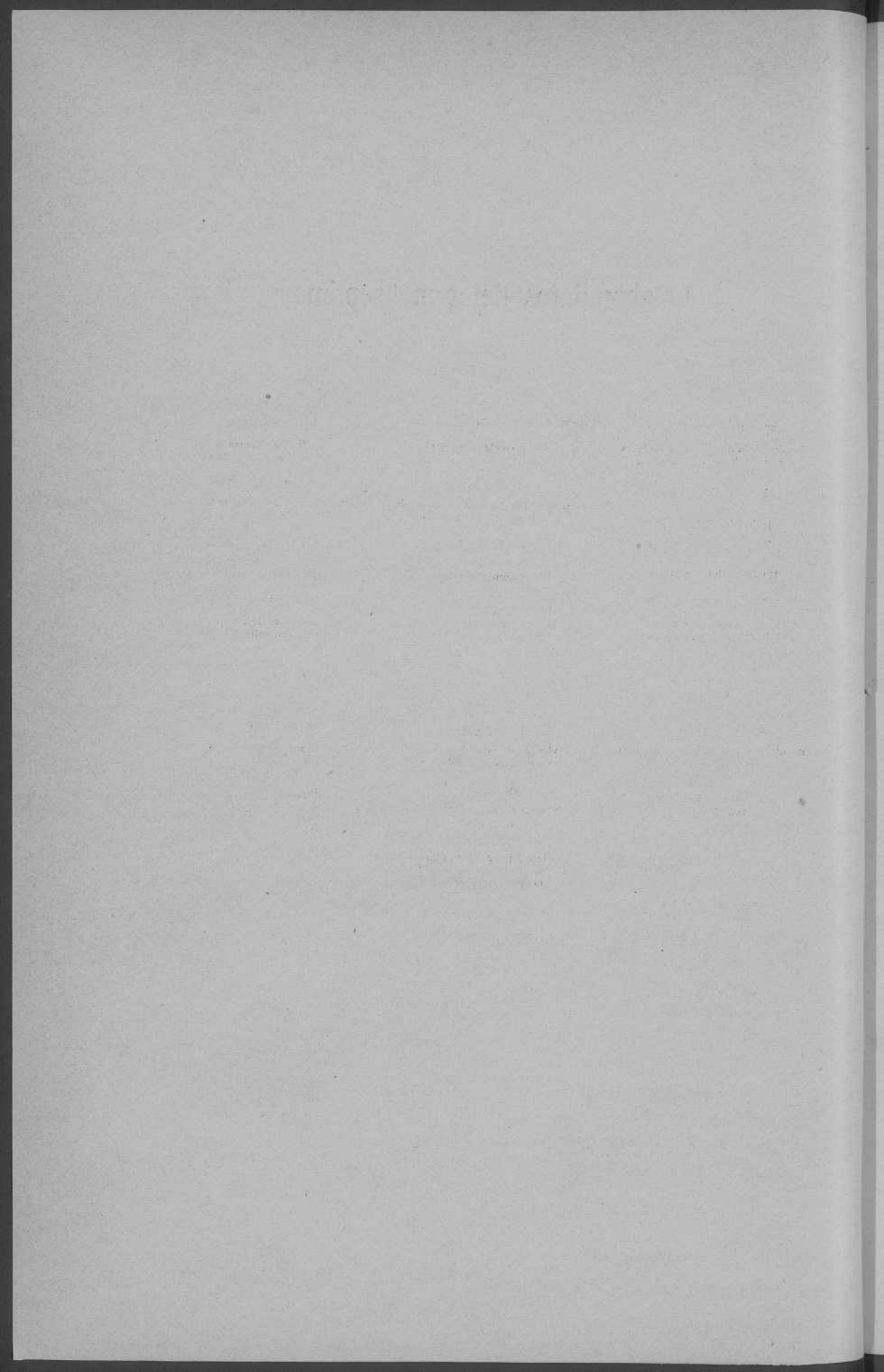
Antiguo jefe de clínica adjunta
de las enfermedades mentales
de la Facultad de París

PH. CHASLIN

Médico adjunto de la Salpêtrière

A. RITTI

Médico del asilo nacional
de Charenton



TRATAMIENTO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA PIEL

CAPÍTULO PRIMERO

NOCIONES PATOLÓGICAS É INDICACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

sobre las

ENFERMEDADES DE LA PIEL

POR

H. HALLOPEAU

Médico del hospital de San Luis, agregado de la Facultad de París
Miembro de la Academia de Medicina

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I.

División de las indicaciones en patología cutánea

En toda enfermedad, nos sugieren las indicaciones terapéuticas:
1.º la *causa próxima* que provoca y á menudo domina toda la evolución morbosa, y las *causas secundarias* que pueden intervenir posteriormente;
2.º los *procesos* engendrados por estas causas y las *lesiones* resultantes;
3.º los *síntomas* dependientes de estos procesos.

Estas indicaciones llenarían todo el *desiderátum* si fuera posible cumplirlas; pero desgraciadamente, en la piel, como en los otros órganos, bien que quizás en menor grado, dista mucho de suceder así.

En primer lugar, la *causa próxima* escapa con frecuencia á nuestros medios de acción, como á nuestras investigaciones; se ignora, como veremos, la causa de las predisposiciones diatésicas originadas por varias influencias accidentales. Diversas enfermedades que en realidad constituyen especies morbosas reconociendo por consecuencia una sola y pecu-

liar causa, nos son igualmente desconocidas en su esencia: por ejemplo, citaremos entre ellas, el liquen de Wilson, la pitiriasis rubra pilosa de Devergie-Richaud-Besnier y el liquen crónico simple de Vidal; sólo, pues, empíricamente podemos obrar sobre ellas.

Numerosas dermatosis, por otra parte, no ofrecen la condición etiológica que acabamos de indicar, no reconocen una sola y peculiar causa, y por múltiples influencias pueden desarrollarse con caracteres muy análogos y difíciles de diferenciar: dependen de un mismo proceso producido por distintas causas. Estas dermatosis no constituyen enfermedades en la verdadera acepción de esta palabra; continuamos denominándolas *afecciones*, nombre quizás hoy día desusado, pues apenas se halla en las obras modernas; pero digno de ser conservado y de verdadera utilidad, por responder á una exacta interpretación de los hechos.

Señalaremos, como tipos de afecciones, los eczemas, los eritemas, las púrpuras, las urticarias, los acnés, los pénfigos, las hipercrinias, etc. En estos estados morbosos, las indicaciones causales son por necesidad múltiples, y muy á menudo están fuera del alcance de nuestros medios de acción.

Debe reconocerse, sin embargo, que, en esos últimos años, ha disminuido de un modo notable el número de estas afecciones correspondientes á estados morbosos poco diferenciados, siendo uno de los mayores progresos de nuestra escuela dermatológica contemporánea, el haber distinguido, entre los estados morbosos agrupados bajo una misma denominación, tipos formando *especies* y mereciendo por tanto el nombre de *enfermedades*.

Las indicaciones que se derivan de los *procesos* se confunden en parte con las que sugiere la causa próxima, en el sentido de que ésta obra á menudo durante todo el curso de la enfermedad, y el proceso que le está íntimamente subordinado se desarrolla y extingue con ella; así sucede, por ejemplo, en la mayoría de las inflamaciones y de las distrofias de origen parasitario. No tienen otra explicación los resultados, á veces tan sorprendentes, del tratamiento abortivo de la erisipela, lo mismo que la acción de los mercuriales en las sífilides y la del yoduro de potasio en los gomas sífilíticos; así, bajo la influencia de simples preparaciones boricadas, vense de un día al otro, por decirlo así, desaparecer impétigos, lo mismo que el eczema producido por el acaros, y los trastornos de nutrición que provoca el tricofton en las regiones accesibles á las medicaciones locales, curan con frecuencia tan luego el parásito ha sido destruido. Con todo, no puede aplicarse de una manera absoluta á los procesos morbosos el axioma *«sublata causa tollitur effectus»*, como

lo atestiguan los que son provocados por la acción de sustancias irritantes sobre el tegumento: tal es, por ejemplo, la dermatitis pustulosa determinada por la aplicación del aceite de crotón, puesto que la inflamación sigue su curso, aunque la acción irritante haya sido pasajera; puede suceder, asimismo, sobrevenir una flegmasía después de una simple aplicación de tintura de árnica, la que, caracterizada en un principio por hinchazón y rubicundez, tórnase á veces vesiculosa y pustulosa, prolongándose de este modo más de quince días; el proceso puede, pues, tener evolución propia, independiente de su causa inicial.

Cabe preguntarse si verdaderamente de esos procesos se originan indicaciones terapéuticas, pues en realidad no son otra cosa que maneras de reaccionar del organismo contra las perturbaciones ocasionadas en su nutrición y en sus funciones por diversas causas nocivas; constituyen de esta suerte actos de defensa, debiendo, por consiguiente, considerarse como de verdadera utilidad. No es dudoso, por ejemplo, que los fenómenos de reacción provocados por los microbios piógenos tienden á circunscribir su acción y favorecen su destrucción por fagocitosis. Probablemente ocurre lo mismo con las neoplasias inflamatorias cuyo desarrollo es producido por diversos agentes infecciosos; y por tanto, parecería inútil toda acción terapéutica. No es posible, sin embargo, aceptar rigurosamente esta conclusión; de una parte, en efecto, los fenómenos de reacción pueden acentuarse extremadamente convirtiéndose entonces en perjudiciales, por lo que ha de procurarse moderarlos; por otra, pueden constituir simplemente epifenómenos sin acción curativa sobre la enfermedad: citaremos como ejemplo, el eczema escabieico; y otras veces, en fin, la reacción provocada por el agente infeccioso es impotente, al mismo tiempo que perjudicial desde otros puntos de vista: tal ocurre en las supuraciones tricofíticas.

Existen, pues, indicaciones surgidas de los procesos morbosos.

Siendo las *lesiones* el resultado de los procesos, dan lugar á las mismas indicaciones, pudiendo además por sí mismas proporcionarlas; así precisa la intervención terapéutica en la excoriación consecutiva á las erupciones vesiculosas, pustulosas y ampollosas, en las exfoliaciones epidérmicas y en las hiperkeratosis.

Finalmente, atendiendo á los diversos órdenes de indicaciones que acabamos de enumerar es cómo se cumplen muchas veces las *indicaciones sintomáticas*. Así el frote hace desaparecer con frecuencia el prurito de la sarna, y se evitan las sensaciones penosas que acompañan á la urticaria impidiendo, por medio de un apósito, que esta erupción se desarrolle. No obstante, fuera de estos casos, que constituyen la regla

general, existen otros en que parece ser el propio síntoma manantial de indicaciones. Consideremos, por ejemplo, el prurito escabieico: sabemos que si bien frecuentemente, como ya hemos dicho, éste desaparece tan pronto el *acarus* ha sido destruído, existen, por el contrario, individuos en los cuales, sin duda por motivo de un estado neuropático indeterminado, la sensación penosa provocada al rascarse se prolonga durante semanas después de la curación de la enfermedad, y en ausencia de toda erupción que no sea la producida por la misma acción de rascar; asimismo, el prurito vulvar y el anal pueden aparecer y persistir intensamente, sin lesiones suficientes que lo expliquen. La experiencia nos enseña, por otra parte, que con un tratamiento local de aplicaciones emolientes es posible aliviar de un modo notable los sufrimientos que producen las flegmasías cutáneas; de esta suerte se modifica sin duda la hiperemia cutánea, y así se explica en parte el alivio conseguido, pudiendo admitirse verosimilmente una acción concomitante sobre las terminaciones de los nervios sensitivos y contribuyendo así á disminuir el dolor.

Se desprende de estas consideraciones, que la división formulada anteriormente, con las reservas indicadas, puede servirnos de guía en el estudio general de las indicaciones terapéuticas.

II

Indicaciones que derivan de las causas

Las causas de las dermatosis pueden ser *intrínsecas* ó *extrínsecas*.

A. — CAUSAS INTRÍNSECAS

Estudiaremos, por una parte, los *vicios de nutrición congénitos generales ó locales*, y por otra, los *trastornos que pueden sufrir las funciones de los diferentes órganos*.

1.º Vicios de nutrición

Debemos colocar en primer lugar, las *diátesis*. Reciben esta denominación ciertas modificaciones del tipo fisiológico, cuyo efecto es disminuir la resistencia del organismo contra determinadas influencias morbosas, predisponerle á ciertas afecciones é imprimir á sus reacciones una fisonomía especial. Son dos: el artrismo (incluyendo el antiguo herpetismo) y el escrofulismo.

Sus manifestaciones son muchas veces provocadas por una influencia extrínseca accidental, como una irritación ó una invasión local microbiana.

Las recientes investigaciones, extendiendo tan considerablemente el campo de las enfermedades infecciosas, parecen haber reducido la importancia del papel que las generaciones precedentes atribuían á las diátesis. Estos estados constitucionales á menudo obran proporcionando terreno abonado á ciertos microbios; esto sucede evidentemente en el escrofulismo: la mayor parte de las afecciones que se le atribuían hasta hace poco tiempo, no son otra cosa que localizaciones diversas de la tuberculosis.

Probablemente una parte de las dermatosis que hasta estos últimos tiempos se atribuían al artrismo, dependen igualmente de invasiones microbianas, aunque la demostración directa no haya podido conseguirse todavía: así ocurre verdaderamente en el reumatismo articular agudo, y en consecuencia, en las erupciones que le acompañan, como también en los eritemas polimorfos y en la pitiriasis rosa.

En la actualidad, debe reservarse el nombre de *arthritis* á la predisposición que ofrecen ciertos individuos á padecer de artropatías subagudas ó crónicas, jaquecas, asma nervioso, broncorrea, enfisema pulmonar, dispepsia, hemorroides, y como afecciones cutáneas, de eczema, seborrea conduciendo á una alopecia precoz, acné y también de ciertas psoriasis: uno de los caracteres del artrismo es la intensidad con que reaccionan los tegumentos contra la influencia de las irritaciones en ellos localizadas. Se desconoce hasta el presente cuál es la causa próxima de este estado diatéxico. Bouchard ha señalado un retardo en la nutrición, y Gaucher sostiene que se debe á una autointoxicación por los productos azoados incompletamente quemados; sea cual fuere la importancia de este último factor, no es bastante, á nuestro entender, para explicarnos la generalidad de los casos: efectivamente, de una parte, la producción de la seborrea y de las afecciones relacionadas con ella más bien indica un trastorno en la elaboración de las sustancias hidrocarbonadas; y de otra, la aparición del asma, así como la intensidad tan notable de la reacción cutánea bajo la influencia de los tópicos irritantes, más bien abogan en favor de *neurosis secretorias y vasomotoras*.

Se atribuye, con ó sin razón, á los alcalinos cierta acción sobre la diátesis artrítica.

Por las relaciones que guarda con un exceso de ingresos respecto de los gastos, las indicaciones principales que deben cumplirse son: el ejercicio al aire libre y una alimentación moderada.

Cabe preguntarse si será siempre conveniente combatir las manifestaciones cutáneas de esta diátesis, por ejemplo, los eczemas muy extensos; pues se ha observado muchas veces, entre esta dermatosis y las manifestaciones viscerales, una especie de sustitución, particularmente por parte de las vías respiratorias. La mayor circunspección es, pues, de rigor en estas circunstancias.

La idea de *escrofulismo* se confunde hoy día con la del predominio del sistema linfático; este estado constituye una poderosa é innegable predisposición para la tuberculosis y á él se han atribuído los eczemas, impétigos y también las adenopatías cuya naturaleza tuberculosa no ha podido demostrarse.

El escrofulismo se trata eficazmente colocando á los individuos en buenas condiciones higiénicas, particularmente á orillas del mar; coadyuvan de un modo favorable las preparaciones yodadas y el aceite de hígado de bacalao.

Las predisposiciones conocidas con el nombre de *idiosincrasias* escapan por completo á la acción de la terapéutica.

No ocurre lo mismo en las que constituyen la *receptividad* y la *inmunidad morbosas*.

Las privaciones, las malas condiciones higiénicas, y los excesos de todas clases pueden colocar al organismo en condiciones de mayor receptividad; alterándose el género de vida, se modifican asimismo las condiciones del terreno.

Los resultados recientemente obtenidos por las inyecciones de toxinas específicas, permiten abrigar la esperanza de que en el día de mañana podrá colocarse al organismo en condiciones de inmunidad frente á las enfermedades infecciosas más temibles.

Nosotros hemos conseguido, al igual que H. Roger, algunos resultados favorables tratando localmente el lupus por las inoculaciones de toxinas erisipelatosas. Además, Richet y Héricourt, como hemos podido comprobarlo, han logrado ejercer una acción indiscutible, aunque desgraciadamente pasajera, sobre la incubación de neoplasias cancerosas, introduciendo en el organismo toxinas de esta misma naturaleza; en realidad, las *predisposiciones locales* que favorecen el desarrollo de las neoplasias malignas ó benignas, tales como los carcinomas, los epiteliomas, los nevos y los xantomas, permanecen hoy por hoy poco accesibles á nuestros medios de acción como no sea la ablación total, y sabido es sobradamente que ésta es á menudo impracticable.

2.º Trastornos funcionales

Se consideran estos trastornos causas muy importantes de dermatosis.

La *insuficiencia urinaria* puede producir un prurito intenso y persistente, mas raras veces la púrpura.

La *diabetes* se traduce á menudo por afecciones cutáneas que dividiremos, con Brocq, en dos categorías.

Unas son directamente provocadas por la acción irritante de la orina cargada de azúcar y de los fermentos que en ella se producen, consistiendo en un prurito que va acompañado generalmente de eritema ó de eczema agudo ó crónico; estas alteraciones se localizan en las regiones que pueden estar en contacto con la orina cargada de glucosa y también en las partes vecinas, especialmente las ingles y el periné.

Otras se desarrollan en distintas regiones de la superficie cutánea por un mecanismo todavía poco conocido; consisten á veces en papilomas, más á menudo forúnculos, ántrax ó gangrenas, las que pueden extenderse mucho en superficie y profundidad. Lo más indicado en estos casos es el tratamiento general, asociándolo al local por los antisépticos no irritantes y los medios propios para calmar el prurito.

Los trastornos de las *funciones biliares*, al traducirse en ictericia, es cuando principalmente obran sobre la piel; la materia colorante de la bilis, infiltrándose en el dermis, ocasiona un prurito intenso, seguido de una erupción de prurigo, que resisten á todo tratamiento hasta que el curso de la bilis se restablece: es, pues, la ictericia el punto de mira de la terapéutica. La acolia, por otra parte, puede ocasionar la producción de múltiples hemorragias cutáneas.

Los trastornos de las *funciones digestivas* y los *de la alimentación viciosa*, constituyen un factor importante en la producción de las dermatosis.

Las fermentaciones anormales que se originan en la *dilatacion gástrica* pueden traducirse por la aparición de eczema, urticaria ó acné, lográndose en estos casos, por un tratamiento adecuado de la afección gástrica, obrar eficazmente sobre las dermatosis.

La génesis microbiana productora del eczema seborreico parece depender primordialmente de la eliminación de materias grasas en cantidad ó calidad anormales: para combatir con provecho esta dermatosis, los medios generales indicados consisten en disminuir la alimentación que produzca aquellas materias y atacar las fermentaciones anormales que pueden causar la alteración.

Las ptomáinas, cuyo paso á la sangre constituye, como es muy verosímil, la causa principal de la mayor parte de las formas del pénfigo crónico, comprendiendo también la dermatitis herpetiforme, ¿pueden considerarse engendradas en el estómago? Cabe esta suposición, aunque hasta el presente no se ha conseguido dar la demostración directa, y en esta hipótesis, los antisépticos gástricos se recomiendan para combatir esas dermatosis.

Las alteraciones de las *cápsulas suprarrenales* originan á veces la melanodermia; no nos es posible ejercer acción alguna sobre ellas.

Los *trastornos cardíacos* alteran la nutrición de la piel, por el obstáculo que oponen á la circulación venosa, ó bien por las embolias: de ello provienen, ora púrpuras, ora eritemas, que pueden hacerse desaparecer compensando con una medicación adecuada la lesión valvular, y hasta finalmente gangrenas.

Los *trastornos de la inervación*, como lo ha demostrado principalmente Leloir, son causa frecuente de dermatosis. En efecto, los nervios, ya directamente, ya por intermedio de los vasos, influyen de cierto modo en la nutrición de la piel, derivándose á veces de esta influencia las más variadas alteraciones.

Debe admitirse, en primer término, la existencia de dermatosis de *origen psíquico*, refiriéndonos á las diversas formas de estigmas que pueden producirse en distintas regiones de la superficie cutánea de los alucinados, pero más particularmente en sus extremidades; y son, ó bien simples eritemas ó bien lesiones más profundas, como las erupciones ampollasas; *por sugestión* pueden aparecer fenómenos análogos (Bernheim, Dumontpallier, Luys). Evidentemente, en casos semejantes, la acción terapéutica debe dirigirse al estado mental.

Las *encefalopatías* pueden determinar lesiones pasivas de la piel consecutivas á la anestesia y á la parálisis, las cuales impiden que los enfermos traten de librar á ciertas partes del cuerpo de compresiones sobrado prolongadas; estas lesiones tardan en producirse.

Las alteraciones de comienzo brusco de las regiones del cerebro que atraviesa el tractus motor pueden igualmente dar lugar á lesiones tróficas cuyo desarrollo es tan rápido que suponen necesariamente un trastorno trofoneurótico, debiéndose á Charcot el haber puesto en claro estos hechos.

Estos dos órdenes de lesiones cutáneas, las pasivas y las activas, pueden asimismo observarse en las afecciones de la *médula* y de los *troncos nerviosos*.

Entre las lesiones activas relacionadas con las alteraciones de los

nervios periféricos, debemos hacer mención de los eritemas, erupciones papulosas, vesiculosas (zona), ampollosas ó pustulosas; atrofas, hemorragias, discromias y de las gangrenas.

En el síndrome descrito por Mauricio Raynaud con el nombre de *asfixia local de las extremidades*, las alteraciones dependen de los trastornos de la inervación vasomotora: consisten en una decoloración de la piel, que se acompaña de anestesia, de sensaciones penosas, alguna vez de erupciones ampollosas, ulceraciones y gangrenas, que radican lo más á menudo en las extremidades de los dedos. Estas lesiones pueden también interesar el lóbulo de la nariz y la concha de la oreja.

Igualmente, distintas formas de esclerodermia reconocen por causa inmediata trastornos de la inervación.

Brocq y Jacquet consideran asimismo á estos trastornos como un factor importante en la génesis de la enfermedad descrita por Vidal bajo la denominación de *liquen simple crónico*.

En el *prurigo de Hebra*, los trastornos de la inervación sensitiva son los que predominan, determinando secundariamente, por efecto del rascarse, lesiones persistentes de la piel, sin que sea posible precisar, como para las afecciones precedentes, si el sistema nervioso, bajo la influencia de agentes tóxicos, queda primitiva ó secundariamente interesado.

Los trastornos tróficos de la piel pueden ser también de origen reflejo: hemos observado en un artrítico, que la vesicación intensa de una de las regiones mamelonares, determinó, al cabo de algunos días, una pustulación en la región simétrica; y también hemos visto que una gangrena de la rodilla producida por la galvanización, ocasionaba, transcurrido poco tiempo, una alteración semejante en la región simétrica del otro miembro.

Las localizaciones de los gomos sifilíticos en regiones simétricas de las dos mitades del cuerpo, las atribuimos igualmente á una modificación nutritiva de origen reflejo.

Mencionaremos, por fin, como dermatosis reflejas, la roseola que se observa en ciertos individuos al sonrojarse, así como la rubicundez de la mejilla en los pneumónicos.

La terapéutica no es impotente enfrente á la mayoría de esas dermatosis de origen trofoneurótico; según los casos, su acción se dirigirá al estado general, por el ejercicio físico y la hidroterapia, ó se acudirá á los modificadores locales, entre los que, la electrización practicada en sus diversas formas es el más eficaz.

La *menstruación* puede dar lugar á erupciones cutáneas, principalmente de acné mentoniano.

En el *embarazo* se han notado erupciones vesiculosas ó ampollas, probablemente de origen reflejo; la enfermedad descrita por Kaposi con el nombre de *impétigo herpetiforme*, se ha observado hasta hoy día casi exclusivamente en las mujeres embarazadas, sin que su causa inmediata haya podido determinarse: únicamente, pues, el parto prematuro, de ser justificado, cumpliría la indicación etiológica.

Los trastornos de las *funciones de la piel* originan diversas dermatosis.

Anteriormente ya hemos indicado cuál es la influencia ejercida por los trastornos de su inervación vascular ó trófica.

Fáltanos, por último, ocuparnos de las alteraciones que pueden presentar las *funciones de sus glándulas*, y señalar su importancia patogénica, siendo todavía aquéllas poco estudiadas.

La *hipersecreción de las glándulas sebáceas* cuyo modo más común de producirse indicamos anteriormente, ocasiona erupciones de muy diversos aspectos. Conjuntamente con un aumento de la excreción grasosa por las glándulas sudoríparas y de invasiones microbianas á las cuales proporciona aquélla un terreno favorable, parece ser la causa próxima del eczema seborreico é indudablemente también de las erupciones psoriásicas con las cuales coincide frecuentemente; la misma hipersecreción, y también quizás la alteración del producto excretado, da lugar á variadas formas del acné. Le atribuímos igualmente cierto papel en la patogenia de la pitiriasis rubra pilaris.

El trastorno que dicha hipersecreción sebácea origina en la nutrición de los pelos es la causa más común de la alopecia.

Las indicaciones principales que se derivan de esta seborrea son, por una parte, el restringir la ingestión de los alimentos que puedan aumentar la excreción de materias grasas, esto es, las grasas y las sustancias amiláceas, y ordenar, en lo posible, las funciones digestivas, con el fin de evitar la absorción de las grasas en cantidad ó en calidad anormales; por otra parte, en la eliminación, por frecuentes enjabonaduras de las grasas que pueden acumularse en la superficie cutánea y en los orificios glandulares, y en la destrucción de los microbios, que encuentran allí un terreno favorable para su desarrollo, por medio de los parasitocidas, entre los cuales los sulfuros son los que obran más eficazmente.

Las *hipersecreciones del sudor* pueden sobrevenir bajo la acción del calor y de los trastornos de la inervación secretoria; estas hipersecreciones son á menudo localizadas.

Causa frecuente son esas hipersecreciones de erupciones que pueden ofrecer los caracteres de las erupciones miliar, sudamina, eritema, eczema ó de la disidrosis, pudiendo influir también en la producción del eczema seborreico.

La acción sobre la causa inmediata de esas hipersecreciones corresponde á la profilaxia, precisando oponerse además al depósito de los productos excretados en la superficie cutánea y usar de un tratamiento local en las erupciones que aquéllos han provocado.

Finalmente, las alteraciones de las glándulas sudoríparas parece que ejercen una marcada influencia en la génesis de las *hiperkeratosis* congénitas palmares y plantares; su tratamiento no pasa todavía de ser meramente paliativo.

B.—CAUSAS EXTRÍNECAS

Éstas pueden ser *físicas, mecánicas, químicas ó animadas*.

1.º Causas físicas

Bastará enumerar el *calor*, el *frío*, la *electricidad* y la *luz*, pudiendo cada uno de estos agentes dar origen á eritemas. El calor, el frío y la electricidad producen también con bastante frecuencia erupciones vesiculosas y ampollas, así como la gangrena: el tratamiento es esencialmente profiláctico, precisando evitar además las infecciones secundarias. La *simple acción del aire*, sin que se pueda determinar el modo de realizarse, excita la piel de tal suerte, que en ciertas enfermedades, como la urticaria, basta para provocar sus manifestaciones, y cada vez que la superficie cutánea está irritada ó excoriada, agrava notablemente las alteraciones: resulta de estos hechos, puestos en evidencia por Jacquet, Leloir y Brocq, que la protección de la superficie cutánea por envolturas no irritantes desempeña un papel importante en la terapéutica general de las dermatosis.

2.º Causas mecánicas

Enumeraremos principalmente como causas mecánicas los *traumatismos* y los *contactos anormales* que se producen en los individuos obesos á nivel de los pliegues cutáneos; estos últimos no obran sino indirectamente, dando origen á hipersecreciones cuyos productos se acumulan, se alteran, convirtiéndose en agentes irritantes. La compresión sostenida

puede motivar, ya directamente una anemia local que puede conducir al esfacelo, ya indirectamente la estasis venosa y las diversas alteraciones cutáneas que de ella pueden provenir.

3.º Causas químicas

Estas pueden obrar directamente sobre la parte que está en contacto con la substancia morbosa ó indirectamente, después de la ingestión.

La acción local directa consiste, según los casos, en la producción de eritemas, vesicaciones, pústulas, ampollas ó escaras de mayor ó menor profundidad.

Los ácidos y los álcalis minerales y vegetales, lo mismo que las toxinas de origen microbiano, pueden ejercer una acción local flogógena.

Las alteraciones cutáneas producidas por dichos agentes no se limitan necesariamente á las partes directamente interesadas, sino que pueden extenderse, lo que acontece con toda evidencia, en las erupciones que provoca el aceite de crotón.

Las que se producen después de la ingestión de agentes químicos pueden asimismo manifestarse bajo la forma de eritemas, pápulas, pústulas, ampollas y escaras.

Los caracteres de estas erupciones varían frecuentemente con el agente que las ha producido; es por esto, como lo ha bien demostrado Brocq, que las erupciones causadas por la antipirina presentan unos caracteres que permiten diferenciarlas de otras erupciones medicamentosas. Lo mismo podemos decir, muchas veces, de las erupciones producidas por el yodo y el bromo.

En tales casos, la indicación terapéutica es aún principalmente profiláctica, debiendo procurarse, sin embargo, evitar las infecciones secundarias. Carecemos de acción para obrar sobre la idiosincrasia especial de ciertos individuos, en virtud de la cual se manifiestan en ellos esas erupciones.

4.º Causas animadas

Los parásitos pueden ser de naturaleza animal ó vegetal y entre los vegetales han de distinguirse dos grandes clases: la de los hongos y la de las bacterias.

A — PARÁSITOS ANIMALES

Pueden tener su asiento en los vestidos, en la superficie de la piel, en la epidermis ó en el dermis.

En los vestidos, se encuentran sobre todo los *pediculi corporis*; los *pediculi capitis* y *pubis* habitan más bien en los pelos; no obstante, estos últimos se adhieren fuertemente al epidermis; al parecer, obran principalmente gracias á una substancia química que produce, como ha demostrado Duguet, las manchas azules características. Las *niguas*, las *larvas del gusano de Cayor* y de ciertos *éstridos*, así como los *rojitos* (*acarus* de las cosechas), los *garrapatas* y el *acarus scabiei* profundizan debajo de la epidermis, dando así lugar á variados fenómenos de reacción. Las indicaciones terapéuticas son exactamente las mismas para estos distintos agentes; precisa ante todo destruir el parásito, lo que se consigue con menor ó mayor facilidad, según que esté situado más ó menos profundamente.

Lo mismo debemos decir respecto de las *ticas*, que profundizan más en la piel, y de la *filaria de Medina* ó *dracúnculo*, que da origen á tumores y á vesículas; aquí el medio de curación consiste en la extracción directa del parásito.

Los *esporozoarios*, llamados *coccidios*, han sido considerados por Darier como las causas inmediatas de la dermatosis que lleva el nombre de este autor, y quizás también de la *enfermedad de Paget*; pero hoy día se ha abandonado este criterio, al menos por lo que se refiere á la enfermedad de Darier; contra estas dermatosis fracasan los parasiticidas.

B — PARÁSITOS VEGETALES

1.º *Hongos infecciosos*.—Las diversas variedades de *achorion*, de *trichopyton* y de *microsporon*, á los cuales hay que añadir el parásito aún no bien determinado de la pelona, son las causas próximas de las distintas especies de tiñas y de las erupciones concomitantes del tegumento: es de todos sabido que la destrucción del parásito, ordinariamente fácil cuando afecta las regiones cutáneas desprovistas de glándulas y pelos, resulta en cambio muy difícil cuando han sido invadidos los folículos pilosos; lo que obra entonces más eficazmente contra el parásito parece ser el empleo de agentes flogógenos, que transforman el tejido en un medio desfavorable para su vida y multiplicación, siendo,

no obstante, necesario, no olvidar los parasiticidas, entre los cuales son preferibles los preparados de mercurio, yodo y azufre.

El tratamiento de la actinomicosis, cuyos hongos penetran profundamente en los tegumentos, consiste en la ablación de las regiones enfermas, usando al mismo tiempo los parasiticidas, particularmente el yoduro de potasio.

2.º *Bacterias*.—Los microbios patógenos pueden obrar directamente sobre la nutrición de la piel, ó localizarse en ella después de haber infectado todo el organismo, siendo distintas las indicaciones terapéuticas en cada uno de estos casos. El tratamiento puede ser local ó general.

a) *Tratamiento local*.—Por el tratamiento local podemos proponernos una de estas tres cosas: la destrucción de las bacterias por una acción parasitocida local; anular la acción de las toxinas por aquéllas engendradas, ó finalmente, transformar el tejido en que las bacterias se desarrollan en un medio poco á propósito para su cultivo.

La eficacia del *tratamiento por los parasiticidas* será mayor ó menor según se pueda obrar más ó menos directamente sobre los microbios, como también según el grado de vitalidad y potencia reproductiva de los mismos. Desde este punto de vista ¿qué diferencia no hay, entre una pústula de impétigo, contra la cual bastan sencillas preparaciones boricadas, y un chanero simple, una pústula maligna ó una tuberculosis cutánea!

Bajo la influencia de los distintos antisépticos, los microbios reaccionan de muy diversa manera, motivo por el cual el chanero simple, la erisipela, la pústula maligna y la tuberculosis cutánea deben ser tratados por agentes diversos, siendo preciso encontrar para cada microbio el agente destructor que le ataque más especialmente; tales son, por ejemplo, el yodoformo y el diyodoformo para el chanero simple; el sublimado para el *bacillus anthracis*, todavía localizado; el tartrato férrico-potásico respecto del agente productor del fagedenismo chaneroso y de la podredumbre de hospital, y el ictiol para el estreptococo de la erisipela.

En general, contra todos los microbios, debe colocarse en primer término su *destrucción directa por los cáusticos*.

La cirugía, por medio del raspado, puede también intervenir favorablemente.

A pesar de esta aparente riqueza de medios locales curativos, la terapéutica queda con sobrada frecuencia desarmada enfrente de esos temibles enemigos, por tener su asiento en los tejidos profundos del organismo,

por infiltrarse en las regiones vecinas y á causa de su potencia vital y de reproducción.

Hemos visto ya que esos microbios obran más comúnmente por las toxinas que engendran que no directamente, no pudiéndose hoy por hoy señalar, en el tratamiento local, la parte que corresponde á la acción sobre estos productos.

En los casos en los cuales la acción de los parasitocidas resulta frustrada, puede recurrirse, como poderosos auxiliares, á los *agentes modificadores del terreno* en que radican los microbios. En la tuberculosis sobre todo es donde dan más buenos resultados; no obrando de otra manera las escarificaciones y las cauterizaciones hoy en uso, merced principalmente á los trabajos de Vidal y Besnier.

Finalmente, otro de los auxiliares del tratamiento local que debemos mencionar, consiste en resguardar á las partes afectas de la influencia atmosférica, pues se ha observado, en efecto, que varias enfermedades infecciosas se localizan sobre todo en las regiones que están al descubierto.

b) El *tratamiento general* de las infecciones microbianas comprende igualmente: la acción destructiva del microbio, la acción sobre las toxinas y la modificación del terreno.

La acción destructora por los parasitocidas tiene un límite por la razón de que interesa á la vez los elementos orgánicos y los agentes infecciosos; éstos, sin embargo, algunas veces son más vulnerables por el tratamiento que los primeros, de lo que constituye una prueba la acción tan notable de las preparaciones mercuriales y yódicas en las manifestaciones cutáneas de la sífilis; por desgracia, este caso es una rara excepción. Efectivamente, las tentativas para obrar de igual suerte contra las afecciones cutáneas producidas por la lepra, la pelagra, el muermo ó la infección carbuncosa generalizada, no han dado nunca ningún resultado ó muy dudosos. Sin embargo, ¿podemos obrar sobre las lesiones de naturaleza tuberculosa por la creosota y el arsénico, y sobre las de la lepra por el aceite de cholmoogra? Hasta el presente no puede afirmarse esto con verdadero fundamento, toda vez que observamos con sobrada frecuencia la persistencia indefinida del lupus, á pesar del prolongado uso de estos medicamentos.

Recientemente, los grandes descubrimientos de Pasteur y los importantes estudios de Behring, Kitasato y Roux, han abierto nuevo camino; *al demostrar que el suero de animales inmunizados contra una enfermedad infecciosa mediante sucesivas inoculaciones, venía á ser un medio curativo para la misma enfermedad*, estos sabios han prestado á

la ciencia un servicio comparable al de Jenner; hoy día ya es posible la curación en la gran mayoría de los casos de la rabia y de las difterias no complicadas, y bien puede preverse que hemos de pasar de aquí, no estando lejano el día en que podremos tratar las demás importantes enfermedades infecciosas por las inyecciones de suero antitóxico.

Cabe modificar favorablemente las manifestaciones cutáneas de una enfermedad infecciosa, colocando al enfermo en buenas condiciones higiénicas; esto sucede muy particularmente en la tuberculosis: la influencia saludable de la residencia en puntos cercanos al mar ó en un clima de altitud, ha de atribuirse á la acción que ejerce sobre el individuo convirtiendo en menos favorable para los cultivos de los bacilos el terreno donde aquéllos se implantaron.

Existen enfermedades cuya causa inmediata no se ha determinado todavía: tal ocurre con la psoriasis, el liquen de Wilson y la pitiriasis rubra pilosa; en su consecuencia, no podemos combatir las sino por medios puramente empíricos y desgraciadamente por ahora de resultados inseguros.

III

Indicaciones que derivan de los procesos y de las lesiones

Estas indicaciones se confunden en parte con las precedentes; sin embargo, hay casos en los cuales la causa inicial sólo obra de un modo pasajero, pudiendo de otra parte las lesiones evolucionar independientemente de la causa que ha promovido su desarrollo: á vía de ejemplo, hemos ya citado la dermatitis aguda provocada por la tintura de árnica. El proceso, por lo tanto, es susceptible de sugerirnos por sí mismo indicaciones.

Estas indicaciones difieren según que las lesiones sean *activas* ó *pasivas*.

A.—Las lesiones *activas* son las que consisten, ya en un trastorno activo de la inervación vascular ó trófica, ya en la proliferación celular.

Los tópicos emolientes obran favorablemente en las flegmasías cutáneas; lo mismo sucede con la envoltura, que deberá practicarse diferentemente, según se trate de exudados serosos ó purulentos; en los primeros, en efecto, bastan simples protectores asépticos, tales como

el algodón en rama esterilizado, las compresas de agua hervida ó el caucho, mientras que, para los segundos, será preciso recurrir á los anti-sépticos, empleándose, según los casos, el algodón en rama impregnado de aceite fenicado al décimo, ó las compresas de gasa empapadas de agua boricada ó de una solución de sublimado al 1 por 5000, ó bien de otras soluciones parasiticidas.

Las hiperplasias celulares pueden modificarse, ya por medio de cauterizaciones intersticiales ó de escarificaciones, ya por la electrización obtenida por corrientes continuas.

Se combaten eficazmente las hemorragias cutáneas, elevando las partes afectas, comprimiéndolas, y mediante la aplicación de astringentes hemostáticos, como por ejemplo, la antipirina.

El uso de la electricidad es lo más eficaz para modificar los trastornos de la inervación vascular ó trófica.

B. — Las lesiones *pasivas* son: hiperemias, hidropesías, gangrenas y atrofas; las hiperemias pasivas deben tratarse sobre todo por la compresión y los astringentes; lo mismo puede decirse de las hidropesías; en estos casos, el tratamiento local sólo tiene una importancia muy secundaria, ocurriendo lo mismo en la gangrena, cuyas indicaciones son ante todo etiológicas y sintomáticas; únicamente es posible prevenir, por medio de los antisépticos, los fenómenos de infección secundaria y de intoxicación. Por lo que atañe á los trastornos pasivos de la nutrición, puede ensayarse moderarlos con el uso de agentes estimulantes y por la galvanización, pero en la mayoría de los casos resultan estos medios ineficaces.

IV

Indicaciones que derivan de los síntomas

Para tratar más eficazmente las manifestaciones sintomáticas de una dermatosis, debemos atacar su causa y su proceso morboso, y así, por ejemplo, se acaba de ordinario con los pruritos parasitarios destruyendo el agente que los produce; no obstante, estos trastornos pueden por sí mismos proporcionar importantes indicaciones, principalmente cuando persisten después de la destrucción del parásito. Deben asimismo combatirse directamente las hipercrinias sudoríparas ó sebáceas, así como las hiperkeratosis, y también las reacciones generales que pueden provocar las dermatosis.

De lo expuesto se deduce que el *tratamiento de las dermatosis es con frecuencia complejo*, puesto que se dirige á la vez contra la *causa*, el *proceso* y los *síntomas*, y además porque cada una de estas indicaciones puede cumplirse con múltiples medios terapéuticos.

CAPITULO II

TRATAMIENTO DE LOS ERITEMAS

POR

E. GAUCHER

Y

C. BARBE

Profesor agregado de la Facultad
de París
Médico del hospital Saint-Antoine

Jefe del laboratorio de dermatología
del hospital Saint-Antoine
Ex-interno del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Los eritemas, aunque de origen diverso, son dermatosis caracterizadas por las mismas lesiones elementales primitivas, las cuales, ora son simples manchas de coloración roja ó rosada (eritema maculoso), ora manchas que se transforman en prominencias papuliformes, tuberosas (eritema pápulo-tuberculoso), y aun nudosas (eritema nudoso), ya finalmente, son manchas sembradas de vesículas y ampollas (eritema vésico-ampolloso; hidroa). Ofrecen además los eritemas el carácter común de desaparecer momentáneamente bajo la presión del dedo, excepto en los eritemas purpúricos y en los nudosos y ampollosos.

Para el tratamiento de los eritemas hay que hacer uso de dos medicaciones distintas; una local, que puede aplicarse á todo eritema, sea cual fuere su clase, y otra especial para cada eritema en particular, según las causas de su producción.

De estas causas las principales son en número de seis: las irritaciones de la piel, el reumatismo, las enfermedades infecciosas, los medicamentos tomados, las auto-intoxicaciones y las lesiones nerviosas.

Así, pues, luego de haber estudiado el tratamiento de los eritemas en general, examinaremos por separado el tratamiento de los eritemas de causa externa, el del eritema polimorfo reumático, el de los eritemas poli-

morfos infecciosos, el de los eritemas producidos por medicamentos omados y por auto-intoxicaciones, y por último, el de los eritemas de causa nerviosa. Añadiremos el tratamiento del eritema escarlatiniforme idiopático, cuya naturaleza es por lo demás completamente desconocida, y que se caracteriza por sus extensas manchas eritematosas ó por una rubicundez general análoga á la de las manchas de la escarlatina.

II

Tratamiento de los eritemas en general

Difiere algún tanto este tratamiento según que nos hallemos en presencia de un eritema de forma seca ó de forma húmeda.

En las formas secas, se emplearán los polvos inertes, tales como el *polvo de almidón* fresco, el *polvo de talco*, el *de óxido de zinc*, el *de subnitrato de bismuto*, solos ó asociados, y los *baños emolientes* de almidón, etc.

Si los polvos precedentemente enumerados no bastaran á calmar los dolores, algunas veces muy intensos, que se producen en la variedad del eritema nudoso, se prescribirá un *linimento opiado* ó *belladonado*.

En las formas húmedas serán suficientes los polvos inertes, pero si las ampollas son de gran tamaño y numerosas, entonces se aplicarán *apósitos húmedos* con agua hervida *boricada* ó se recurrirá al antiguo tratamiento de las quemaduras, que consiste en hacer unturas con el *linimento óleo-calcáreo*, y cubrir las partes afectas con algodón aséptico; podrá añadirse al linimento óleo-calcáreo ácido fénico en la proporción de 1 por 100. En ciertos casos de eritema ampoloso muy confluyente, el uso de los baños prolongados da algunas veces buenos resultados.

III

Tratamiento de los eritemas de causa externa (1)

El tratamiento local indicado anteriormente es suficiente en los casos de eritema ígneo, solar y eléctrico. No debemos ocuparnos en este lugar del tratamiento de la pelagra, pero por lo que se refiere al eritema pelagroso, que en realidad no es otra cosa que un eritema solar desarrollado

(1) No haremos mención en este lugar del tratamiento de los eritemas de origen parasitario.

en individuos afectos de pelagra, puede aplicársele el mismo tratamiento local señalado para todos los eritemas en general.

Contra los *sabañones*, los preparados astringentes producen generalmente mejores resultados que los emolientes: por la mañana y por la tarde se harán aplicaciones de *cocimientos de hoja de nogal* ó de una solución de *clorhidrato de amontaco* al 1 por 10; se untarán bien por la noche los sabañones con la *pomada de tanino* (glicerolado de almidón neutro 50 gramos, tanino, 0^{gr},50), espolvoreando después por encima con un polvo inerte. Los sabañones ulcerados cuando la cicatrización tarda en operarse, se curan con la *vaselina boricada* ó *aristolada*; pero ante todo habrá de prescribirse el tratamiento general contra el linfatismo, pues ordinariamente los sabañones sólo se presentan en individuos de naturaleza linfática.

IV

Intértrigo.—Eritema de los recién nacidos.

—Intértrigo de los diabéticos

El tratamiento del intétrigo consistirá en la limpieza más escrupulosa por medio de lavados con *agua bórica*. Se practicarán lociones, ya emolientes ó bien ligeramente astringentes, y después de haber bien secado la región afecta, se la espolvoreará con *polvos de almidón fresco*, ó con una mezcla de *talco* y *óxido de zinc* (40 gramos del primero por 10 gramos del segundo), é interponiendo sobre todo entre los pliegues cutáneos un lienzo fino. Cuando se trata de los recién nacidos, se prescribirá al mismo tiempo una alimentación exclusivamente láctea, de la misma manera que para los diabéticos se instituirá el tratamiento interno y el régimen especial correspondiente.

V

Eritema debidos á diversos irritantes

En primer lugar, tendrá que suprimirse la causa productora de la erupción, ordenando después el uso de *lociones emolientes*, *baños de almidón* y *polvos inertes*; las pomadas, aun las calmantes, tienen á menudo el inconveniente de irritar los tegumentos.

VI

Eritema paratrimo

Se denomina así el eritema producido por la presión continuada sobre una región del cuerpo, particularmente en la región sacra, etc. Se tendrán en cuenta los mismos cuidados de limpieza recomendados para el intertrigo; se acostará á esos enfermos sobre una almohada de aire ó de agua, y en el caso de que presenten escaras, se curarán con *gasa yodofórmica* ó al *aristol*.

VII

Eritemas polimorfos

No insistiremos sobre el tratamiento local de los eritemas que es aplicable á este caso en todas sus partes.

En el eritema polimorfo reumático, se aconsejará el reposo en cama, y la administración de un purgante en el caso de que exista empacho gástrico; contra las artropatías, se prescribirán el *salicilato de sosa* y el *sulfato de quinina*.

Villemin, en el eritema nudoso, ha preconizado el *yoduro de potasio* á la dosis de 1 á 3 gramos por día, pero el uso de este medicamento puede ofrecer serios inconvenientes.

Juntamente con el eritema nudoso, describen la mayoría de los autores el eritema indurado crónico de los miembros inferiores, que se observa en individuos linfáticos, eritema cuya verdadera naturaleza se desconoce y cuyo lugar más propio fuera entre las afecciones que caracterizan el linfatismo. Contra esta erupción, se recomendará el *reposo* horizontal continuado, el *aceite de hígado de bacalao*, los *yódicos* y el tratamiento tópico del eritema nudoso.

En los eritemas polimorfos infecciosos, se atacará ante todo la enfermedad causante. Si la erupción tiene tendencia á convertirse en hemorrágica, se prescribirán la *ergotina*, el *extracto de ratania* y el *extracto blando de quina*. El tratamiento local será idéntico al del eritema reumático. En los casos de eritema escarlatiniforme idiopático, habrá que regirse por las mismas indicaciones.

VIII

Eritemas por medicamentos tomados

Debe suprimirse desde luego el medicamento nocivo, facilitándose después su eliminación con el uso de la *leche*, los *diuréticos* y los *laxantes*. Practicando previamente la antisepsia intestinal por medio del *naftol* y del *salicilato de bismuto*, ha conseguido Féré prevenir las erupciones que se producen con tanta frecuencia por el uso continuado de yoduros y bromuros. El tratamiento local será el mismo indicado anteriormente.

En los *eritemas urémicos*, el tratamiento de las lesiones renales, y sobre todo el *régimen lácteo*, es lo que forma la base del tratamiento que debe emplearse; dentro ciertos límites habrá que respetar esos eritemas, pues pueden constituir una salvaguardia respecto de los accidentes viscerales de la uremia.

IX

Eritemas de causa nerviosa

Además del tratamiento local de los eritemas, se combatirán en estos casos las lesiones del sistema nervioso central ó periférico que han dado lugar á estas erupciones.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LAS PITIRIASIS

POR

H. HALLOPEAU

Médico del hospital Saint-Louis, agregado de la Facultad de París
Miembro de la Academia de Medicina

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

En estos últimos años, se ha modificado muy considerablemente el sentido de esta denominación: no há mucho todavía que con ella se designaba á toda dermatosis en evolución caracterizada, en su período de estado, por la formación de escamas delgadas y furfuráceas, mientras que en nuestros días se ha incluido en la seborrea, con ó sin eczema, á la más frecuente de esas dermatosis, la antigua pitiriasis capitis, reservándose el nombre de pitiriasis, añadiéndole diversos epítetos, para cierto número de tipos morbosos que se distinguen plenamente unos de otros, y son: la *pitiriasis rosada de Gibert*, la *pitiriasis rubra crónica*, la *pitiriasis rubra pilosa de Devergie-Richaud-Besnier* y la *pitiriasis versicolor*, diversas especies morbosas que, desde el punto de vista terapéutico, estudiaremos sucesivamente.

II

Pitiriasis rosada de Gibert

Esta enfermedad se caracteriza por el desarrollo, en distintas partes de la superficie cutánea, de manchas irregularmente circinadas, de una coloración roja más ó menos viva, que toma pronto un tinte amarillento ó

ligeramente bistro; salvo raras excepciones, son poco ó nada prominentes, convirtiéndose muy rápidamente su parte central en asiento de una fina descamación en gargantilla. Lo más frecuentemente estas manchas ocupan, en primer lugar, la parte alta del tronco para extenderse en seguida de arriba abajo en esta región, así como también en la parte superior de los miembros cuyas extremidades no atacan sino muy excepcionalmente.

Hase visto, en ciertos casos atípicos, que esta erupción se limitaba á los miembros ó al rostro ó bien que predominaba en estas regiones del cuerpo.

Su aspecto ofrece á menudo grandes analogías con el eczema seborreico, pudiendo ser parecidos la distribución de sus manchas, las regiones que afectan y su coloración; el diagnóstico ofrece entonces las mayores dificultades, habiendo necesidad á veces de esperar el desenvolvimiento ulterior de la enfermedad para hacerlo con probabilidades de acierto.

Esta dermatosis está relacionada con el desarrollo de un parásito por ahora desconocido, hecho que se deduce, con toda evidencia, del curso de la enfermedad: efectivamente, débese á Brocq el haber señalado que ésta comienza por una mancha relativamente grande, que constituye, durante varios días, la única manifestación aparente, ya que la invasión de una parte más ó menos extensa de la superficie cutánea por la erupción no se verifica sino posteriormente, existiendo, pues, en un principio una incubación local, que sólo puede explicarse por una evolución en dos tiempos de un parásito. Se admite en Viena, bien infundadamente por cierto, que se trata de un tricofton; no obstante el resultado plenamente negativo de las investigaciones que con este objeto se han practicado tan á menudo en nuestros laboratorios, y sobre todo el curso constantemente cíclico de la enfermedad, demuestran la inexactitud de esta manera de ver. Con efecto, la pitiriasis rosada, después de haber pasado por los períodos de ascenso y de estado, desaparece espontáneamente al cabo de algunas semanas.

De esto se desprende que cura por sí sola, por lo que la acción de la terapéutica se encuentra de esa manera singularmente minorada, y el médico puede permanecer en una actitud expectante.

Supuesta, sin embargo, la naturaleza parasitaria de esta enfermedad, parecería indicado recurrir á los parasiticidas, por lo que en buena lógica se han podido ensayar los *preparados de azufre* y los *mercuriales*; pero la experiencia ha hecho que se reconociera, contra lo que se había previsto, la nulidad ó peligro de los resultados de tales aplicaciones, pues éstas, al parecer, no abrevian la duración de la enfermedad, mientras que, por su acción irritante, pueden originar complicaciones: mejor es, pues, atenerse

al uso de *baños alcalinos*, que ofrecen la ventaja de hacer caer las escamas, y á la aplicación de una pomada protectora, como la *vaselina*, á la que puede añadirse una vigésima parte de *ácido bórico*. Puédese recurrir también á la pomada de *óxido de cinc* adicionado con una quincuagésima parte de *ácido salicílico* ó de *resorcina* ó de una centésima parte de *esencia de menta*, si hay prurito. Besnier aconseja, además, el uso de baños adicionados con 25 á 30 gramos de *bórax*.

III

Pitiriasis rubra crónica de Hebra

Esta enfermedad, cuya afinidad con la tuberculosis ha sido evidenciada por Jadassohn, se caracteriza en un principio por la aparición del eritema, descamación furfurácea, aumento de la temperatura cutánea y prurito moderado; los pliegues articulares son muy á menudo los que se interesan primeramente, extendiéndose en seguida la afección á toda la superficie de la piel. Su coloración es de un rojo más ó menos intenso, tomando pronto un tinte lívido en las extremidades inferiores; el espesor de la piel, que es normal en un principio, puede desde luego aumentar parcialmente, aunque para disminuir más tarde, y la atrofia intersticial del tegumento determina el ectropion, hace imposible el abrir completamente la boca y es causa de entorpecimiento en los movimientos de los dedos de los pies y de las manos, que quedan en semiflexión; la superficie cutánea tórnase reluciente y á una hiperkeratosis, apreciable sobre todo en las regiones palmares y plantares, sucede un adelgazamiento del epidermis; atrofíanse y caen los cabellos y los pelos, y las uñas se alteran, sobreviniendo la muerte, de ordinario, al cabo de algunos años, por más que, sin embargo, hemos observado, al igual que Besnier y Brocq, casos de supervivencia prolongada. Esta dermatosis se ha confundido frecuentemente con la eritrodermia premicósica, diferenciándose esta última sobre todo por la intensidad del prurito y las adenopatías.

La pitiriasis rubra es incurable, por lo que su tratamiento no puede ser más que paliativo.

Para disminuir la agudez de la inflamación cutánea, pueden aconsejarse los *baños almidonados*, y con el mismo fin se empleará la *pomada de óxido de zinc*, que da tan buenos resultados en el tratamiento del eczema. La intensidad del prurito puede ser origen de indicaciones especiales, pudiendo emplearse, por vía de ensayo, para calmarlo, las pomadas

que contengan una quincuagésima parte de *esencia de menta* ó una trigésima parte de *mentol*; en casos semejantes, los *baños prolongados* proporcionarán á veces un marcado alivio, estando indicado para el mismo fin la *envoltura* de las regiones afectas con caucho ó bien con algodón. Las *medicaciones internas* no han dado hasta la fecha resultado; no obstante, con el objeto principalmente de prevenir la tuberculosis, siempre amenazadora de un modo especial, están indicados los *tónicos*, el *arsénico* y la residencia en puntos favorables.

IV

Pitiriasis rubra pilosa (lichen ruber acuminatus de Kaposi)

Esta enfermedad, descrita por Devergie, Richaud y Besnier, se caracteriza por una hiperkeratosis localizada principalmente en los folículos pilosebáceos y por una hiperemia cutánea, constituyendo sus lesiones iniciales la aparición de conos en forma de cuernos circumpilosos de formas variables, dispuestos á menudo en líneas regulares, aislados ó reunidos, con exageración de los pliegues normales, lesiones á las que se añade muy pronto una descamación, que se limita primeramente á los mismos elementos ofreciendo en consecuencia un aspecto granular.

La enfermedad no circunscribe su acción á los aparatos pilosebáceos, pues con bastante frecuencia invade también las regiones palmares y plantares, traduciendo entonces por una hiperemia é hiperkeratosis que sólo pueden interesar los pliegues normales ó producir una descamación en extensos fragmentos; simultáneamente con estas lesiones obsérvese una alteración en las uñas en forma de médula de junco, citándose entre las localizaciones más frecuentes y características, las que se observan en el dorso de las primeras falanges.

No hay razón alguna para que la escuela vienesa relacione esta dermatosis con el liquen plano.

Nosotros, en distintas ocasiones, nos hemos esforzado en hacer constar que depende, lo mismo que las enfermedades seborreicas, de los trastornos en las funciones de las glándulas sebáceas, ya directamente, ya indirectamente, merced á agentes infecciosos que parecen encontrar en el producto de secreción alterado un medio favorable para su desarrollo. Así, pues, podemos ensayar el cumplir las *indicaciones causales*, por una parte, modificando por medio de un régimen apropiado las secreciones

sebáceas, y recurriendo por otra parte á los parasiticidas. Por esto se ha llegado á prescribir la dieta relativa de los alimentos grasos y feculentos; de un modo empírico se han aconsejado como parasiticidas los *ácidos crisofánico, pirogálico y fénico*, el *ictiol*, el *naftol*, la *resorcina*, el *aceite de enebro*, el *azufre*, el *yodo* y los *mercuriales*, en forma, bien de soluciones acuosas, alcohólicas ó clorofórmicas, bien de barniz, como el que Berlioz ha dado á conocer con el nombre de *esteresol*, ya, en fin, en los casos en que las lesiones son limitadas, en forma de emplastros, entre los que merecen especial mención el *emplastro rojo de Vidal* y el *emplastro de Vigo* fenestrados, medicamentos todos estos cuya misma multiplicidad es suficiente para demostrar que ninguno de ellos posee una acción verdaderamente específica.

Las *lesiones* principales son la hiperkeratosis y la hiperemia; para el tratamiento de la primera, es preciso recurrir á las aplicaciones de *ácido salicílico*, mezclado en una trigésima parte con *vaselina*, *lanolina* ó *resorcina*. La hiperemia podrá combatirse, ya por la aplicación de compresas impregnadas de una solución de *tanino* al 1 por 100, ó de *acetato de plomo* al 2 por 100, ya con *escarificaciones-lineales*.

En los períodos de intensa irritación se aconsejará la envoltura con compresas de tarlatana plegadas en varios dobleces y empapadas con agua hervida y los baños, á lo que se podrá añadir *almidón*, *carbonato* ó *borato de sosa*; para la cara puede hacerse uso de las pulverizaciones prolongadas de *agua sulfurosa caliente*.

Por más que esta enfermedad generalmente es de larga duración y rebelde al tratamiento, no es, sin embargo, incurable, y puede presenciarse la desaparición espontánea de sus manifestaciones transcurrido un lapso de tiempo más ó menos considerable.

V

Pitiriasis versicolor

Dependiente esta dermatosis del desarrollo del *microsporon furfur*, en la capa córnea del epidermis se caracteriza por manchas cuya coloración varía del café con leche al bistro; su superficie es lisa ó con pliegues, reluciente ó mate; de forma ordinariamente irregular y de contornos sinuosos, raras veces punteada, lenticular, anular ó discoide, se presentan á menudo dispuestas á manera de superficies más ó menos extensas, que ocupan de preferencia el tronco, el cuello, las flexuras de

las articulaciones, el ombligo y la cara interna de los miembros, dejando libres sus extremidades así como también casi constantemente la cara; al rascar con la uña, se levanta la capa superficial del epidermis infiltrado del hongo, produciéndose con frecuencia una ligera descamación furfurácea; quedan indemnes los pelos. Esta afección, de ordinario indolora, puede por excepción dar lugar á un prurito intenso.

El hongo solamente se desarrolla en individuos predispuestos para ello, no transmitiéndose sino muy raras veces entre cónyuges; es frecuente la enfermedad en los tuberculosos y también, en opinión de Molènes, en los dispépticos.

La indicación etiológica domina el tratamiento de esta enfermedad, que puede resistir por largo tiempo á los esfuerzos de la terapéutica, teniendo gran tendencia á la recidiva: precisa en estos casos matar al *microsporon furfur*, que es su causa inmediata, y esforzarse en modificar la predisposición á reproducirse.

El *yodo* y el *azufre*, en la mayoría de los casos, son los agentes á que habrá de recurrirse, pudiendo emplearse con el mismo fin los preparados de *resorcina* (de 2 á 5 por 100), el *ácido crisofénico* (de 5 á 15 por 100) ó el *naftol* β (de 5 á 10 por 100). El *yodo* tiene la ventaja de que produciendo la exfoliación del epidermis, determina la eliminación de una parte de los parásitos.

Por la tendencia que tiene la enfermedad á recidivar, convendrá, como lo han demostrado Besnier y Doyon, para conseguir una curación radical, obrar sobre los parásitos contenidos en la profundidad de los infundíbulos pilosos; resultado que se obtiene lavando las partes enfermas con agua muy caliente y *jabón de alquitrán*, de *azufre* ó de *naftol*, y aplicando después sobre cada una de las placas eruptivas, *tintura de yodo* por espacio de tres días consecutivos ó bien una *pomada de azufre* al 10 por 100 á la que se añade 1/50 de *ácido salicílico*.

Las *pomadas mercuriales* deben proscribirse, pues debido á la extensión de las superficies afectas, podrían provocar salivación, pudiendo practicarse, por el contrario, lociones con una solución de *sublimado* al 1 por 500; se han aconsejado igualmente aplicaciones repetidas de una solución al 1/30 de *timol*.

Por razón de la difusión de las lesiones, están indicados los baños generales, pudiendo recurrirse á los *baños sulfurosos* ó á los baños con 8 ó 10 gramos de *sublimado*.

Conviene asimismo desinfectar los vestidos pasándolos por la estufa.

Por último, desarrollándose preferentemente el *microsporon furfur*

en individuos debilitados, habrá de ponerse en práctica un *tratamiento tónico*; precisa igualmente combatir la dispepsia, pero, en realidad, la terapéutica con frecuencia es impotente para modificar el estado indeterminado de la epidermis que le convierte en un medio del cultivo favorable para este hongo.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LA URTICARIA

POR

E. GAUCHER

Y

C. BARBE

Profesor agregado de la Facultad
de Paris
Médico del hospital Saint-Antoine

Jefe del laboratorio de dermatología
del hospital Saint-Antoine
Ex-interno del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Tratamiento de la urticaria según sus causas

La urticaria es una dermatosis caracterizada por la súbita aparición de eflorescencias maculosas ó papulosas, decoloreadas ordinariamente en su centro, rojas en la periferia, que ocasionan un prurito intenso. Puede ser pasajera, aguda, ó por el contrario, crónica, renovándose durante semanas y meses. Afecta no solamente á los tegumentos, sí que también á las mucosas dermo-papilares: faríngea, laríngea y bronquial.

Por último, se ha señalado en los niños una variedad especial de urticaria crónica muy rebelde, que deja en pos de sí manchas pigmentadas que no desaparecen sino al cabo de varios años (*U. pigmentada*).

Esta erupción es debida á diversas causas, que es preciso conocer bien para que la terapéutica resulte eficaz. Así, al lado del tratamiento del síntoma «prurito,» aplicable á todas las especies de urticaria, es necesario el tratamiento de la causa, que en buen número de casos ofrece una importancia capital.

La urticaria puede ser de origen externo (ortigas, orugas, medusa, chinches); ó de causa interna, y entonces es debida á la ingestión de alimentos ó de bebidas, tales como las almejas, el pescado de mar, los cangrejos, la salchichería, las fresas, los huevos, el hielo, el champagne, el agua de Seltz, ó también de medicamentos como los balsámicos, el

cloral. La urticaria se observa asimismo en el curso de ciertas enfermedades infecciosas ó parasitarias (viruela, difteria, fiebre tifoidea, paludismo, quistes hidatídicos); puede, por último, ser de origen nervioso (emociones violentas, nervosismo, histerismo, neuro-artritis). Una variedad de esta última clase es la *urticaria autográfica*.

En todos estos casos, se suprimirá ante todo la causa irritante, proscribiéndose el medicamento ó alimento nocivos. En el caso de intoxicación alimenticia, será conveniente administrar un *purgante* y también algunas veces un *vomitivo*; se practicará la antisepsia intestinal administrando el *naftol* ó el *benzonaftol* asociado al *salicilato de bismuto* ó de *magnesia*, según que exista diarrea ó constipación. Se prescribirán además los *alcalinos* y el *régimen lácteo*. Bouchard ha hecho notar la frecuencia con que se presentaba la urticaria en personas afectas de dilatación del estómago; en estos casos deberá, pues, tratarse esta dilatación.

En la urticaria crónica y principalmente en la urticaria intermitente de origen palúdico, se ordenarán los *preparados de quina*, los que, por otra parte, habrán de continuarse por largo tiempo.

En la urticaria de origen nervioso, en la urticaria autográfica, se tratará el nervosismo, el histerismo, por los medicamentos antiespasmódicos, sobre todo los preparados de *valeriana*. Podrá ensayarse también la *hidroterapia* templada á 35°, aunque no debe olvidarse que, por punto general, la urticaria tolera poco los baños, principalmente los de agua fría.

Contra el artritis se administrarán los *alcalinos* y también el *salicilato de sosa* á pequeñas dosis.

Las aguas minerales recomendables para el tratamiento de la urticaria son las de *Néris*, *Royat* y la *Bourboule*.

II

Tratamiento de la urticaria en general

A. — Sea cual fuere la causa de la urticaria, la terapéutica cuenta con cierto número de medios empleados para calmar la intensa picazón que ocasiona esta dermatosis, que consisten en lociones, polvos, pomadas y la envoltura de algodón.

Hemos hecho notar anteriormente, que en la urticaria los baños (como los de almidón y los alcalinos) eran más bien perjudiciales que útiles. En compensación de esto, las *lociones* practicadas con *agua caliente*

adicionada de una tercera parte de *vinagre*, ó con una solución de *ácido fénico* al 1 por 100 con una cuarta parte de *glicerina*, ó aun también con una débil solución de *cloral*, alivian bastante á los enfermos. En el caso de que estas lociones no bastaran, podrán usarse los polvos calmantes, solos ó asociados á las lociones, aplicándose aquéllos, en este último caso, sin secar la superficie del cuerpo. Estos polvos son los siguientes: el polvo de *almidón* fresco, los polvos de *talco*, de *óxido de zinc* y de *subnitrito de bismuto*, á los que podrá añadirse un poco de polvo de *alcanfor* ó de *mentol* para hacerles todavía más calmantes (polvo de almidón, 100 gramos; polvo de talco, 100 gramos; polvo de alcanfor, 3 gramos).

Las pomadas á base de *vaselina* con un décimo de *óxido de zinc* ó de *subnitrito de bismuto* pueden también calmar la picazón; será conveniente añadir 1 por 100 de *mentol*.

En ciertos casos, hemos obtenido buenos resultados con la solución siguiente:

Cloroformo.	} aa.	30 gramos
Alcohol alcanforado.		
Eter sulfúrico.		
Mentol.		10 —

M. s. a.

En los casos rebeldes á toda medicación, se ensayará la *envoltura con algodón* preconizada por Jacquet, de aplicación difícil cuando la urticaria se ha generalizado.

Cuando el tratamiento local no bastara para hacer desaparecer ó atenuar la picazón, será conveniente calmar mediante los preparados de *valeriana* el estado nervioso resultante (2 á 4 gramos de extracto de valeriana por día en dos enemas, uno por la mañana y otro por la tarde, ó en píldoras de 0^{gr},20 tomadas de dos en dos con intervalos de una hora, ó el *valerianato de amoníaco* á la dosis de 0^{gr},10 á 0^{gr},20 por día). He aquí una fórmula que empleamos con éxito, debida á nuestro antiguo interno en farmacia, M. Cartier:

Valerianato de amoníaco.	2 gramos
Tintura de valeriana.	10 —
Agua de menta.	90 —

M. s. a.

Se tomará una cucharada de café mañana y tarde en una taza de infusión de tilo.

Por último, se procurará provocar el sueño por medio de los hipnóticos, como por ejemplo los preparados *opiados*, el *trional*, el *cloral*, el

bromuro de potasio, pero se desconfiará de estos dos últimos medicamentos por las erupciones que á veces suelen ocasionar.

B. — *Urticaria interna*. — Cuando la urticaria se localiza en la mucosa de la faringe, se prescribirán *gargarismos emolientes*; si se extiende á la laringe y á los bronquios, se administrará el *éter*, y en ciertos casos el *acetato de amoniaco* en poción.

C. — *Urticaria pigmentada*. — Para combatir la *urticaria crónica pigmentada*, cuya naturaleza es del todo desconocida, se empleará el tratamiento paliativo que hemos indicado anteriormente.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LAS PÚRPURAS

POR

P. AUBERT

Cirujano de la Antiquaille

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

En 1835, Rayer escribía lo siguiente: «Comprendo bajo la denominación de púrpura varias enfermedades que tienen como carácter común y genérico el de manifestarse interiormente por hemorragias, y al exterior del cuerpo por petequias ó equimosis no dependientes de violencias exteriores.»

En nuestros días no hemos adelantado mucho después de transcurridos sesenta años, y H. Mollière ha podido afirmar recientemente, con razón, que las erupciones de púrpura se descubren en un crecido número de enfermedades y en todas las condiciones, desde un estado de salud perfecta hasta las caquexias avanzadas.

Esta variabilidad de la púrpura hace difícil establecer una teoría general, impidiendo que pueda adaptarse á todos los casos ninguno de los elementos precisos que la anatomía patológica ó la experimentación han podido proporcionar; estos elementos son por lo demás en número muy reducido.

En un caso, Cornil ha encontrado una angiectasia enorme, los pequeños vasos tenían un calibre treinta veces mayor que en su estado normal, pudiendo por lo tanto depender el aspecto purpúrico de un estado congestivo extremado, sin que éste se acompañe necesariamente de ruptura y de extravasación sanguínea.

Leloir ha observado vasos dilatados con endotelio proliferante, existiendo, pues, por este mecanismo verdadero trastorno trófico. En otros casos, las arterias del hipodermis presentaban trombosis, habiéndose podido explicar la hemorragia por el mecanismo habitual de las trombosis, el reflujo de la sangre venosa en las ramas arteriales vacías, probablemente paralizadas y sin resistencia en sus paredes. Cuando existe alguno de esos estados vasculares, se comprende que las condiciones mecánicas pudieran desempeñar un papel secundario, pero real, y que la estación bípeda, la marcha, la supresión de un vendaje constrictor, las quintas de tos de la coqueluche, las crisis de epilepsia, un capirotazo ó un arañazo puedan determinar pequeños focos hemorrágicos.

En los experimentos de Auspitz sobre los efectos de la estasis venosa en la piel por la aplicación de una constricción circular, ha sido comprobado un hecho singular y algo contradictorio: en enfermos afectos de diversas púrpuras, las hemorragias han sido menos abundantes que en el hombre sano.

Auspitz, por otra parte, ha demostrado que, en los tejidos inflamados, la diapédesis y la exudación se verifica más fácilmente. La salida de los glóbulos, ó solamente de la hemoglobina, puede, por lo demás, producirse sin ruptura vascular.

Hay que señalar también entre los fenómenos experimentales las hemorragias intersticiales provocadas en el dermis de un perro cuyo ciático había sido irritado (Mathieu y Gley). Fuera de las investigaciones de los microbios y de los resultados del cultivo de que vamos á ocuparnos, el examen de la sangre ha dado poco resultado. Spretscha ha encontrado, en la sangre obtenida por una puntura en un dedo, una fuerte proporción de glóbulos rojos nucleados, pero este hecho parece que depende más bien de la regeneración de la sangre que de un estado primitivo de los glóbulos que creara una predisposición á la alteración de las paredes vasculares y á las hemorragias.

Los experimentos para hallar los microbios y los cultivos, han demostrado la existencia de organismos variados, generalmente piógenos, ya en la sangre, ya en las manchas purpúricas: estreptococos, estafilococos blancos y dorados, pneumococos, bacterias. Estas bacterias, descubiertas por Kolb en cinco casos, practicando la autopsia á las tres ó cuatro horas de la muerte, han proporcionado cultivos que, inyectados en perros y ratones, determinaron hemorragias.

Las hemorragias de la púrpura, cualesquiera que sean su causa y mecanismo, se manifiestan en la piel en forma de equimosis más ó menos extensas ó de petequias de pequeñas dimensiones, y especialmente en forma

de hematomas. Equimosis y petequias evolucionan presentando la variedad de matices de reabsorción de los derrames sanguíneos.

Estas hemorragias pueden producirse debajo de las mucosas con ó sin salida de sangre al exterior. Puede haber epistaxis, hemoptisis, sangrar las encías, etc., deposiciones y orinas sanguinolentas; pueden aparecer también en este caso hemorragias intersticiales en los órganos, y en la mujer embarazada derrames intra-útero-placentarios con peligro ó realización de aborto.

El pronóstico varía desde la benignidad de una picadura de pulga hasta la gravedad de los casos fulminantes que acaban con el enfermo en pocas horas.

Preciso es, pues, considerar á las púrpuras tales como son, sin intentar establecer la más pequeña unidad en este grupo ficticio, y clasificarlas dentro de los límites de lo posible. Esta clasificación es la que ha intentado Mathieu en su excelente artículo del *Diccionario enciclopédico de ciencias médicas*.

Admitimos en definitiva su clasificación, pero sin obligarnos á seguir rigurosamente su orden.

Cabe distinguir las púrpuras de *causa local* de las púrpuras de *causa general*, pudiendo por lo demás combinarse.

Existen púrpuras de causa local en las flebitis, las neuritis, después de la supresión de un vendaje inamovible compresivo (Hartmann), en ciertas afecciones cutáneas preexistentes: psoriasis, eczema, dermatosclerosis (Besnier).

II

Púrpuras de causa general

A. — *El escorbuto epidémico ó esporádico* ocuparía un importante lugar en este grupo de púrpuras, si el más perfecto conocimiento de su etiología y de su tratamiento mejor instituido no hubiesen motivado su separación.

Si lo mencionamos, pues, en este lugar es precisamente porque el tratamiento del escorbuto por las *legumbres* frescas y sobre todo las hortalizas, por las *frutas*, *naranjas*, *limones*, *limón dulce*, mezcla de alcohol y de jugo de limón de los marinos ingleses, y en último término las *sales de potasa* si no hubiera legumbres, se adapta perfectamente al tratamiento de las púrpuras en general.

B. — *El tipo de Verlhof* presenta dos formas: la forma *aguda*, de

comienzo rápido, sin causa suficientemente comprobada, sin fiebre, al menos al principio, y que cura en ocho ó quince días, á no ser que aparezcan complicaciones por razón de la abundancia ó localización de las hemorragias, y la forma *crónica*, que recuerda algo al escorbuto esporádico: lesión de los tegumentos, de las encías, de las vísceras, miseria fisiológica provocada por circunstancias accesorias de frío, humedad, cansancio y de pronóstico más grave.

C. — *Las púrpuras infecciosas primitivas* comprenden diversas especies en las que la fiebre, la importancia y gravedad de los síntomas generales demuestran claramente que se trata de una infección general.

D. — *Las púrpuras infecciosas secundarias* entrañan de ordinario un pronóstico grave y coexisten con enfermedades generales, de las que dependen: escarlatina, sarampión, viruela, fiebre puerperal, neumonía, etc.

En esta serie de afecciones microbianas, sin embargo, no se trata siempre de casos infecciosos y graves, pues se pueden observar formas benignas en las enfermedades indicadas precedentemente y también en la blenorragia, la sífilis, etc.

E. — *Púrpuras medicamentosas ó alimenticias*, que apenas nadie se atreve á calificarlas con su nombre habitual de tóxicas, puesto que sobre ellas influye más la idiosincrasia del individuo que la dosis del medicamento. Hay las formas yodopotásicas y no yódicas (Besnier), clorálicas, alcohólicas, quínicas, etc., habiendo visto Morel-Lavallée sobrevenir púrpuras después de inhalaciones de cloroformo, y Lewin consecutivamente al abuso de los espárragos.

F. — *Púrpuras caquéticas* en la anemia perniciosa, la tuberculosis, el cáncer, el alcoholismo crónico, la pelagra, las cardiopatías, etc.

Mathieu hace observar razonablemente que, en estas púrpuras de miseria, pueden existir manchas y hasta verdaderas abolladuras sanguíneas, pero nunca los fenómenos hiperémicos y activos del eritema, pápulas y nódulos dolorosos, que se presentan en las formas reumáticas.

G. — *Púrpura exantemática reumatoide*. La enumeramos en último lugar porque es la que ofrece más puntos de contacto con las dermatosis. Tienen con ella gran semejanza, si no identidad, la *peliosis* de Schönlein y ciertos eritemas nudosos hemorrágicos. Faisans la designa con el nombre de mielopática, puesto que admite que esta forma tiene por substratum una lesión difusa de la médula. Sean cuales fueren las teorías, podemos distinguir en esta púrpura tres grupos de síntomas:

Síntomas gastro-intestinales: inapetencia, lengua saburral, dolores epigástricos, vómitos.

Síntomas reumáticos: quebrantamiento general, artralgia, tumefacción de las articulaciones.

Síntomas cutáneos de carácter activo y movable, con brotes sucesivos, consistiendo en eritema, edema, urticaria, nudosidades, petequias, equimosis.

El pronóstico es generalmente favorable, pero es preciso, sin embargo, vigilar estos enfermos, auscultarlos y tratar enérgicamente, desde un principio, las complicaciones cardíacas que se han observado en algunos casos.

III

Tratamiento de las púrpuras

A pesar de este complejo conjunto de datos peor ó mejor clasificados, cabe, sin embargo, cierta unidad de tratamiento, y por el examen de los distintos casos publicados es de ver que siempre se recurre á los mismos medios terapéuticos: los ácidos, los astringentes y los tónicos.

Los ácidos minerales: la *limonada sulfúrica*, el *agua de Rabel*, el *elixir ácido de Haller*; los ácidos vegetales: *jugo de naranja*, *jugo de limón*, *limón dulce* y los *frutos ácidos*; los astringentes: *agua de Léchelle*, *ergotina*, *percloruro de hierro*, *tanino*; los tónicos y estimulantes: *vino*, *ron*, *quina*, *hierro*, *tintura de canela*, etc. Desde la antisepsia se ha concedido mayor importancia en lo referente á la higiene de la boca, y se han administrado la serie de antisépticos intestinales: *bismuto*, *carbón*, *salol*, *naftol*, etc., *inyecciones de éter* ó de *caféina* en caso de colapso. La permanencia en cama bien entendida y la habitación fresca y aireada son prescripciones indispensables en los casos graves, y de gran utilidad, como medios locales, en los casos sencillos. E. Besnier emplea algunas veces la *elevación* y hasta una ligera *compresión* de los miembros. Las compresas empapadas en *agua blanca*, ó en una solución de *clorhidrato de amoníaco* al 1 ó 2 por 100, son un tanto ilusorias para favorecer la reabsorción más rápida de los derrames. Las lociones *fenicadas* ó *saliciladas* débiles si existe prurito, pueden ser de utilidad para calmarlo. Shand, en un caso grave, en una niña de ocho años, para despertar la contractilidad vascular, hizo pasar por toda la superficie del cuerpo, durante dos horas, *corrientes farádicas*, habiendo conseguido una rápida desaparición de las hemorragias.

CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO DEL HERPES

POR

R. DU CASTEL

Médico del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Los herpes (1), desde el punto de vista terapéutico, cabe distribuirlos en dos grupos: 1.º los que curan por sí mismos y rápidamente; 2.º aquellos cuya erupción se reproduce incesantemente, resisten á todo tratamiento, y subsisten por un espacio de tiempo indefinido: son los herpes llamados recidivantes.

A. — HERPES NO RECIDIVANTES

Los primeros sobrevienen á veces sin causa de verdadera importancia, á consecuencia de un exceso de fatiga, de uno de esos simples ascensos febriles ó de molestias que dependen de estas infecciones cuya naturaleza nos es imposible todavía precisar: pueden presentarse en el decurso ó en el período de declinación de importantes enfermedades infecciosas, como por ejemplo, el herpes crítico de la pneumonía; se les ve aparecer con ocasión de fenómenos naturales sin que sea posible precisar la causa de su aparición, tal es el herpes labial que se revela en la época de las reglas, por cuya razón se le denomina herpes menstrual ó catamenial.

En la inmensa mayoría de los casos, todas estas clases de herpes

(1) No nos ocupamos en este artículo del zona, si bien tiene inmediato parentesco con algunas de las variedades de nuestros herpes.

tienen una evolución rápida y benigna, de suerte que, si interviene la medicina, no ejerce apenas otra acción que la de procurar al enfermo algún alivio en el caso de que el herpes se convierta en incómodo y penoso, por su localización, la extensión de sus lesiones, escozor y comezón de intensidad extraordinaria, ó por sobreañadirse una inflamación secundaria excesiva. De todos modos constituyen esta clase de herpes una afección que está destinada á curar pronto y completamente, sin exigir una intervención terapéutica muy activa.

En algunos individuos, sin embargo, la extensión de la lesión ó la intensidad de los fenómenos inflamatorios, vienen á ser un accidente muy molesto, y no es raro que sobrevengan en la mujer brotes eruptivos vulvares de una abundancia verdaderamente asombrosa para quien los observa por vez primera; grandes y pequeños labios, circuito de la vulva, periné y margen del ano se cubren de una erupción confluyente; los grandes y pequeños labios están tumefactos, aumentado en un doble ó triple su volumen, recubiertos de una capa lardácea; las partes afectas son asiento de un abundante derrame mocopurulento de olor fétido.

Las cualidades nutritivas especiales de esta región, sobre todo á nivel de la mucosa vulvar, y los roces á que expone la marcha, determinan la rápida ulceración de una gran extensión de la superficie afecta; de esto se originan para la enferma dolores, escozor, punzadas, intensa comezón y una violenta reacción inflamatoria que conduce á veces á una reacción general muy señalada con fiebre y estado gástrico. En algunas mujeres, la afección puede ocasionarles malestar, agitación y fenómenos nerviosos muy declarados; la curación de la enfermedad, á pesar de la intensidad de las lesiones, se obtiene fácilmente y de un modo rápido.

B. — HERPES RECIDIVANTES

Bien diferente de la anterior es la segunda variedad de herpes que se designa con el nombre de herpes recidivantes. En estos casos, el médico no se encuentra en presencia de una erupción pasajera, fugaz, destinada á no reproducirse nunca ó muy raramente, sino, por el contrario, enfrente de erupciones susceptibles de repetirse con una persistencia y tenacidad desesperantes en la región del cuerpo que han tomado por sitio de elección. A esta clase de herpes pertenecen particularmente ciertos *herpes catameniales* cuya localización de ordinario es la vulva ó el orificio bucal, aunque pueden también localizarse en cualquier otro punto de la superficie del cuerpo, el cuello, por ejemplo (Verneuil), el *herpes genital recidivante* del hombre y el *herpes bucal*.

1.º Herpes genital recidivante del hombre

De las tres variedades que comprende el herpes recidivante, el herpes genital recidivante del hombre, por su frecuencia, es ciertamente el más importante.

La erupción en sí misma no es grave, no siendo tampoco generalmente muy abundante; á cada brote se producen uno, dos ó tres grupos de vesículas de herpes, y no más, y algunas veces apenas una ó dos vesículas; la comezón es intensa antes y durante la erupción, evolucionando ésta en algunos días, curándose luego rápidamente lo mismo que ocurre en todas las variedades de herpes. Lo que constituye la gravedad de la afección, no es el ataque en sí mismo, puesto que de ordinario no rebasa su intensidad los límites de una erupción herpética, ligera, sino la fácil reproducción del accidente y la tenacidad de la afección: los brotes eruptivos se reproducirán con mayor ó menor frecuencia según los individuos, pero en todos ellos se reproducen buen número de veces. La mayoría de los individuos que se ven atacados por el herpes recidivante genital quedan sujetos á él la mayor parte de su vida, al menos durante largos años. En numerosos casos, la erupción se reproduce de un modo irregular y sin causa apreciable, existiendo, sin embargo, individuos en los que se reproduce periódicamente: algunas influencias parecen susceptibles de provocar su aparición, como las fatigas, excesos, el ejercicio de las funciones genitales y muy particularmente la infidelidad conyugal.

La naturaleza de esta afección escapa á nuestras investigaciones; el herpes recidivante aparece generalmente á consecuencia de una afección del aparato genital, blenorragia, chancro simple, pero es imposible señalar los lazos de unión que puedan existir entre una y otra enfermedad, y los partidarios del origen nervioso, lo mismo que los del origen parasitario no darían á sus hipótesis más que una base puramente teórica.

La influencia que la afección ejerce sobre el estado *moral* del individuo afecto, constituye el lado temible de la enfermedad; efectivamente, el sitio de la lesión y la repetición incesante de los brotes eruptivos ponen al enfermo en un estado tal de depresión moral, desesperación é hipocondría, que algunas veces llega á concebir ideas de suicidio.

2.º Herpes recidivante bucal

El herpes recidivante bucal, puesto en evidencia por el profesor Fournier, es todavía poco conocido de la mayoría de los médicos. Este herpes

ataca de preferencia á los individuos jóvenes y artríticos, al hombre más á menudo que á la mujer; se revela con frecuencia con ocasión de la sífilis recientemente adquirida, y las irritaciones de la boca, particularmente las que determinan el tabaco y el mercurio, parecen ser causas muy activas de su aparición: las condiciones en que se revela el herpes bucal, y su aspecto le hacen confundir con frecuencia con las sífilides ó las placas mucosas de la boca.

En un individuo sifilítico cuya afección parecía haberse casi extinguido, se producen de repente erosiones en la mucosa bucal, lo más común en la lengua, cicatrizándose la lesión en ocho días, sea cual fuere el tratamiento que se haya empleado; algún tiempo después de este primer ataque reaparece de nuevo la afección, curando con la misma facilidad; y así durante un tiempo indeterminado, siempre muy largo, meses ó años, se va sistemáticamente reproduciendo la erupción con los mismos caracteres.

La erupción ataca con mucha mayor frecuencia la lengua y de ella el borde lateral, más raramente los labios y los carrillos; antes de la caída de la epidermis se presenta bajo el aspecto de una mancha grisácea, opalina, y después, al desprenderse la epidermis, consiste en una erosión superficial circundada por una gargantilla blanquizca; muy luego desaparece la erosión y la cicatrización se efectúa rápidamente. La lesión es poco extensa, redondeada, y cuando adquiere alguna extensión, puede poner de manifiesto la disposición policíclica y microcíclica de los bordes, propios de las erupciones herpéticas, acerca de la cual insiste Fournier en sus investigaciones. El herpes bucal es una afección dolorosa, pudiendo algunos enfermos á ella acostumbrados prever la aparición de la enfermedad por las punzadas premonitorias; en el apogeo del accidente, el dolor puede llegar á ser suficientemente intenso, que dificulte la masticación, despertando también agudos dolores al contacto del vino, del alcohol, de los alimentos ácidos y del tabaco. Se confunde este herpes á cada momento con las lesiones sifilíticas de la cavidad bucal y en tales casos sus repeticiones incesantes, su larga duración y la resistencia que opone al tratamiento antisifilítico, hacen sospechar que se hallan atacados de sífilis rebelde individuos cuya afección sifilítica quedó curada.

II

Tratamiento

A. — El herpes vulgar de ordinario no reclama ningún tratamiento. ¿Quién se preocupará, por ejemplo, á no ser que se trate de casos excepcionales, de cuidar el herpes tan común de los labios, conocido del público con el nombre de botón de fiebre y del que nadie, aun los ajenos á la medicina, ignora su poca gravedad?

Algunas aplicaciones tópicas, que hasta á veces resultan inútiles, dirigidas á calmar las simples molestias que pueda ocasionar, son todos los cuidados á que ha de recurrirse: esto lo hace las más veces el enfermo sin necesidad de consultar al médico. Con el objeto de aminorar las molestias que en determinados casos de herpes pudieran ocasionar los fenómenos inflamatorios excesivos, una costra incómoda por su rigidez, ó una superficie que se vuelve dolorosa á consecuencia de la ulceración, serán suficientes algunas lociones emolientes ó calmantes, algunas aplicaciones de una substancia grasienta, *vaselina*, *glicerina*, ó bien una poca cantidad de polvo inerte como *talco*, *almidón*, *arroz*; la última circunstancia se produce sobre todo cuando la lesión sobreviene en una región naturalmente húmeda ó que esté expuesta á repetidos roces. En la inmensa mayoría de los casos cabe afirmar de la erupción herpética lo que el profesor Fournier decía del chancre sífilítico: cuanto menos se toca, mejor va.

Estos cuidados tendrán, sin embargo, más especialmente su razón de ser cuando la lesión es muy extensa, y en los casos en que la reacción inflamatoria local sea extraordinaria, hemos obtenido muy buenos resultados con aplicaciones de *linimento oleo-calcáreo*, cuya influencia bienhechora parece superar con mucho á la de la *vaselina boricada* ó de la *pomada de óxido de zinc*.

El malogrado Leloir sostenía que era posible detener el desarrollo del herpes de la piel é impedir la producción de vesículas, cubriendo la superficie enferma, desde el momento en que se manifiesta la rubicundez de la erupción, con algodón hidrófilo empapado en una de las siguientes soluciones:

Alcohol de 90°	100 gramos
Resorcina.	2 —

Disuélvase.

Alcohol de 90°	100 gramos
Timol.	1 —

Disuélvase.

Alcohol de 90°	100 gramos
Mentol.	3 —
Disuélvase.	

Alcohol de 90°	100 gramos
Acido fénico.	0 gr. 25
Disuélvase.	

Alcohol de 90°	100 gramos
Resorcina.	3 —
Cocaína.	1 ó 2 —
Disuélvase.	

Alcohol de 90°	100 gramos
Tanino.	2 —
Disuélvase.	

El algodón se renueva varias veces al día, cubriéndolo con tafetán engomado para que se conserve siempre húmedo.

En este período de la enfermedad, á menudo conseguimos algún resultado por medio de las aplicaciones de *colodión elástico ricinado*, que modera el desarrollo de las vesículas, lo detiene á veces, protegiéndolas en todo caso contra las irritaciones exteriores, y evitando la ulceración y la inflamación secundaria intensa.

Cuando tarda en producirse la cicatrización, los toques con el lápiz de *nitrate de plata* ó una solución de nitrato de plata al 1 por 50 aceleran la evolución.

B.—El *herpes de las mucosas* reclama siempre algunos cuidados higiénicos: la descamación que acompaña inevitablemente á la erupción, desprende la capa protectora del dermis, haciendo la erupción muy dolorosa.

C.—El *herpes bucal* se tratará bien con el uso repetido de colutorios ó de inyecciones compuestas de líquidos emolientes ó ligeramente astringentes, *cocimiento de raíz de malvavisco*, *agua* ligeramente *boricada* ó con una débil cantidad de *clorato de potasa* (1 ó 2 gramos por 100). A medida que vaya transcurriendo el tiempo desde el comienzo de la afección, será conveniente aumentar el grado de concentración de los colutorios. Un toque con el lápiz de *nitrate de plata* aminora á menudo los fenómenos dolorosos y precipita la cicatrización.

D.—El *herpes vulvar confluyente* requiere un tratamiento activo: se ordenará á la enferma el reposo absoluto; se le prescribirán *baños* tibios emolientes, con 500 gramos de *almidón* por baño; lociones emolientes, con gran cantidad de agua, repetidas varias veces al día y hechas con el *cocimiento de raíz de malvavisco*, la *infusión de manzanilla*, á las que se podrá añadir una ó dos *cabezas de adormidera* por litro.

La mayor parte de los enfermos encuentran gran alivio espolvo-

reando las regiones inflamadas después del baño ó de las lociones, con un polvo inerte ó ligeramente astringente, tal como el polvo de *talco*, de *óxido de zinc*, *tanino*, *bismuto*; el almidón tiene el inconveniente de agrumarse, lo que á veces molesta mucho al enfermo; es conveniente echar el polvo en abundancia y desde cierta distancia, teniendo cuidado de evitar toda presión ó roce con las partes afectas.

Con este tratamiento se consigue lo más frecuentemente un alivio inmediato de la dolencia y una curación rápida, pero hay enfermos á quienes el contacto de los polvos se hace intolerable, los que sólo sirven para exacerbar la picazón, las sensaciones penosas, exagerando el eretismo nervioso; en estos casos, es preciso contentarse con el tratamiento emoliente, repetir con frecuencia las lociones, aplicar á las regiones afectas compresas empapadas de los mismos líquidos y *cataplasmas de fécula*; estas aplicaciones á menudo obran mucho mejor cuando se practican en frío que si se aplican líquidos tibios ó calientes; pudiéndose también ensayar las unturas con *vaselina* simple, *colcream*, hasta que se toleran por el enfermo los polvos aisladores.

Convendrá con frecuencia colocar entre los pliegues de la piel un lienzo delgado ó algodón hidrófilo cubierto de polvo inerte ó de una substancia grasienta.

En los casos en que se acentúe mucho el eretismo nervioso, tendrá que recurrirse á los *lavatorios laudunizados*, á las medicaciones sedantes administradas al interior, *preparaciones opiadas*, *valerianato de amoníaco*, *bromuros*, y quizá también *inyecciones de morfina*; estas últimas habrán de prescribirse con prudencia, pues es siempre de temer en mujeres nerviosas que, después de haber probado la morfina, busquen las sensaciones indudablemente agradables para algunas y caigan en la morfínomanía.

E.—El *herpes de los órganos genitales del hombre* se tratará por medio de débiles lociones antisépticas, *agua boricada*, *coaltar saponinado*, etc., ó astringentes, *agua blanca*, *cocimiento de rosas de Provenza*, ó de *hojas de nogal*, después de lo que se aplicarán polvos inertes ó astringentes, tales como el *talco*, *subnitrato de bismuto*, *óxido de zinc*, *salol*. Si la lesión ocupa el surco balano-prepucial, será conveniente interponer entre el prepucio y el glande algodón hidrófilo: si radica en la piel del pene, se la envolverá con una capa delgada de algodón á fin de evitar la acción irritante que ocasionarían los roces.

En el intervalo de los brotes eruptivos se recomiendan lociones astringentes (*agua blanca*, soluciones de *sulfato de cobre* ó de *zinc*, de *nitrato de plata*, etc.), el uso continuado de polvos astringentes, y los

baños repetidos. Precisa, sin embargo, desconfiar siempre del éxito de estos diferentes tratamientos, pues el herpes genital resiste á todos ellos.

Con el fin de prevenir el retorno del herpes recidivante, se ha intentado modificar la nutrición de las regiones que eran su sitio de elección por medio de enérgicas *cauterizaciones* y por la aplicación de *puntos de fuego*: estas tentativas no han producido resultados apreciables y de regular consideración. Debemos, sin embargo, hacer especial mención de la tentativa del profesor Verneuil que permite esperar algo más: se trataba de una señora que á cada época de las reglas se veía atacada por un brote herpético que aparecía en la región del cuello: Verneuil practicó en la región ordinariamente invadida por la erupción, *inyecciones de éter yodofórmico* al 5 por 100 (media jeringa de Pravaz por inyección). Durante las cuatro épocas siguientes, el herpes no volvió á aparecer. El profesor Fournier juzga que este medicamento proporciona un recurso que no habrá de despreciarse si llegara el caso.

El médico habrá de investigar con cuidado si en el temperamento ó en la constitución de su enfermo existe algún vicio al que pudiera acusarse cuando menos de crear una predisposición para la reproducción de los brotes herpéticos: á los individuos linfáticos, se les prescribirá el *aceite de hígado de bacalao*, los preparados *fosforados ó fosfatados*, el tratamiento por las *aguas sulfurosas ó cloruradas*; á los artríticos los *alcalinos*, las *aguas bicarbonatadas sódicas ó alcalinas*; á los herpéticos, el *arsénico* y los *sulfuros*. Doyon ha referido un número bastante considerable de casos de curación obtenidos después de una ó varias temporadas de tratamiento en la estación termal de *Uriage*. *Lu-chón*, *Saint-Gervais*, *Schinznach* se han recomendado asimismo atribuyéndoles una acción análoga.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO DEL PÉNFIGO

POR

H. HALLOPEAU

Médico del hospital Saint-Louis, agregado de la Facultad de Paris,
Miembro de la Academia de Medicina

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Bajo esta denominación se han confundido todas las erupciones ampollosas.

Reservaremos aquí este nombre para las que pueden considerarse como *idiopáticas* y de *causa interna*; esto es, haremos abstracción de las erupciones que dependen de ciertas intoxicaciones, tales como el yodismo y el bromismo; de neuritis, histerismo, eritemas polimorfos, púrpura, liquen de Wilson; de diversas enfermedades infecciosas, ya agudas como la viruela, ya crónicas como la sífilis y la lepra; de la acción local de agentes físicos ó químicos, por ejemplo, el calor, el frío, los vesicantes, los cáusticos, etc.

A pesar de esta eliminación, deberemos examinar todavía varios tipos clínicos de distinta naturaleza, como son: los *pénfigos agudos*, el *pénfigo congénito con quistes epidérmicos*, la *predisposición hereditaria á la producción de ampollas*, y el *pénfigo trofoneurótico*, el *pénfigo herpetiforme de brotes sucesivos* (*dermatitis herpetiforme de Duhring y Brocq*), el *pénfigo* llamado *vulgar* (cuya existencia se ha discutido hasta hace poco tiempo), el *pénfigo foliáceo* y el *pénfigo vegetante*. A nuestro entender, las cuatro formas de pénfigo indicadas últimamente, consideradas generalmente en Francia como especies morbosas bien distintas, son de igual naturaleza, confirmando esta suposición el hecho de

que se observa en ellas el paso de una á otra; así por ejemplo, hemos visto comprobados dos casos de dermatosis herpetiforme transformarse en pénfigos foliáceos igualmente típicos y acompañarse la misma enfermedad de vegetaciones: las diferencias clínicas innegables que han conducido á distinguir estas formas son debidas, según toda verosimilitud, bien á diferencias en la cualidad ó la cantidad de las toxinas que parecen ser su causa inmediata, bien á los distintos modos de reaccionar de los individuos.

El *pénfigo agudo de los recién nacidos* con relación á las demás variedades no ofrece de común más que la erupción ampollosa: es, en efecto, una enfermedad originada por un *contagium vivum*, puesto que es epidémica, y su evolución cíclica, que dura de una á cuatro semanas, viene en apoyo igualmente de esta interpretación. Comienza esta erupción pocos días después del nacimiento, pudiendo interesar toda la superficie de los tegumentos á excepción de las regiones palmar y plantar; se manifiesta por brotes sucesivos y la evolución de cada elemento, aisladamente considerada, guarda mucha semejanza con la de una vesícula de varicela.

El *pénfigo herpetiforme de brotes sucesivos, dermatitis herpetiforme*, ofrece de característico la producción por brotes sucesivos de erupciones lo más frecuentemente ampollosas, pero á veces también eritematosas, urticadas, purpúricas, purulentas ó gangrenosas, las molestias que les acompañan y la duración generalmente prolongada de la enfermedad; puede también complicarse con diversas manifestaciones viscerales, y especialmente con endopericarditis, nefritis, etc. Por más que el pronóstico sea con mucha frecuencia relativamente benigno, hemos sentido que no es raro observar casos que terminan por la muerte; pueden producirse secundariamente vegetaciones, liquenificaciones, abscesos subcutáneos y cicatrices indelebiles.

En el *pénfigo* llamado *vulgar* ó *verdadero*, las ampollas se producen sin que los enfermos experimenten ninguna molestia; de ordinario no van acompañadas de eritema, renovándose incesantemente en diferentes partes de la superficie tegumentaria; la mucosa bucal es invadida con bastante frecuencia y la enfermedad termina fatalmente por la muerte.

En el *pénfigo foliáceo*, la existencia de las ampollas es efímera, pues se rompen á medida que van produciéndose, consistiendo, pues, la lesión esencialmente en una exfoliación húmeda. En la inmensa mayoría de los casos, se generaliza á toda la superficie tegumentaria y puede convertirse en vegetante bajo la forma papilomatosa. La enfermedad ya desde un principio puede revestir el carácter foliáceo, al paso que otras veces comienza con todos los síntomas de un pénfigo verdadero ó herpetiforme.

En el *pénfigo vegetante* de Neumann, las ampollas se manifiestan en forma de focos de progresión excéntrica, y después de su ruptura, la superficie puesta al descubierto vegeta para hacerse de este modo después más ó menos prominente; estas vegetaciones desaparecen y se cicatrizan dejando en su lugar máculas pigmentadas.

El *pénfigo congénito de quistes epidérmicos* que hemos descrito, es una dermatosis ampollosa hereditaria en la cual los elementos eruptivos se producen sobre todo á consecuencia de ligeros traumatismos. Pueden sobrevenir por brotes agudos, acompañándose entonces de sensaciones dolorosas ó pruriginosas, y pudiendo dejar como consecuencia cicatrices indelebles y atrofia cutánea. Más á menudo vense aparecer en las máculas que quedaron quistes epidérmicos debidos á la obliteración de los conductos sudoríparos por la neoformación epidérmica. Se trata, según todas las probabilidades, de una trofoneurosis, ya que la distribución de la erupción puede ser *zosteriana*.

La dermatosis conocida en Alemania con el nombre de *pre-disposición hereditaria á la formación de ampollas* difiere del tipo precedente por la ausencia de quistes, cicatrices y atrofas cutáneas, por las molestias que ocasiona, y por su sitio de elección, que es la planta de los pies.

Por último, es preciso admitir un *pénfigo trofoneurótico adquirido*, considerándose así el que se manifiesta alrededor de la cicatriz de un vejigatorio y recidiva después incesantemente en la misma región.

Estudiaremos sucesivamente las indicaciones que derivan de las *causas*, de los *procesos*, de las *lesiones* y de los *síntomas* de los pénfigos.

II

Indicaciones que derivan de las causas

Resulta de lo expuesto que son tres los órdenes de causas que pueden originar los pénfigos, es á saber: *la intoxicación por las ptomas* (1), *una infección bacteriana* y *una trofoneurosis hereditaria ó adquirida*.

A. — Por lo que se refiere á las toxinas, faltan desgraciadamente

(1) HALLOPEAU y TÊTE. — Sobre la presencia de alcaloides flogógenos en la orina durante un brote de dermatitis herpetiforme (*Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences*, 1894). M. VADAM ha obtenido recientemente análogos resultados en varios enfermos de nuestra clínica.

datos positivos acerca su modo de desarrollarse, su punto de origen y los medios de obrar eficazmente sobre ellas.

Considerando como la más verosímil, la hipótesis que localiza en el estómago el sitio de la formación de estos productos y los relaciona con las fermentaciones gástricas anormales, se pueden, sin embargo, emplear por vía de ensayo, los agentes propios para modificar el contenido de esta viscera, como los *naftoles*, el *salol*, el *ictiol*, aunque, desgraciadamente, hasta la fecha las tentativas en este sentido no han dado las más de las veces resultado. Nosotros, no obstante, hemos visto recientemente, en un caso inveterado de dermatitis herpetiforme, coincidir una mejoría muy notable y duradera con el tratamiento por el *carbón* y el *salol*.

Los ensayos practicados con el objeto de aumentar la resistencia del organismo á la acción de la causa morbosa, han fracasado en la mayor parte de los casos, y es por esto que no producen efectos curativos el cambio de medio ni los tónicos, como por ejemplo, la *quinina* y la *kola*, ni tampoco la introducción en el organismo, sea por la vía hipodérmica, sea por el estómago, de modificadores poderosos, como son los *líquidos testiculares*, *nerviosos* y *tiroideos*. No hemos observado tampoco que se obtuvieran mejores resultados favorables con un tratamiento representado por dosis elevadas de preparados *arsenicales*.

En definitiva, hasta el presente en estos pénfigos no cabe cumplir sino de un modo imperfecto la más importante de las indicaciones, la que deriva de la causa, siendo preciso guardarnos aquí, como siempre, de atribuir á la terapéutica las remisiones y hasta las curaciones espontáneas, pues tienen lugar sin intervención activa en las formas agudas ó subagudas.

Como coadyuvantes, están indicados los *diuréticos* y de un modo especial el *régimen lácteo*; sabido es, en efecto, que Leredde y Perrin han puesto en evidencia las alteraciones que presenta en estas enfermedades, y particularmente en la forma relacionada con el embarazo, la excreción urinaria.

Sea de ello lo que fuere, por más que se ven casos de curación en circunstancias en las cuales no era de esperar, de ordinario la enfermedad, después de una lucha más ó menos prolongada, termina fatalmente.

B.—No sucede así con el *pénfigo de los recién nacidos*, que sólo tiene de común el nombre con los pénfigos verdaderos, y al que denominaríamos de buen grado *dermatitis ampollosa epidérmica* para diferenciarlo de aquéllos; sabido es que se trata de una enfermedad inoculable, y por consiguiente parasitaria, de la que se ha descrito también el microbio patógeno. Nos encontramos desde luego en presencia de indicaciones de la mayor importancia: es preciso *aíslar* á los enfermos para impedir la

propagación de su infección, tratar localmente las erupciones ampollas por los *antisépticos* y cubrirlas con apósitos protectores á fin de evitar las autoinoculaciones.

El uso de aplicaciones tóxicas está en estos casos contraindicado por razón del poder absorbente de las superficies desnudas y por la falta de resistencia de los individuos; no se recurrirá, pues, á los preparados fenicados ni á las soluciones de sublimado. Se acaba las más de las veces con esta erupción cubriendo por completo las ampollas excoriadas con un polvo absorbente y antiséptico que puede formularse del modo siguiente:

Polvo de talco.	20 gramos
Acido bórico.	1 —
Salol.	4 —

M. s. a.

Se puede sustituir el talco por una dosis igual de *subnitrate de bismuto*, siendo conveniente completar el aislamiento de los productos morbosos inoculables, lo que se obtiene cubriendo la cura con un emplasto aislador y no irritante, como el *emplasto rojo* á base de *minio* ó de *cinabrio*, cuya fórmula, según Vidal, es la siguiente:

Emplasto simple.	27 gr. 50
Minio.	2 gr. 50
Cinabrio.	1 gr. 50

H. s. a.

Se puede también recurrir á la envoltura con algodón hidrófilo impregnado de *vaselina boricada* al 1 por 20.

C. — Hemos visto que, según las mayores probabilidades, la causa del pénfigo congénito con quistes epidérmicos es una trofoneurosis hereditaria, la que desgraciadamente escapa á nuestros medios terapéuticos. Lo mismo puede decirse de las trofoneurosis ampollas adquiridas.

III

Indicaciones que derivan de los procesos y de las lesiones

Los brotes de pénfigo, sobre todo en la variedad herpetiforme, coinciden con bastante frecuencia con una reacción febril, de ordinario moderada, á veces intensa, que denota un proceso flegmático. Se combatirán por los antipiréticos: el *sulfato de quinina* á la dosis de 1 gramo, el *salicilato de sosa* á la dosis de 4 á 6 gramos y la *antipirina* á la de 2 á

3 gramos en veinticuatro horas, pueden prestar en estos casos innegables servicios. Es posible que estos medicamentos obren igualmente sobre las causas próximas de la enfermedad, habiendo nosotros observado, en casos graves de pénfigos herpetiformes, coincidir remisiones duraderas de aquélla con el uso prolongado del sulfato de quinina.

Hasta el presente carecemos de medios para obrar sobre los procesos que determinan la formación de ampollas, y cuando éstas se han desarrollado, pueden presentarse diversas circunstancias; ora desaparecen sin abrirse á consecuencia de la gradual reabsorción de su contenido, ora se rompen dejando en su lugar exulceraciones que llegan á veces á supurar, recubriéndose de exudados difteroides ó vegetando; por último, la erupción puede ser muy circunscrita ó generalizada.

Cuando las ampollas persisten y se borran sin abrirse, no hay que tratarlas localmente, sino tan sólo cubrirlas con algodón hidrófilo para protegerlas; la epidermis desprendida constituye en casos semejantes el mejor de los tópicos.

Existen casos, sin embargo, en que está indicada la *evacuación* del contenido de las ampollas, y es cuando éste se convierte en purulento por haber penetrado microbios del exterior, ó cuando la tensión del líquido da lugar á sensaciones penosas, debiéndose entonces procurarle salida con la punta de una aguja pasada por la llama.

Si la ampolla se ha abierto, habrá que recurrir á la protección por los antisépticos con el objeto de evitar las inflamaciones é infecciones secundarias; cabe en este caso emplear ventajosamente el apósito con algodón hidrófilo impregnado de *linimento oleo-calcáreo* con $\frac{1}{20}$ de ácido bórico; las pomadas de ácido bórico ó *salol*, lo mismo que los polvos absorbentes formulados anteriormente, pueden prestar iguales servicios.

Cuando las lesiones sean circunscritas, se empleará con ventaja el *aceite de almendras dulces* con $\frac{1}{20}$ de *ácido fénico cristalizado*, sin añadir alcohol.

Los exudados difteroides pueden combatirse, bien con el *yodoformo* ó el *diyodoformo*, si la erupción no es muy abundante, bien con el *alcohol alcanforado*, ya la solución al tercio de *tartrato férrico-potásico* después de la ligera anestesia por el alcohol.

Las vegetaciones del pénfigo, teniendo tendencia á sufrir espontáneamente una evolución regresiva, no reclaman un tratamiento dirigido especialmente contra ellas.

Se han señalado casos de pénfigos gangrenosos: la curación con el apósito de algodón impregnado de alcohol alcanforado puede entonces emplearse con útiles resultados.

IV

Indicaciones que derivan de los síntomas

En los pénfigos á veces no existen trastornos funcionales, mientras que otras veces, sobre todo en la variedad herpetiforme, los enfermos experimentan sensaciones á veces muy penosas, ya de prurito, ya de escozor en las partes afectas.

Además de los tópicos indicados anteriormente, el uso del *baño continuado* es entonces la medicación que produce mejor alivio: los enfermos no acusan ningún sufrimiento en todo el tiempo que permanecen en el agua, renovándose con intensidad el escozor y el prurito tan pronto salen de ella.

Algunas veces se puede llegar á amortiguar el prurito añadiendo al tópico $\frac{1}{100}$ de *esencia de menta* (Vidal) ó un 1 por 100 de *ácido fénico*.

Por último, cuando las sensaciones son muy penosas está indicado administrar al interior preparaciones *opiadas* ó bien *cloral*; no nos atreveríamos, por el contrario, á aconsejar las inyecciones de morfina, pues los enfermos corren el grave peligro de acostumbrarse á ellas, convirtiéndose así en morfíomanos; proscribimos igualmente las aplicaciones de cocaína por la acción nociva que puede ejercer este medicamento. Estas enfermedades son de aquellas en que conviene sobre todo tener siempre presente el axioma: *primo non nocere*.

Las reacciones febriles deberán combatirse por los medios indicados especialmente para tratar los procesos flegmáticos.

Si se producen fenómenos de caquexia, se procurará atenuarlos acudiendo á las preparaciones usuales de *quina* ó de *kola*, una alimentación substanciosa, y si es posible, la residencia en el campo.

Resulta de todo lo expuesto que la terapéutica hasta la fecha no es del todo suficiente para combatir esta dermatosis, en el sentido de que no cuenta con una acción segura sobre la causa inmediata, todavía poco determinada; no obstante, prestaría importantes servicios á los enfermos atacados de esta enfermedad evitándoles, por medio de una protección antiséptica, las infecciones secundarias, moderando la reacción febril, calmando las sensaciones dolorosas, sosteniendo, en fin, las fuerzas y estimulando la nutrición general en el caso de caquexia.

CAPÍTULO VIII

TRATAMIENTO DEL ECZEMA

POR

ERNESTO BESNIER

Médico del hospital Saint-Louis, Miembro de la Academia de Medicina

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

RESUMEN NOSOGRÁFICO Y NOSOLÓGICO

- I. — De la eczematización: Lesiones. — Síntomas. — Formas clínicas
- II. — Breve noticia de los eczemas de Unna, ó eczemas seborreicos

Las epidermodermitis exudativas del tipo catarral—catarros húmedos de la piel,—conocidas por la tradición médica con el nombre genérico de eczemas, difieren tanto por su naturaleza, causas y reacción terapéutica, que el reunir las en un solo grupo con la misma denominación es, al parecer, la mayor de las irregularidades nosológicas.

De hecho, sin embargo, todos estos estados patológicos de la piel, á pesar de su disparidad, tienen de común lesiones, cuyo conjunto constituye el estado de eczema, que nosotros hemos propuesto designar abreviativa y sintéticamente con la palabra eczematización. Estas lesiones dependen á veces de la presencia de un elemento parasitario; pero, en todos los casos, una vez eczematizada la piel por cualquier causa, se convierte en punto de refugio de microbios que van errantes y en terreno de cultivo para diversas bacterias, las cuales, después de haberla invadido, desempeñan un papel más ó menos considerable en la ulterior evolución patológica.

Como el papel y la importancia patogénica de esos elementos microbianos son demasiado complejos para darles hoy día fórmula práctica, pre-

cisa é indiscutible (1), y siendo, por otra parte, nuestro objeto exponer tan sólo, y con la mayor claridad posible, el tratamiento que conviene á la eczematización de la piel, cualesquiera que sean las circunstancias en que se presente, únicamente mencionaremos de la parte dogmática del asunto lo más preciso para fundamentar una terapéutica racional y progresiva.

I

De la eczematización

Lesiones y lesiones-síntomas.—Síntomas —Formas clínicas

La eczematización, unas veces primitiva y otras secundaria de diversas afecciones,—pitiriasis, psoriasis, seborreas, hiperhidrosis, é hipersteatidrosis, prurigos diatésicos, ictiosis, dermatitis de Duhring-Brocq, etc., á las que se asocia ó sobreañade, pudiendo ocupar momentáneamente en el curso de las mismas el primer lugar. Su presencia en un complejo patológico no implica en modo alguno la naturaleza eczemática del síndrome, no autorizando, por ningún motivo, la variación de sitio en la clasificación de las distintas afecciones en que se encuentra.

La lesión cutánea, en estos casos, constituye únicamente una fase episódica de un complejo, como sucede en el prurigo diatésico, por ejemplo, el cual, contando en el número de sus alteraciones cutáneas, sucesiva ó simultáneamente, el eritema, la urticación en sus tipos más variados, la eczematización, la liquenización, etc., no puede ser á un mismo tiempo un eritema, una urticaria, un eczema, un liquen, sino que, en realidad, continúa siendo siempre una enfermedad diatésica pruriginosa individualizada, un prurigo diatésico. Por razón de estos casos compuestos, complejos, complicados y atípicos, en determinadas fases de la evolución, la ambigüedad es con bastante frecuencia pronunciada y la dificultad considerable; el médico, no obstante, recurriendo al método nosológico y debidamente prevenido de la complejidad eventual de los casos en apariencia más sencillos, sabrá las más de las veces, merced al análisis clínico, remontarse á los orígenes, restituyendo á la afección primitiva la individualidad que le corresponde, condición esencial para el tratamiento no sólo de la lesión sí que también de la enfermedad.

(1) L. TÖRÖK.—*Ueber die Bedeutung der ekzematösen Hautlosionen und über die allgemeinen Reactionen der Haut.* (Pester med. chirurg. Presse, 1896, pág. 946).

Por último, así como se asocia á otros estados patológicos, la eczematización sufre á su vez interferencias, asociándose las alteraciones eczemáticas ó cediendo el paso á otra lesión, tal como el estado de líquen, la liquenización,—eczemato-liquenización, liquenización secundaria.

A.—*Lesiones*.—El asiento anatómico de la eczematización es la capa superior de la piel, en la cual el dermis y la epidermis se compenetran íntimamente,—de la capa córnea á la red subpapilar. El dermis propiamente dicho,—de la red superficial á la red profunda,—y la epidermis,—de la red profunda á la aponeurosis superficial,—no toman parte en el proceso sino en condiciones especiales, accidentales, de traumatismos, de infección secundaria, de localización en los aparatos diferenciados, etc.

Las alteraciones elementales que constituyen el estado de eczema son numerosas y muy variadas, formando una gama extremadamente extensa su intensidad, profundidad y grado:

Irritación activa de la red sanguínea superficial; leucocitosis moderada; carencia absoluta de piócocos; hidropesía serosa de los espacios interespinosos; edema intersticial del epidermis; exudado seroso en un principio, después serofibrinoso—estado espongoideo de Unna (1);

Elevación del nivel del epitelio, tumefacción, papulación—acantosis (2).

(1) El aspecto de esponja, el estado espongoideo está constituido por la red de los conductos intercelulares dilatados:

El estado espongoideo, dice UNNA, alcanza una superficie muy variable del cuerpo mucoso. En un principio sólo se manifiesta por puntos de la anchura de una papila, por ejemplo, y directamente debajo de la capa intermediaria (capa de paso entre la epidermis malpiziana y la epidermis córnea), sea la keratinización normal ó parakeratósica. Un punto espongoideo puede conservar esta dimensión, keratinizarse y llegar de este modo á la escama, presentándose entonces bajo la forma de una pequeña costra redonda, un poco aplastada, de ordinario fibrinosa, prominente, que finalmente es eliminada. O bien el estado espongoideo invade exclusivamente las capas subyacentes del cuerpo mucoso. Los espacios intercelulares dilátanse entonces, reúnen en lagunas intercelulares mayores, mientras que las células, antes turgescientes, quedan comprimidas formando trabéculas más ó menos delgadas. Cuando las lagunas de esta epidermis transformada así á manera de esponja se llenan en parte, principalmente en la región superior, de masas coaguladas, todo el territorio espongoideo se encuentra levantado por las capas de epidermis neoformadas por debajo del mismo, desecándose y convirtiéndose en una costra fibrinosa. Estas costras, de grandes dimensiones, que sólo por modo lento se exfolian en su totalidad, se empapan también de tiempo en tiempo, aun cuando se hallan keratinizadas, de linfa, como lo haría una esponja; hinchase luego y forman masas gruesas y friables, esas costras de un amarillo de miel y alveolares, que se han considerado á menudo equivocadamente como «impétigo». La prueba de que esas costras se han hinchado secundariamente está en esas cavidades muy anchas, casi cúbicas, separadas por delgadas trabéculas córneas, verticales, llenas de líquido coagulado, cavidades que no pueden haberse producido en esta forma en la capa espinosa.

(2) Acantosis, sirve en la Clas. de AUSPITZ, para designar genéricamente las anomalías de la *capa espinosa* de la epidermis, las que forman tres familias: las hiperacantosis, las paracantosis y las acantolisis. Aquí la palabra designa simplemente la proliferación epitelial de la red.

En la muy extensa y notable eczematología de UNNA, el cuadro de la vesiculación es con mucho sobrado extenso y complejo para que quepa en los límites de nuestro breve sumario.

Bastarán algunas líneas como recuerdo:

A.—Aguda ó crónica, primaria ó secundaria, la vesiculación del eczema, en opinión de UNNA y en contra de la noción clásica, sería intercelular y no sería jamás producida por una lique-

—Secundariamente trastornos diversos de la keratinización—parakeratosis (1).

En el dermis subpapilar, á partir de la inmediata proximidad de la epidermis, irritación dérmica de la zona vaga. — Proliferación conjuntiva de las células fijas, segmentaciones nucleares, infiltraciones hemáticas, hemafeísmo, pigmentosis. Alteraciones diversas de los aparatos diferenciados y de sus contornos: foliculitis, idradenitis, flemones. Secundariamente, hiperdermia, liquenización, esclerosis, paquidermia (2).

B.—La epidermodermatitis catarral, exudativa y exfoliativa que constituye la eczematización y la linfangitis vaga reticular, unas veces tóxica, otras toxínica, que desempeña un gran papel en su producción, evolución, duración, recaídas y recidivas, son mejor ó peor conocidas en sus alteraciones realizadas; pero quedan todavía en la obscuridad sus condiciones fisiopatogénicas. ¿Cuál es el modo vital del fenómeno? ¿De qué naturaleza son los irritantes directos y de dónde provienen? ¿Sobre cuáles elementos anatómicos ejerce el irritante su acción primaria? ¿El trastorno nutritivo ha sido provocado directamente por la irritación de la célula ó deriva de la excitación de los elementos nerviosos, etc.? Con grandes dificultades la bacteriadermatología naciente ha relizado algunos ensayos de eczematogenia microbiana; pero hasta el presente, nada ha venido á derramar verdadera luz sobre las individualidades bacterianas patógenas, sobre la realidad y naturaleza de sus proyecciones toxinianas, ni sobre los ele-

facción y una degeneración de las células epiteliales, como sucede con las vesículas del zona y de la viruela: las cavidades están formadas por separación de los elementos. La alteración cavitaria de Leloir—dilatación del espacio perinuclear de las células—se añadiría á ella secundariamente, quedaría parcial y no tomaría parte más que en segundo término en la vesiculación del eczema. El agente eczematógeno no ejercería acción tóxica ni poder degenerativo capaz de licuar el protoplasma de las células.

B.—En sentir de UNNA, la vesiculación eczemática no representa un solo y exclusivo proceso: señalando dicho autor tres especies particulares.—(a) Vesículas primarias del eczema agudo: Contenido mixto de suero, leucocitos y epitelio no keratinizado, es decir, impuro, resultante de la brusca penetración de micrococos debajo de la capa córnea y en la red, ya espontáneamente, ya por inoculación experimental, no teniendo más relación con las vesículas del eczema crónico que la identidad del agente infeccioso. — (b) En el eczema crónico, dos especies de vesículas, una proveniente de la simple exageración del estado espongoideo, de contenido puro seroso y fibrinoso; y la otra, de contenido sobrecargado de leucocitos que se han abierto paso produciendo una vesícula subcórnea, como en el impétigo verdadero.

(1) Parakeratosis, Clas. de Auspitz, significa, entre las epidermidosis, la segunda familia de las keratonosis — anomalías de keratinización y de secreción, — la que comprende el psoriasis—parakeratosis difusa,—el liquen ruber y el liquen plano — parakeratosis foliculares. Según UNNA, parakeratosis quiere decir «catarro seco».

(2) E. GAUCHER. — Anatomía patológica del eczema, *Annales de Dermat. et de Syph.*, Abril de 1881. — H. LELOIR y E. VIDAL. *Traité descriptif des maladies de la peau*, Paris, 1890-1891, págs. 237 á 248, 256 á 262, 269 á 275. Fig. en el texto y Pl. X, XI, XII, en donde LELOIR ha expuesto admirablemente la serie coordinada de las lesiones histológicas del eczema. — P. G. UNNA, *Die Histopathologie der Hautkrankheiten*, in-8 Berlin, 1894, y el análisis crítico tan notable como exacto, hecho por J. DARIER en los *Annales de Dermatologie*, Noviembre de 1895, págs. 1221-1224.

mentos anatómicos que sufren la acción irritativa y presiden el proceso en sus innumerables modalidades.

Las nociones antiguas, sin embargo, son manifiestamente insuficientes para esclarecer la fisiopatogenia de la mayoría de las eczematizaciones, y no es posible negar cierto papel, no bien determinado, á los microorganismos que entran en actividad sobre la piel, cuando su revestimiento córneo ha sido rasgado, y cuando la epidermodermis se halla en estado patológico. La observación de los resultados favorables conseguidos con los medicamentos antiparasitarios aplicados al tratamiento de las úlceras en general y de las quemaduras en particular, es de las más sugestivas. En las quemaduras no existe intervención bacteriana con anterioridad á la lesión de la epidermodermis; pero tan pronto esta lesión se produce, germinan y multiplicanse rápidamente los elementos microbianos que la medicación antiparasitaria, el apósito estrictamente aséptico, destruyen de un modo rápido.

Las lesiones epidermodérmicas primarias que determina la quemadura, pueden ser producidas preeczemáticamente por parásitos que obren mecánicamente, por todos los traumatismos, la rascadura, la maceración sudoral ó de otra clase, las alteraciones químicas de la esteatidrosis, los irritantes del exterior más variados, etc., circunstancias todas de una índole apropiada para la evolución de bacterias, que con este motivo se convierten en patógenas, de tipo evolutivo, activo y rápido. Por desgracia, sin embargo, la comparación se limita á las premisas, por cuanto en la eczematización, el conjunto de los fenómenos se particulariza por su naturaleza y por su complejidad. Por una parte, los modos epidermolíticos, keratolíticos son mucho más variados, y por otra, la intervención del elemento vital y el papel que desempeña el terreno son infinitamente más marcados. La edad, las alteraciones previas de la piel, las aberraciones funcionales: anhidrosis, hiperhidrosis, esteatosis é hiperesteatosis, hiperesteatidrosis, el estado del sistema vascular, la irritación nerviosa, las adulteraciones humorales diatésicas, las autointoxicaciones, la susceptibilidad regional de las partes declives, la finura y la fragilidad del estrátum córneo en los grandes pliegues de contacto, etc., etc., he aquí también otras tantas condiciones que no derivan, como supone Unna, de la acción microbiana, pero que facilitan su intervención. Estas son las razones por las que se viene á comprender el por qué una medicación heroica contra las quemaduras, la medicación píctica, por ejemplo, fracasará ó será nociva en el tratamiento de las eczematizaciones verdaderas.

Lo que precisa tener presente de la comparación con las quemaduras, lo mismo que de la noción del parasitismo, aunque sea secundario, de la

eczematización, es que, en el tratamiento local de los eczemas, es necesario emplear los procedimientos del método aséptico: asepsia de las manos, de las ropas, de las pomadas, etc.; limpieza absoluta de las superficies eczematizadas; curas rigurosamente limpias. Noción ésta que constituye una novedad, difícil de hacerla entrar en la práctica médica, pero que en los presentes tiempos se impone.

C. — Corresponden directamente á las alteraciones anatómicas de la epidermodermis, modificaciones tegumentarias objetivas, síntomas-lesiones, cuya variedad, grado y oscilaciones dependen de múltiples circunstancias de causa, de acción externa y de individualidad. En su conjunto, cabe representarlas del modo siguiente, no olvidando, sin embargo, que la descripción dogmática reúne todos los caracteres y la totalidad de los fenómenos; pero cada elemento puede existir solo durante un tiempo variable ó formar parte de una asociación ó de una combinación en todas las proporciones.

Rubicundez eritematosa, de todos matices y en todos los grados; edema ordinariamente superficial y ligero, y por excepción intenso en algunas formas subagudas ó en ciertos individuos en estado patológico; ordinariamente en ciertas regiones de fácil edematización, como los tejidos perimaleolares, el dorso de los pies y de las manos, el prepucio, los párpados y la cara en general, etc.

Al mismo tiempo, ó poco después, vesículas diseminadas, numerosas, apretadas, colocadas de plano ó formando prominencias papulosas, de ordinario muy pequeñas, miliares, á veces — excepcionalmente — más voluminosas, fusiformes ó lenticulares; ó flictenulas aisladas, ó asociadas en masas tabicadas; ó por último, ampollas; unas y otras frágiles, efímeras, evolucionando por series repetidas, subintrantes, — *eczema miliar*, *papulo-vesiculoso*, *de gruesas vesículas*, *flictenular*, *ampollosa*, *pénfigoide*, *pénfigo eczematoso*, etc.

A la ruptura de las vesículas y de las flictenulas siguen perforaciones punteadas, erosiones miliares, fisuras, que conducen desde la red en estado espongoideo á la superficie libre, una serosidad, clara en un principio, luego más ó menos citrina, alcalina, y secundariamente un exudado serofibrinoso, que aparece á nivel de los orificios eczemáticos, en forma de gotitas á manera de perlas como en la superficie de una esponja. En este momento, la superficie eczematizada se encuentra en el período de la más activa rubicundez, húmeda, rezumando ordinariamente de un modo moderado, á veces excesivo, en cuyo caso ensucia con profusión todos los apósitos.

En mayor ó menor escala según la cantidad del líquido eczemático y al tenor de su grado de concrecibilidad, que aumenta en el segundo período y es proporcional al grado de la fibrinosis, la superficie eczematosa exulcerada, esponjosa, se cubre de costras,—concreciones mixtas resultantes de la desecación del líquido eczemático y de la exfoliación de la capa espongoidea (Unna),—cuyo espesor, estratificación, adherencia, incrustación y color gris,—amarillo de oro, meliforme, parecido al del impétigo (*eczema impetiginoso*) (1), verdusco, negruzco, etc.,—varían según las especies y las formas, pudiendo además modificarse por la clase de apósito empleado, las aplicaciones medicamentosas ó las adulteraciones infecciosas eventuales.

Así que cesa el período de exudación profusa, cuando las costras han sido quitadas ó se han desprendido, la superficie eczematosa aparece de un color rojo vivo, á veces sembrada de un punteado hemático, sobre todo en las regiones declives ó varicosas, lisa y brillante, recubierta de un estratum epidérmico de extraordinaria finura, como puede observarse por el tacto cogiendo algún pliegue, frágil, que sangra al rascarse ó por la avulsión de los fragmentos de costras que han permanecido adheridas. Este período de estado de un color rojo vidriado, indicio de curación, es siempre de delicado tratamiento por motivo de la persistencia de la acantosis interpapilar, de la que depende la reproducción de los paroxismos irritantes que evolucionan en la epidermodermis, pudiendo acentuarse en proporciones imprevistas al menor descuido terapéutico, todo el tiempo que el molimen eczemático no ha desaparecido por completo; vense entonces reaparecer todos los fenómenos de la fase precedente.

Cuando ha llegado el período de la delitescencia, espontáneamente ó producido por la terapéutica general ó local, la superficie eczemática palidece y pierde su tumefacción. La capa epitelial deja de ser lisa, se fragmenta y exfolia, y al período de humedad sigue la fase de sequedad; la excreción sudoral no ha comenzado de nuevo todavía y la secreción eczemática no existe ya; trátase de una verdadera xerodermia anhidróstica,—*eczema seco*,—con grietas de diverso trazado, reaparición en un principio muy imperfecta de la keratinización epidérmica, y esbozo de reconstitución de la zona córnea normal, la que, después de haber sufrido

(1) Considerados el eczema y el impétigo en sus formas típicas, son dos alteraciones distintas, pudiendo la segunda venir á complicar la primera; pero dista mucho esta cuestión de ser tan sencilla como parecen creerlo algunos autores, y esto lo mismo en el terreno histobacteriológico que en el clínico. Eczema «impetiginoso» no quiere significar,—en el verdadero sentido de la palabra,—eczema complicado de impétigo, sino más bien eczema que tiene alguno de los caracteres del impétigo, eczema impetiginóide. La fijación definitiva de este asunto exige estudios complementarios; basta por el momento tener noticia de las dificultades que ofrece la cuestión.

exfoliaciones más ó menos repetidas, concluye por volver á su integridad, generalmente sin cicatrices apreciables, algunas veces con máculas pigmentarias consecutivas.

D.—La eczematización, por razón de su naturaleza, forma, localización anatomo-topográfica, particulares condiciones idiosincrásicas, etc., puede ofrecer desde el primer momento ó secundariamente gran número de variedades con relación á la profundidad de las alteraciones que ocasiona. Al igual que en las quemaduras, cabe distinguir en ella tres grados: el primero, —*eczema superficial*, — comprende todos los casos sencillos; en los que una causa efímera y extinguida rápidamente no ha obrado más que sobre las partes más superficiales de la epidermodermis. Comprende el segundo las variedades medianas ó intermedias, —*eczema del segundo grado, mediano*, — con infiltraciones linfáticas y engrosamiento epidermodérmico. El tercer grado comprende los casos en que el dermis está interesado activamente, más allá de la red, —*dermitis eczematosa, eczema profundo*. Corresponden á estos hechos consideraciones de suma importancia acerca del pronóstico y de las indicaciones terapéuticas.

Las formas profundas, que corresponden al tercer grado de la eczematización, no deben confundirse con las variedades en las que ésta se asocia á procesos determinados, como el estado de liquen, —*eczema liquenoide liquenizado (eczema liquenificado* de Brocq); estas últimas son formas asociadas, en las que la liquenización y la eczematización coinciden; coexisten simultáneamente y pueden predominar en momentos dados la una sobre la otra, prolongándose indefinidamente por causa recíproca siguiendo un «círculo vicioso.» Aunque estos fenómenos cabe observarlos en todas las regiones del cuerpo, se encuentran especialmente en las muñecas, en el codo ó en la rodilla, —constituyendo elementos ambiguos que, según sea el período ó el observador, se considerarán como pertenecientes al eczema, al liquen ó al psoriasis, —en la nuca, por encima del pliegue glúteo, en el escroto, en los grandes labios, en la cara externa de los miembros inferiores, en la frente y en las cejas.

E.—A menudo faltan en el síndrome un número mayor ó menor de elementos, ya momentáneamente, ya durante todo el curso de la afección, ó, por el contrario, algunos predominan, dando lugar á formas y á variedades del todo especiales. El fenómeno más general consiste en la diskeratosis, trastorno de la función córnea de la piel, dependiente de distintas clases de irritación de la red y de las zonas de transición que

se encuentran entre el cuerpo mucoso propiamente dicho y la capa de las células de keratinización perfecta.

F.—Las localizaciones anatomo-topográficas del eczema,—cuero cabelludo, regiones pilosas de la cara, regiones pilosas de las axilas, de los órganos genitales; orejas, párpados, orificios nasal y bucal, cuello, tórax y región interescapular; ombligo, pliegue ínguino-crural, pliegues submarios; órganos genitales, orificio anal, pliegues antibrachiales y poplíteos; segmentos de los miembros, regiones especiales de las extremidades, caras dorsal y palmar, pliegues interdigitales, regiones ungues, —es muy conveniente precisarlas. Desempeñan un papel considerable en la determinación del tipo y de la forma de la eczematización, salvo algunas anomalías hoy por hoy inexplicadas; pero deben sobre todo distinguirse desde el punto de vista de las indicaciones terapéuticas muy especiales que de ellas se derivan.

G.—En todas las especies y en todas las formas de la eczematización, las variedades son en gran número.

Existe una serie de formas y de variedades frustradas:

1.º Temporalmente, ó durante todo el curso de la afección, á veces sólo se encuentran reunidos un pequeño número de elementos, los que son simples áreas descamativas lisas ó finamente arrugadas, que dejan percibir la rubicundez de la red papilar superficial, bordeadas de una fina gargantilla adherente, cortada regularmente ó con recortes, ó festoneada, que guardan exacto parecido con las áreas descamativas del eczema figurado de la lengua, que se designa con el nombre de glositis exfoliante marginal — *eczema exfoliante en áreas*.

2.º Por lo demás, con ó sin la alteración precedente por base, los elementos esenciales son, aparte de la anhidrosis, numerosas variedades de fisuración, bien como fase inicial ó tipo de transición, bien como estado morfológico especial; en las manos especialmente, son múltiples grietas que se parecen más ó menos al agrietado japonés — *eczema agrietado*, — forma común de eczema químico, eczema de las fregatrices, etc., etc.

En los miembros, aparecen las más de las veces grandes superficies eczematizadas de muy diversos grados, surcadas de fisuras sinuosas de la capa córnea, por las que el líquido eczemático se derrama, se ha derramado ó se derramará; variedades muy comunes entre los viejos — *eczema hendido* de Devergie. En todos las regiones del cuerpo, pero de un modo especial en las manos, pueden observarse como único síntoma-

lesión, la anhidrosis y las fisuras, manifestación provisional, episódica ó definitiva de la eczematización — *eczema fisurado*.

3.º En las manos, por estar expuestas á la acción de los irritantes externos, como también gracias á sus condiciones anatómicas regionales, se encuentra una riqueza dermatográfica extraordinaria; las alteraciones precedentes ó las diskeratosis próximas aparecen en ellas formando discos, anillos y áreas descamativas policíclicas. En la cara palmar, toman el aspecto del psoriasis frustrado, de las sífilides, de la tricofitosis de esta región anatómica especial, etc. En el dorso de las manos, la forma habitual es en discos, en placas, algunas veces irregulares, otras veces numulares, con gran variedad en los detalles; pápulas, vesiculación, fisuras de todos los tipos, finas estrias concéntricas visibles con la lente (*eczema acanalado*, Brocq), etc., etc. Todas estas formas generalmente son secas, accesoriamente rezumantes.

4.º Con frecuencia la eczematización, ya en sus comienzos, ya durante toda su evolución, bien de un modo principal, ora exclusivamente, ocupa los folículos de las regiones desprovistas de pelos — *eczema de los folículos*, *punteado*, *anserino*, etc. Unas veces la disposición de los folículos eczematizados es vaga, sin configuración, y esto es lo más común en toda una serie de eczemas diseminados de causa externa, parasitaria ó de otra especie; otras veces los folículos atacados forman, con ó sin eczematización uniforme de los espacios interfoliculares, placas ó masas uniformes más ó menos regularmente discoides, como se observa con tanta frecuencia en el dorso de la mano y de los dedos. En otros casos, los discos son del todo numulares, inmóviles ó, por el contrario, de progresión excéntrica; el tipo de estas últimas formas es el *eczema de los folículos de Malcolm Morris*, especie todavía en estudio y muy discutida (1). Después de la formación del disco inicial, el centro de la placa *anserina* se decolora, toma un color indeciso, llega al nivel de la piel normal y descama en retrocesión, mientras que las zonas concéntricas formadas por los folículos de la periferia proliferan, están en plena hiperemia y en el apogeo del molimen eczemático, exactamente lo mismo que ocurre en la tricofitosis de las partes desprovistas de pelo.

5.º En las regiones pilosas y de un modo especial en el cuero cabelludo en el hombre, la eczematización puede revelarse únicamente por una descamación vaga, difusa, á veces localizada en islotes ó figurada, en pequeñas laminillas secas, ó al contrario, grasosas, atravesadas por el pelo ó envolviéndolo en su base y cubriendo una superficie hiperémica,

(1) JADASSOHN, *Ueber Eczema folliculare*, y A. NEISSER, *Ein Fall von sogenannt. Eczema folliculare*, IV, *Deutsch. Dermatolog. Congress.*

grasa ó rezumando al rascarse, lisa, con ó sin dilatación de los orificios foliculares—*ecz. pitiroide ó pitiriasis eczemático*,—pudiendo esas diversas lesiones no rebasar este estadio ó ser el preludio de un eczema futuro ó bien los restos de una eczematización anterior. Cuando el proceso eczemático, asociado á infecciones sobreañadidas alcanza el conducto folicular ó el glomérulo, modifícase el orden de los fenómenos ocupando el primer lugar las complicaciones de foliculitis canalicular ó profunda y de hidradenitis —*ecz. sicosiforme, ecz. piloso profundo, forunculoso*, etc.

6.º Según las condiciones de determinados individuos y en diversas regiones, pero particularmente en los puntos en que á la menor provocación se exagera la keratinización del epidermis, ya normalmente muy acentuada—palma de las manos, caras plantares y laterales de los pies, región del tendón de Aquiles,—la hiperkeratosis más extraordinaria puede añadirse al proceso eczemático, precederle ó persistir aún después de su desaparición — *eczema córneo, hiperkeratósico*.

7.º Por el contrario, el eczema en otras regiones en que la capa córnea es poco gruesa y en donde abundan los glomérulos formando verdaderos centros sudoríparos — axilas, ombligo, regiones submamarias, pliegues subabdominales de los niños y de los obesos, canales ínguino-eserotales, ano, pliegues antibraquiales y poplíteos, región vulvo-anal, pliegue retroauricular—evoluciona con una especial actividad; prodúcese con gran abundancia el exudado mixto, sudoral y eczemático, y largas fisuras surcan el fondo de los pliegues. Sea amorfa ó figurada y cualesquiera que sean su naturaleza ó su causa, la localización anatomo-topográfica da aquí carácter especial á la eczematización, que produce trastornos funcionales idénticos y es la fuente de indicaciones generales que importa determinar—*eczema intertrigo*.

8.º Precisa, además, tener presente otras formas anómalas, imprevisas, extraordinarias, no descritas, sobre todo en las eczematizaciones secundarias; tales son, por ejemplo, en los niños atacados de prurigo diatéxico, aquellas en que se ve el dermis papilar edematoso y proliferante formar superficies prominentes — *eczema prominente* — dispuestas en islotes neoplasiformes, — en la cara, en el tronco, en el abdomen, en los miembros, en el dorso de las manos y de los pies, de los dedos,—dejando subsidiariamente pliegues y surcos intermediarios, eminencias ó pliegues normales, etc. Estos casos no deben confundirse con las eczematizaciones localizadas, vegetantes, elefantiásicas — *eczema elefantiásico ó elefantiasis eczemática*.

H. — Fuera de los casos en que la eczematización se produce en la forma exantemática, las lesiones eczemáticas raras veces son muy numerosas y sistematizadas desde el primer momento: largo tiempo, casi indefinidamente, pueden quedar localizadas, acantonadas, en una región á veces muy limitada — cuero cabelludo, palma de la mano de un lado (rara), un pliegue auricular, orificio umbilical, un conducto auditivo, nuca, borde de los párpados, ano, hueco poplíteo, etc. — Pronta ó tardía, la generalización no es nunca absoluta en el riguroso sentido de la palabra; quedan siempre islotes libres, y cuando no sucede así, es que se trata de otra cosa: ya de una eritrodermatitis distinta, ya de una eritrodermia secundaria. Con mucha frecuencia las superficies eczemáticas son indeterminadas, difusas — *eczema amorfo* de Devergie. En otras formas, las placas, aun las irregulares, se presentan en islotes bien distintos, — *eczema figurado*, *numular*, *discoide*, *circinado*, *marginado* — pudiendo constituir figuras compuestas y afectando algunas veces una evolución serpiginosa.

En ningún caso, ni aun cuando un miembro entero ó una porción de él son atacados, la sección de los bordes es circularmente lineal ni rectangular, cabiendo asegurar, cuando se observe esta disposición, que la eczematización ha sido provocada ó puesta en evidencia por aplicaciones externas de las que ha tomado la forma. Estos caracteres de localización ó generalización, de conformación y disposición, pueden contribuir á particularizar una especie, una forma ó una variedad; pero las excepciones, las asociaciones y las combinaciones de los elementos distan mucho de ser raras, circunstancia que tendremos presente ante el enfermo, para no precipitarnos, en la formulación de un diagnóstico basado exclusivamente en la configuración ó en la disposición.

Por último, el estado florido ó el estado tórpido, salvo para determinadas formas de eczema pseudoexantemático generalizado ó muy extenso, no constituyen elementos principales, sino fenómenos evolutivos que corresponden á los períodos iniciales ó del comienzo, pero que pueden producirse y reproducirse en las formas primitivamente agudas que se han convertido en tórpidas, ó en el decurso de formas desde luego tórpidas.

I. — El modo evolutivo de la eczematización, las reacciones que se producen, ofrecen grandes variaciones según su naturaleza, causa, asiento, extensión, complicaciones, el estado de reposo ó de fatiga, etc., y también según la naturaleza del individuo afecto, su coeficiente vital, etc. Casi siempre, de momento, ó después de un breve período de reacción,

la evolución eczemática es subaguda, lenta, con alternativas de paroxismos y de remisiones, ó decididamente crónica. Fuera de los trastornos que acusan con tanta frecuencia los eczematosos, no aparecen ó son escasos el estado febril y los trastornos digestivos. Los eczematosos, en su mayoría, conservan sus aptitudes, quedando más ó menos impedidos en los casos que alcanza la dolencia gran extensión, ó en aquellos en que se localiza á los miembros inferiores; raras veces se ven obligados á guardar cama. La evolución peraguda ó aguda, á título prodrómico, corresponde al período inicial de los eczemas pseudoexantemáticos — rojo, escarlatiniforme, — á los períodos de paroxismo, ó á las complicaciones intercurrentes dermatíticas ó viscerales. La fase reaccional, lo más frecuentemente es también corta, cálmense las manifestaciones excesivas que ceden su lugar á las alteraciones eczemáticas francas y localizadas.

En las erupciones primarias, ó en los paroxismos de las recaídas, siempre que se presenta ó se reproduce un molimen eczemático subagudo, agudo ó peragudo, vense desarrollarse total ó parcialmente en actos teóricamente sucesivos, pero las más veces irregulares, los fenómenos irritativos, correspondiendo á cada uno indicaciones terapéuticas especiales. Algunas veces la totalidad de las superficies eczematizadas recorren simultáneamente las fases de erupción, aumento, estado y declinación, pero más frecuentemente se observa una completa independencia entre los diversos territorios invadidos; así mientras unos empiezan ó pasan al estado de actividad, otros entran en regresión, y terminan definitivamente su fase evolutiva.

J.—Fuera de los casos complicados de dermatitis provocada ó de infección, y en individuos particularmente predispuestos, la eczematización, aun alcanzando grandes superficies, no determina ordinariamente adenopatías intensas. Puédese observar, sin embargo, en el curso del proceso, entumecerse los ganglios linfáticos y convertirse en dolorosos; es excepcional que sobrevengan periadenitis simples ó flemonosas.

En las axilas, en los pliegues ínguino-crurales, en los labios de la vulva, en el escroto, en el pubis y en el ano, etc., vese con bastante frecuencia que sobrevienen, con ó sin causa apreciable de irritación y de infección, glomerulitis simples ó flegmonosas, perifoliculitis pilosas ó sebáceas.

K.—Constituyen de ordinario las principales molestias de los eczematosos, las horas de prurito, los trastornos variados de la sensibilidad cutánea y las noches agitadas. El prurito de los eczematosos, muy pro-

nunciado en las fases iniciales, decrece, si no está sostenido por la presencia de parásitos animales, durante el período de exudación; pero es de temer su reproducción más ó menos intolerable en el período de rojo barnizado, prolongándose entonces por un espacio de tiempo mayor ó menor en el decurso de la reparación keratósica, y viniendo á ser, en ambos casos, una poderosa causa de recaída. De ello debe el médico estar prevenido y el paciente avisado, siendo entonces de gran utilidad los apósitos apropiados y protectores que indicaremos más adelante.

II

Breves nociones sobre los eczemas de Unna ó eczemas seborreicos

Hasta hace poco tiempo, las nociones nosográficas y nosológicas que acabamos de sentar habrían sido suficientes para servir de breve introducción á una exposición práctica del tratamiento del eczema; hoy no es así, pues la literatura dermatológica y hasta el lenguaje de los prácticos, emplean un vocablo nuevo, el calificativo «seborreico» introducido por Unna, que desde un principio adquirió un favor extraordinario. Después de haber demostrado que la noción clásica de la seborrea y el grupo de las seborreas debían ser objeto de nuevos estudios (1), Unna ha formado, con el nombre de eczema seborreico, un grupo dermatológico extremadamente extenso, que abraza: 1.º las erupciones miliares agudas,—primeros estadios de los eczemas seborreicos,—los eczemas húmedos, los eczemas herpetiformes diseminados, y más ó menos simétricos, en forma de placas edematosas tumefactas con grupos de vesículas, los eczemas intertrigos, los eczemas keratoides y resquebrajados, los eczemas profesionales, diversas formas graves generalizadas, y varias eritrodermias exfoliantes que pueden prolongarse años enteros y conducir al marasmo y á la muerte; 2.º una numerosa serie de afecciones entresacadas de los géneros dermatológicos más diversos,—todas las seborreas, á excepción del barniz caseoso y del flujo aceitoso, las pitiriasis, una parte del psoriasis y diversas variedades de acné.

Dicho se está que esta vasta concepción dermatológica exige el

(1) UNNA ha sentado ante todo que la grasa tegumentaria no provenía solamente de los folículos sebáceos, si que también, y principalmente, de los glomérulos sudoríparos; ha conservado, sin embargo, el nombre de seborrea para designar el conjunto de la función esteatósica. Nosotros hemos estudiado la cuestión en toda su integridad, en la *Traduction française de Kaposi*, 2.ª edición, Paris, 1891, t. I, págs. 153 y 154, nota 1.ª y Apéndice de los traductores, pág. 677 y siguientes.

inventario, la discusión, y la comprobación repetida de la observación respecto del grupo entero de los eczemas; pero desde este momento, fundamentándola en la actualidad el autor sobre elementos científicos y clínicos de importancia, se hace acreedora á toda nuestra atención, por las ideas nuevas que despierta y las aplicaciones prácticas que pueden deducirse inmediatamente de ella. Vamos á presentarla á la consideración del lector en un resumen muy sucinto, descartándola en la medida de lo posible de las complejidades del texto original, que aparece desprovisto de toda preocupación de dogmatismo clásico por parte de su autor; nos limitaremos á añadirle los comentarios que reputemos más indispensables.

A. — Las alteraciones histológicas del eczema seborreico se confunden con las del eczema en general, parakeratosis, acantosis, catarro epidermodérmico, caracterizándose por un aumento de la esteatización de la piel, por la esteatosis de los exudados y por la presencia en las vesículas primarias, en las escamas y en las costras, de bacterias de las que tres son constantes y «patógenas».

1.º Esporo de Malassez (bacilo en botella); 2.º morococo; 3.º un tercer bacilo muy pequeño. En todas las especies de eczema seborreico, el catarro seco ó húmedo y la irritación epidermodérmica derivan de las bacterias anteriormente citadas por infección simple ó mixta.

Habiéndonos Unna prestado con suma amabilidad sus preparaciones, hemos hecho sacar la cromografía ampliada de una de ellas, que es la que acompaña al texto, para que de esta suerte no quede en el ánimo del lector la menor ambigüedad ni sobre la lesión, ni sobre el elemento bactericida acasado. (Véase Pl. cromolitogr.).

La *fig. 1* representa un corte de la piel pasando por el centro de un elemento eruptivo aislado, que ocupaba la periferia de una placa primitiva de eczema; esta lesión es la designada por Unna con el nombre de *vesícula secundaria*. Esta vesícula se halla alojada entre la capa córnea epidérmica de una parte, y las capas profundas de la epidermis de otra.

Descúbrese en ella, de la superficie hacia la profundidad:

1.º Debajo de la cúpula formada por la capa epidérmica, una capa de suero claro coagulado, en el que se encuentran pelotones de microbios distintos coloreados por el violeta de genciana.

2.º Células migratorias muertas, cuyos núcleos se colorean todavía de rojo por el picrocarmín, descansan inmediatamente sobre un lecho grueso de restos celulares.

3.º Por debajo de esta capa, la cavidad de la vesícula está llena de leucocitos polinucleares — células migratorias fagocitarias de núcleo tre-

bolado — que han emigrado al interior de la vesícula á través de las capas epidérmicas profundas.

Se notará que esta vesícula difiere mucho de la pústula del *impétigo* en la que encontramos los pelotones microbianos — estafilococos — del todo diferentes, tapizando la bóveda de la cavidad vesicular. En el *impétigo* estafilógeno se verá además la cavidad llena completamente de células emigrantes muertas, estrechamente apretadas, sin intervención de los espacios llenos de suero claro coagulado, lo cual no se encuentra en este caso.

La *fig. 2* representa con mucho aumento algunas masas microbianas de la vesícula precedente. Estos microbios son un tanto polimorfos, aunque visiblemente corresponden todos ellos á una misma especie. Son cocos cuya forma es ligeramente oblonga, y su carácter común es su aglomeración en pelotones *muriformes*, de donde su denominación de *morococos*.

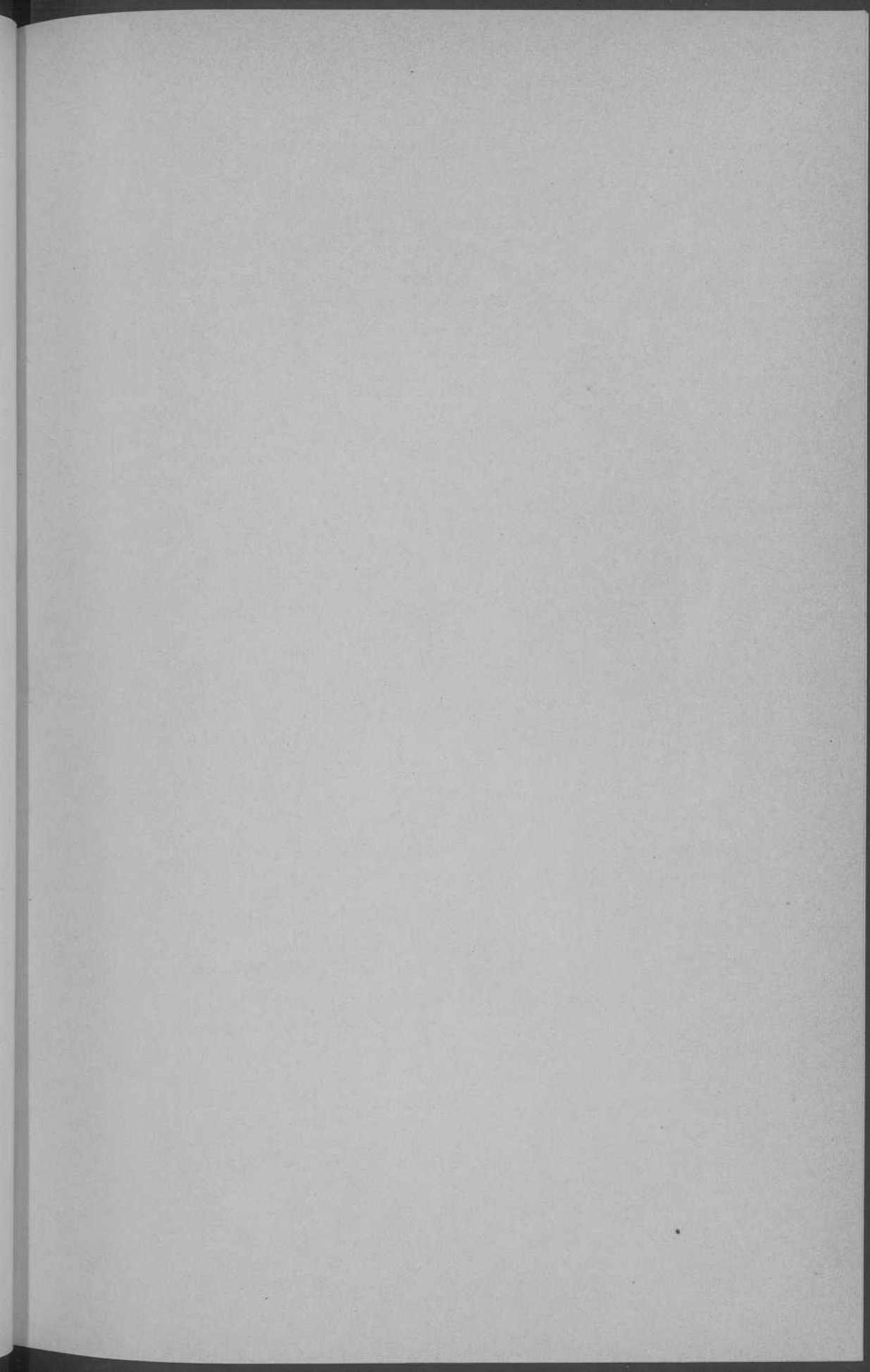
En el examen minucioso de esos pelotones muriformes, se nota que en su composición entran:

- 1.º Elementos redondos ó ligeramente ovalados de escasas dimensiones; son formas adultas simples;
- 2.º Elementos más gruesos y más prolongados; son cocos en desdoblamiento incompleto;
- 3.º Formas gigantes, casi cuadrangulares, que Unna considera como tetrágenos, esto es, como cocos de doble división, en sentido de sus dos diámetros.

La diferencia de tamaño de las placas eczemáticas, notable en la mayoría de los cortes, es muy característica en los cultivos; este signo, en opinión de Unna, deslinda por completo los morococos de los estafilococos.

La *fig. 3* representa una pústula de *impétigo* estafilocócico, *impétigo estafilógeno* de Unna; pertenece á este autor, quien la hizo dibujar para un artículo sobre el *impétigo* destinado á la *Encyclopédie* de Eulenburg, habiendo tenido la delicadeza de remitírnosla para el presente trabajo. Comparándola con nuestra figura 1, que representa un corte de vesícula de eczema, se notará que las principales diferencias entre los dos tipos estriban en la distinta naturaleza de los cocos y de la exudación por ellos provocada. Su asiento dentro de la vesícula es aproximadamente el mismo, es decir, en opinión de Unna, que la ley de la génesis, en los dos casos, es la misma, dependiendo las particularidades de la naturaleza del organismo patógeno.

La *fig. 4* representa un fragmento de la pared superior de una pús-



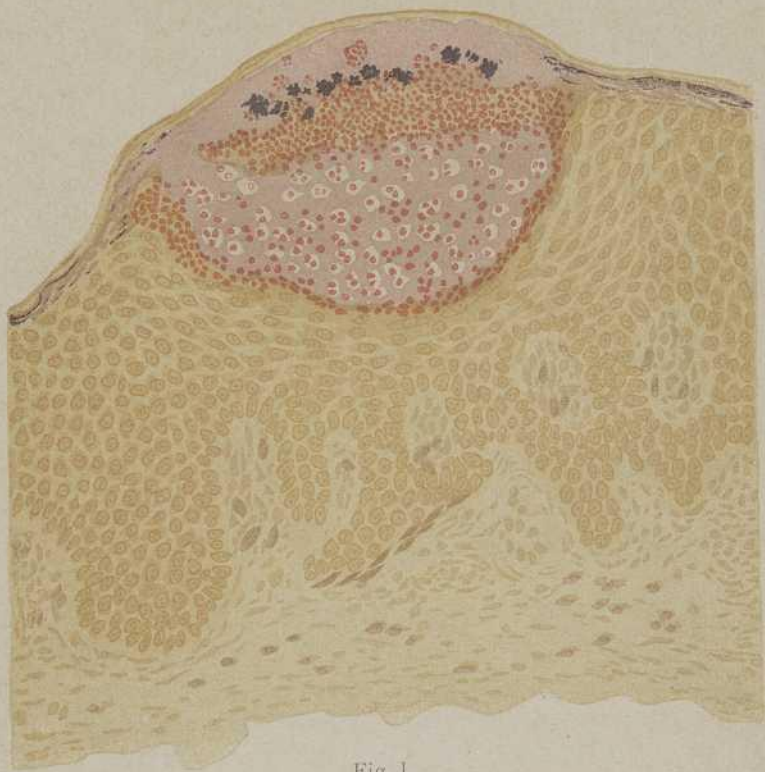


Fig. I.

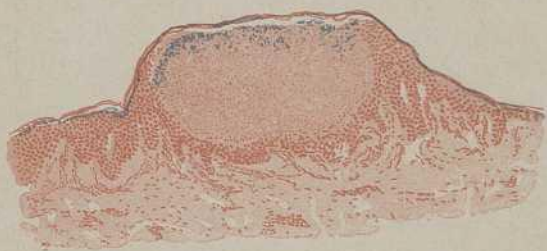


Fig. III.

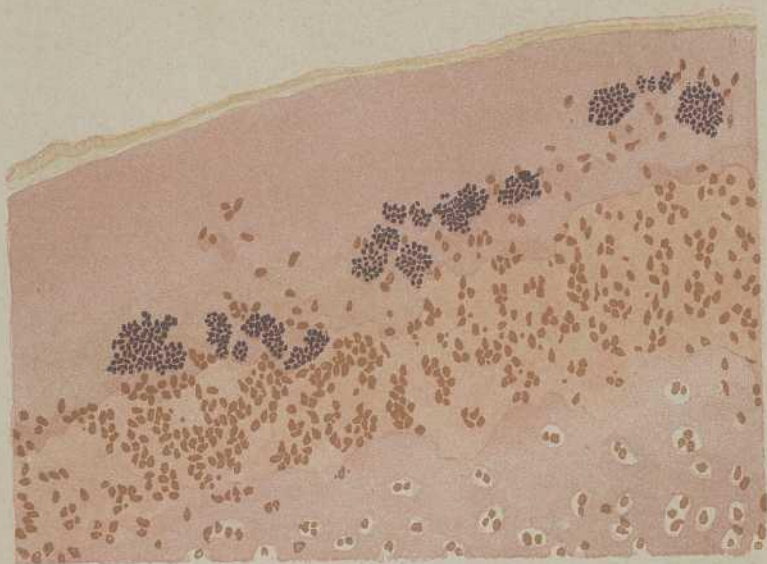


Fig. II.



Fig. IV.



tula de impétigo; vense en ella los estafilococos dispuestos *en racimo*, *independientemente* de los leucocitos necrobióticos del pus.

B. — De todo lo expuesto se deduce que no cabe dudar de la existencia, así de las lesiones histológicas, como de las bacterias especiales y del estado grasoso de los exudados y á veces de los tejidos; pero las dudas están en todo lo pertinente al papel, jerarquía y valor absoluto de cada uno de esos elementos. Bacteriológicamente, las preparaciones que hemos reproducido son del todo correctas, y las lesiones que representan, en el estado actual de nuestros conocimientos, únicamente cabe interpretarlas como de origen microbiano. Queda, sin embargo, algo que hacer todavía para precisar el valor patógeno de los morococos en la génesis de los eczemas (1). Si Unna tiene razón; si una parte considerable de las afecciones que denominamos eczema es de origen parasitario, como lo son las lesiones del kerion, el término eczema sólo puede utilizarse para designar una lesión, y no para especificar una afección ó una enfermedad, y en lo sucesivo habremos de decir morococcia eczemática, seborreica, acneica, psoriásica, etc., de la misma manera que debe decirse hoy día: tricofitia eritematosa, vesiculosa, pustulosa, sicósica, etc.

En cuanto al poder esteatógeno ó serógeno, ó parakeratósico de las toxinas de estas bacterias, sólo se apoya en una simple inducción, y hasta que no se aporten nuevos datos, la hipótesis de la quimiotaxia—sebotaxia, serotaxia (2)—no pasará de tal. Hasta el día en que se dé una verdadera demostración científica, ni la eczematización, ni el estado grasoso, ni aun la presencia de las bacterias bastarán para caracterizar un género dermatológico determinado, y no nos autorizarán para separar afecciones tradicionalmente individualizadas, tales como el acné, el psoriasis, etc., las que deben conservar su denominación, adicionada en ciertas formas, si así conviene, del calificativo «seborreico» (3).

(1) En virtud de sus observaciones, cultivos y experiencias de inoculación, cree UNNA que cabe la afirmación de que el morococo es el agente efectivo de los principales fenómenos de la eczematización, y sobre todo de la parakeratosis, al paso que el esporo de MALASSEZ, determinando la pitiriasis inicial, prepararía el camino al morococo. Aerobio, el morococo no vive en la parte profunda de la puntura de inoculación, sino en la superficie, en las escamas y en las costras; su toxina penetra en la capa espinosa, y provoca el exudado serofibrinoso, el edema epidermodérmico y todos los fenómenos de la eczematización crónica.

(2) Véase UNNA.—*Entzündung u. Chemotaxis*, Berlin. klin. Wochenschr., 1893, n.º 20. Cit. de Ménahem-Hodara, Trad. franc. del eczema seborreico de UNNA (*Journal des maladies cutanées et syph.*, Marzo y Abril de 1894).

(3) HALLOPEAU (*Semaine médicale*, 1895, págs. 390 y sigs., — ha propuesto la siguiente variación: «En ciertos individuos predispuestos bajo una influencia indeterminada, ó merced á una alimentación demasiado rica en materias grasas, ó productora de grasa, la grasa segregada por las glándulas de la piel se altera y se convierte en un medio de cultivo favorable para microbios patógenos de distinta naturaleza, que provocan bien la pitiriasis alba,

Sea de ello lo que fuere, Unna declara formalmente que no ha de ser considerado el eczema seborreico como un eczema ordinario complicado de hipersteatidrosis, ni producido por la esteatidrosis ó la hipersteatosis, sino como un eczema en el que el síntoma esteatorrea es *provocado* por proce-

bien diferentes formas de eczema, ora una variedad de psoriasis ó de acné rosado ó una dermatitis vegetante, ó la pitiriasis rubra pilosa, ó, en fin, el acné.»

Si la teoría de HALLOPEAU responde cumplidamente á la objeción relativa á la separación inaceptable de individualidades positivas, deja sin respuesta lo relativo al papel patógeno que se atribuye también á las bacterias que producirían eventualmente afecciones distintas.

Brocq — *Traitement des maladies de la peau*, 2.^a edic., 1892 — reconoce con nosotros toda la importancia de la concepción de UNNA, pero declara asimismo que el punto de vista patogénico y teórico es provisional. Admite que, en un individuo con predisposición para el eczema y que al mismo tiempo esté afecto de seborrea, las regiones que son atacadas por esta última con más intensidad ofrecen menor resistencia y son como puntos de atracción del eczema, el que, una vez desarrollado, se modifica por el estado seborreico de la piel, por la secreción y por los parásitos de toda clase que pululan en este terreno que se ha hecho favorable para su cultivo. De aquí derivan, para los eczemas, modificaciones de *sitio*, de aspecto, de proceso irritativo, por razón de los parásitos que pueden *determinar* formas figuradas, de bordes marginales y circinados, fuera de los períodos de viva irritación. Por último, esta seborrea y los parásitos modifican al eczema en sus reacciones terapéuticas, pero no de un modo invariable y absoluto, puesto que, en los casos en que domina la eczematización y la piel está irritada, los tópicos antiseborreicos y antiparasitarios no son mejor tolerados que en los eczemas comunes.»

Toda esa argumentación de Brocq está basada en el buen sentido, en la observación clínica y en la realidad de los hechos, por lo que no cabría expresarse mejor.

En una magistral disertación acerca la patología del eczema — *Die Pathologie des Eczems, Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, 1892, pág. 116, — cuya lectura hasta el fin recomendamos muy de veras, — ya en el texto original, ya en el análisis extenso y rigurosamente exacto debido á A. DOYON, *Annales de Dermat. et de Syph.*, 3.^a serie, t. V, 1894, págs. 260 á 273, el sabio NEISSER demuestra lo discutible que es la cuestión de la seborrea en el eczema «seborreico», sobre todo después de las investigaciones de LEDERMAN. No discute el tipo especial de lesión cutánea — formas secas — descrito por UNNA con el nombre de eczema seborreico, pero afirma que, á su entender, esta afección no tiene nada de común con el eczema, constituyendo una dermatomicosis especial cuyos parásitos son desconocidos. Cuando la eczematización coincide en su aparición con esta micosis, no depende de ella sino que proviene de diversas causas eczematógenas. Hace por fin NEISSER la declaración de que de todos modos es necesaria una denominación más apropiada que sustituya á la «*confusa é inexacta*» de eczema seborreico.

Esta tesis es la misma que sostiene CH. AUDRY en un concienzudo estudio que se titula: Sobre la dermatosis de UNNA, *Annales de Dermat. et de Syph.*, tercer año, t. V, 1894, página 761, y en el que se consagra á demostrar que todos los puntos de la cuestión que caen fuera del campo clínico son dudosos, proponiendo para designar á «la dermatosis conocida generalmente hasta la actualidad con el nombre de eczema seborreico» la denominación de dermatosis de Unna. Elimina de esta especie de dermatosis las seborreas del cuero cabelludo, la alopecia pitiroide, la enfermedad de Pincus, los eritemas hipersteatósicos de las alas de la nariz, los impétigos, diversas toxidermias, la pitiriasis rosa de Gibert, algunas formas de acné rosáceo, buen número de casos de psoriasis y ciertas eritrodermias.

Consúltense las notas de la 2.^a edición de la trad. franc. de KAPOSI, por E. BESNIER y A. DOYON, *loc. sup. cit.* — La traducción francesa de la memoria más reciente de UNNA por MENAHEM HODARA, *Journal des maladies cutanées*, Marzo y Abril de 1894. — El brillante análisis de A. DOYON, *Ann. de Dermat.*, Marzo de 1894, págs. 573 y sigs. — El análisis crítico de CH. DARIER, sobre la histología patológica de las enfermedades de la piel de Unna, *Ann. de Dermat.*, 1896.

sos inflamatorios. Sobre este particular nuestra opinión es muy parecida á la suya, con la diferencia de que para nosotros no basta el proceso inflamatorio para producir la seborrea, ni lo hacemos tampoco derivar exclusivamente de la toxinidermia bacteriana; la causa reside en el *individuo*, consistiendo en la predisposición *del tejido* constitucional ó accidental, y representa la condición *previa* que favorece el cultivo de las eczemáticas y secundariamente la producción de las alteraciones que sus productos tóxicos pueden determinar.

C. — Con las precedentes consideraciones corresponden una terminología especial y una sintomatología, cuya clave es la siguiente:

1.º Antemas y sinantemas: Antemas que comprenden las manchas amarillas, las manchas hiperémicas y las manchas escamosas.

a) *Mancha amarilla*. — A menudo se observa en diversos puntos una mancha amarilla, sea ó no grasosa, maculosa y pigmentaria que radica con preferencia alrededor de la boca y de la nariz, en las regiones esternal é interescapular, en los pliegues antibrachiales y en las regiones anógeno-inguinales. Las observaciones de Unna sobre este punto son innegables y á condición de practicar un buen examen se comprueba las más de las veces la existencia de una xantocromia localizada ó difusa, que ocupa en ciertos casos grandes superficies, en individuos afectos de eczema ó de acné.

b) *Manchas hiperémicas*. — La hiperemia, asociándose á la xantocromia, produce manchas de un color amarillo rojizo, con ó sin telangiectasias; su sitio de elección es el rostro, en donde forman una lesión mixta, que en realidad es un eczema acneico ó un acné eczemático. Según Unna, esta localización depende del catarro seborreico del cuero cabelludo, pudiendo desaparecer sin intervención directa, por la simple curación del eczema del cuero cabelludo. Dicho se está que esta afirmación no debe tomarse al pie de la letra; pero consiste su verdadero valor en reconocer la necesidad para el tratamiento de esas alteraciones mixtas de la cara de curar la lesión del cuero cabelludo. Con mucha frecuencia, hemos podido comprobar la eficacia de este precepto, por lo que huelgan aquí mayores detalles; el curar y mantener en buen estado el cuero cabelludo se imponen en el tratamiento de la mayor parte de los acnés de la cara.

c) *Manchas escamosas*. — Las manchas escamosas constituyen el eczema seborreico en su período confirmado; forman el antema primario, esencial, típico — pitiriasis del cuero cabelludo, pitiriasis blanca de la barba — de bordes cortados, de placas visibles sobre todo oblicuamente, encontrándose en la cara, en el cuello; en los hombros y en la región

superior de los brazos; estas manchas secas y casi inadvertidas por los enfermos vienen á ser el preludio y punto de partida de la mayoría de las formas intensas ó graves.

2.º Sinantemas que comprenden cinco tipos:—circunscrito, petaloide, numular, anular y concreto.

a) *Tipo circunscrito*.—La primera de las formas clínicas compuestas, ó sea el primer tipo clínico de Unna, que se presenta en forma de manchas circunscritas elegantes, antes que este autor hubiese creado el tipo eczema seborreico, fué descrito por nosotros entre los *eczemas por parásitos* (1).

b) *Tipo petaloide*.—Esta forma corresponde á varias dermatosis muy conocidas en Francia y en Inglaterra con diversas denominaciones. En la descripción de Unna, son eflorescencias maculosas, pápulas planas lenticulares, de un color amarillo-rojizo, recubiertas de escamas secas ó grasosas, con marcada tendencia á desarrollarse excéntricamente, formando segmentos de círculo, con punteado abierto de los orificios sebáceos, etc. Lo que caracteriza de un modo especial este sinantema es que, mientras en el tipo precedente había simplemente una parakeratosis con esteatorrea y el estado espongoido del epidermis quedaba limitado á la incisura periférica, en el que describimos acompañan á la parakeratosis, la acantosis, una coloración amarilla específica y evolución más avanzada en forma de manchas gutiformes, numulares, recubiertas de costras grasas ó húmedas.

c) *Tipo numular*.—Este sinantema se desarrolla en todas las regiones del cuerpo, y su curso puede ser agudo, lento ó crónico. Las eflorescencias son psoriasiformes, —escamas y costras grasosas,—observándose con sus caracteres típicos por toda la frente, la nuca, en el reborde de las axilas, en el ano, formando grupos, alineadas en series—

(1) UNNA (Cartas de Paris, *Ann. de Dermat*, 1888) se apresuró á reconocer la prioridad de la descripción que de este sinantema habíamos dado nosotros en 1888, expresándose en estos términos:

Independientemente de la pitiriasis versicolor, que se mejora ciertamente por el sudor, el reposo en cama y el contacto prolongado de la franela, se observa con frecuencia en las regiones anterior y posterior del tronco, una *afección eczematiforme especial*, que se ha confundido con otras alteraciones distintas. Presentándose de ordinario bajo la forma de discos más ó menos redondeados ó semilunares, se descubre sobre todo en los individuos (hombres particularmente) que llevan sobre la piel una camisa de lana ó de franela. Clínicamente es un *eczema eritematoso*, eczema á menudo frustrado con prominencia acneiforme de los folículos pilosebáceos y *bordes finamente cortados*, cubierto por una ligera costra. En todo su alrededor se observan algunos grupos de eczema papuloso sencillo, con una pequeña costra en el vértice y sin forma precisa; algunos de ellos, sin embargo, examinados con la lente, *vense particularmente rodeados de la pequeña fisura fina y periférica*, que nosotros consideramos patognomónica. Esta afección es *parasitaria*, con parásitos de la clase de los indicados anteriormente.—Su curación se consigue bastantes veces con el jabón negro y por todos los agentes de eliminación epitelial (ERNESTO BESNIER y A. DOYON, trad. franc. de Kaposi, 1.ª edic., t. II, pág. 449, París, 1884).

coronas seborreicas;—á nivel de las costras desprendidas se nota un punteado rojo segregante. En las formas más avanzadas, desnudas, húmedas, rezumantes, confúndese su aspecto con el de todos los eczemas cuando alcanzan el período exudante. Algunas veces puede distinguirse porque el eczema seborreico rezumante *casi* nunca es húmedo en toda su extensión, presentando en algunos puntos eflorescencias secas, típicas ó mixtas, como las que se ven especialmente en el cuello, en las orejas, en los sobacos, en la región inguinal, etc. Las diferencias que presenta este tipo en relación con los demás son más notables que las que distinguen á las demás clases entre sí; la parakeratosis es intensa, la esteatidrosis y la seborrea considerables y la epidermodermatitis más acentuada.

d) *Tipo anular*.—En este tipo, el desarrollo rebasa los límites del precedente, pero la sequedad es mayor y los caracteres psoriasiformes más acentuados; las formas compuestas son numerosas.

e) *Tipo concreto*.—Sinantema caracterizado por las costras grasosas sobre una superficie córnea húmeda, forma sebácea y alopecica, absolutamente crónica, á menudo senil.

D.—De la sucesión, reunión y combinación de estos diferentes tipos se originan formas clínicas, cuya determinación particular resulta interesante, puesto que pueden servir de guía para el diagnóstico de las diversas formas comprendidas en el sistema de Unna, y también porque su coexistencia con otras formas comunes en el momento en que se las observa, ó la comprobación de haberse manifestado en los períodos anteriores puede constituir una indicación. Si durante mucho tiempo las alteraciones continúan dentro de los tipos descritos anteriormente se puede sin dificultad admitir un grupo de afecciones en las cuales la eczematización presenta verdaderamente caracteres especiales más ó menos análogos, por su aspecto y por la tolerancia terapéutica, á algunas otras afecciones, tales como la pitiriasis, psoriasis ó ciertas variedades de acné. La dificultad comienza en el momento en que las formas de la eczematización se desarrollan de un modo agudo, difusas y comunes: aun cuando se hubiesen comprobado anteriormente fenómenos típicos de seborrea ó lesiones típicas, no está de ningún modo demostrado que las alteraciones agudas generalizadas que se han desarrollado *ulteriormente* en forma ordinaria, sean del mismo tipo. La rapidez de su eflorescencia y la extensión con que se difunden, implican una acción angionerviosa, é ignoramos todavía por qué vía el parasitismo externo podría producir todo esto.

Sea cual fuere la suerte reservada á las teorías de Unna, los casos que ha comprobado continúan en vigor, y será siempre para él un grande

honor el haber trazado una vía por la cual será fácil encontrar un día u otro la verdad.

E.—La predisposición al eczema seborreico es individual y hereditaria; el padre del enfermo en cuestion está con mucha frecuencia afecto de alopecia pitiroide, la madre de acné rosáceo y él mismo tiene un «pasado seborreico»; ha tenido «costras de leche», eczemas y presenta una cabellera luxuriante con películas constantes y abundantes, que ha mudado en todas las enfermedades de su infancia. Blefaritis y conjuntivitis, hiperhidrosis de los pliegues con intertrigo fácil, etc. Las primeras manifestaciones positivas se revelan de los veinte á los treinta años, y son: agravación de los fenómenos anteriores, alopecia activa, prurito en la región anterior, con formación de pequeñas costras que dejan la piel húmeda ó que sangra al rascarse; más tarde costras gruesas, aisladas, grasosas, que al desprenderse dejan en pos de sí erosiones húmedas. Invasión de la región frontotemporal ó de la nuca por placas numulares rojas, escamosas ó con costras — corona seborreica — invasión húmeda ó con costras de la totalidad del vertex ó erosiones húmedas retroauriculares; aparición en el rostro, con variedad de intervalos, de placas escamosas, pitiriásicas, en la mujer en el cuello y en el hombre en la barba y en las espaldas, como también en la axila en los dos sexos. Estas lesiones evolucionan consecutiva y progresivamente de arriba abajo, multiplicándose en los hombros y los brazos, respetando grandes extensiones del tegumento de los mismos para desarrollarse en el dorso de las manos y de los dedos, especialmente en los espacios intermetacarpianos del pulgar y del índice, que es su sitio de elección.

El cuero cabelludo casi siempre es la localización principal, el punto de partida, el reservorio bacteriano, el conservador de elementos que siempre que encuentren en este ó cualquier otro punto condiciones para germinar con intensidad, producirán un catarro epidermodérmico más ó menos acentuado. Otras veces, aunque menos frecuentemente, los focos secundarios toman origen del depósito ciliar, retroauricular, axilar, anal, inguinal ó umbilical. En los individuos esteatósicos é hiperhidrósicos, las alteraciones siguen un curso descendente, por delante, desde el esternón hasta la cintura, y por detrás siguen el canal interescapular; pero la sebotaxia se limita á los puntos ocupados por el catarro bacteriano; no se confunde con la hiperesteatosis general tal como lo comprende Hallopeau en la hipótesis de seborrea preeczemática de orden general, y se distingue con no menos claridad de las hiperhidrosis ó de las hiperesteatosis puramente regionales. Las condiciones de la

región afecta influyen sobre la coloración, la configuración y el estado esteatósico de los elementos eruptivos, pero esta acción no es absoluta ni única.

De todos modos, si bien la seborrea en el punto de la eflorescencia «no tiene nada que ver con la función esteatidróica general», el autor reconoce que, si bien en grado secundario, esta función general conserva alguna influencia. Todo lo que aumenta la esteatidrosis y la esteatorrea «no solamente acrecienta la rapidez de la propagación y de la inoculación del eczema seborreico, sino que aumenta todos sus síntomas, la hiperemia, el contenido grasiento de las escamas y la tendencia al rezumamiento, es decir, la sebotaxia y la serotaxia...» «La sola posibilidad de ejercer alguna influencia sobre el eczema seborreico por un tratamiento interno seguido con perseverancia, significa obrar indirectamente sobre la secreción excesiva de la piel.» En esto se ve claramente cierta aproximación á la teoría de Hallopeau.

F. — En el eczema seborreico, lo mismo que en los demás eczemas, todo lo que congestiona la piel activa ó pasivamente, sobre todo en la cara, en el cuero cabelludo y en las extremidades, cada excitación circulatoria del tejido, «cada mejoramiento accidental del terreno de nutrición»—se entiende para la proliferación bacteriana— puede determinar una agravación del eczema, producir nuevas erupciones, «sea por irritación hiperemiante, sea por alteración de secreción con humidificación é hiperesteatización de la capa córnea, y convertir en un momento la afección circunscrita de la piel en una afección general.»

El autor no advierte aquí que podría hacerse una objeción verdaderamente fundamental á la doctrina de las bacterias eczematógenas, y consiste en la rapidez de los brotes congestivos que resultan inexplicables por la teoría del origen extrínseco puro, á no ser que se demuestre directamente la presencia de los parásitos eczematógenos y experimentalmente la proporcionalidad y la sobreagudez de su poder infectivo.

G. — El prurito y las sensaciones de hiperestesia no forman parte del síndrome ordinario del eczema seborreico, salvo en los centros hiperhidrósicos de las regiones pilosas ó de los grandes pliegues, y en el momento de los paroxismos en determinados puntos como el cuello, la parte inferior del tronco y los órganos genitales.

El polimorfismo, que forma parte esencial de la eczematización, se encuentra en su más alto grado en el eczema seborreico, desde la eflorescencia pitiriásica seca, el dartro vulgar furfuráceo, hasta las capas

suculentas, grasosas, húmedas y costrosas que aparecen en todos los eczemas. La unidad de las formas elementales se descubre en la sucesión de sus fases evolutivas, con todas las intermediarias, desde la placa escamosa frustrada hasta las formas pitiriásicas, psoriásicas, costrosas, grasosas, húmedas y rezumantes.

La marcha serpiginosa y el proceso excéntrico tricoftoide constituyen los caracteres típicos; los discos y las gotas se liberan por el centro, formando anillos completos ó cortados y figuras circinadas ó policíclicas, cuyo sitio de elección es el tronco.

H.—Por lo que se refiere á la *terapéutica*, se compone de dos partes, una que es del todo especial y se aplica á las «formas primarias ligeras como las de los sinantemas escamosos ó costrosos con caracteres típicos seborreicos.» El azufre, la resorcina, el ácido pirogálico, el ácido crisofánico, en forma de pomadas constituyen los agentes principales de esta medicación. La segunda parte concierne á los eczemas extensos rezumantes, complicados, irritados é infectados; la medicación en estos casos se confunde con la del eczema en general, entrándose de nuevo en el primer sistema cuando han desaparecido los fenómenos inflamatorios, agudos, secundarios, accidentales, etc.

I. — Hemos dicho ya lo bastante acerca las cuestiones que suscita la doctrina del sabio médico de Hamburgo, si bien no para que el lector quede perfectamente enterado — nadie puede estarlo en este momento — pero sí para que tenga noticia de sus principales elementos, y esté debidamente advertido de las arduas dificultades del trabajo de revolución que se opera en la actualidad en el terreno del eczema. Se recordará que los trastornos de la esteatización de la piel — hiperseborrea, hiperesteatidrosis — pueden desempeñar un verdadero papel en el desarrollo y particularización de diversas afecciones de la piel, entre las cuales ocupa un lugar el eczema, ora por provocación irritante y congestiva, ora por la acción química resultante de la alteración de los productos de excreción que infiltran la epidermis, y son mantenidos sobre la superficie de la piel por los vestidos, gorras, etc.

Puede considerarse verosímil que, merced á las mismas influencias, ciertos parásitos, comunes ó de otra clase, encuentren condiciones favorables para su cultivo, entren en acción y tomen parte en las particularidades evolutivas de la eczematización. De la asociación de los dos elementos hiperesteatidrosis y parasitismo, y añadiremos nosotros, de la individualidad del sujeto y las especiales condiciones de localización anatomo-

topográfica, puede originarse la serie de modificaciones que caracterizan al eczema en el tipo seborreico. Prurito más débil; costras grasientas; configuración de las superficies en bordes redondeados, policíclicos; marcha centrífuga ó serpiginosa; exfoliación fácil en extensas escamas laminares, grasientas, psoriasiformes —eczema psoriasiforme, etc.,— en finas escamas pitiriásicas (eczema pitiriasiforme); tolerancia para los tópicos, etc. Pero, en todos los casos, la enfermedad continúa siendo un eczema, y cuando son otras afecciones características aquellas sobre que *acciona* la seborrea, no deben por esto perder su individualización propia, y aunque tengan algo de seborreicas, no han de perder ni su nombre ni su clase.

De todo lo expuesto convendrá recordar aquello que pueda ser útil para la interpretación, pronóstico y terapéutica especial de ciertas formas de eczema; pero sin prestar á ello confianza ciega ni negarlo por sistema.

II

TRATAMIENTO INTERNO DEL ECZEMA

I. Indicaciones generales. — II. Régimen. — III. Medicaciones comunes. — IV. Medicación interna antipruriginosa y analgésica. — V. Medicaciones especiales y aguas minerales.

I

Indicaciones generales

A. — El eczema con frecuencia puede ser curado, ó curarse por sí solo, sin que sea indispensable y hasta sin que haya lugar á prescribir una dieta ó un régimen especial y una medicación interna. Esto no lo ignora ni lo discute nadie. Pero fuera de estos casos, tan numerosos como se quiera, en los que la curación se ha obtenido merced á una sencilla medicación externa, hay otros cuyos accidentes hubieran podido atenuarse por una dietética apropiada ó por una medicación interna, y cuya duración hubiera podido abreviarse ó se evitara que la recidiva se presentase con tanta frecuencia, y otros, por último, cuya curación sólo se consigue por el concurso armónico de las dos clases de medicación, externa é interna.

Es preciso hacer constar aquí que no se trata en modo alguno de subordinar una medicación á la otra, y mucho menos todavía de aplicar al eczema una medicación interna exclusiva; á los eczematosos ha de tra-

társeles según las indicaciones locales y generales que presenten, y no proceder por un método único sistemáticamente y á ciegas; trátase, en fin, de obrar como médicos y no como empíricos.

Sea cual fuere el elemento que ha provocado la eczematización de la piel, mecánico ó químico, absolutamente externo y extrínseco, parasitario, etc., tiene siempre por campo de acción, como terreno de cultivo, el tejido vivo, que reacciona á su manera (1). Trastornos de la nutrición producidos por la aplicación de irritantes químicos, mecánicos, etc.; evolución bacteriana, alteraciones bioquímicas que dependen de la penetración de toxinas y de su difusión; todo esto está más á menudo subordinado á la condición anatomo-topográfica, á la tensión neurodérmica, al estado químico desconocido del que depende la calidad para el cultivo del terreno, á la irrigación sanguínea, linfática é intercelular ó vaga,—calidad ó cantidad,—esto es, al estado actual del individuo y, por decirlo en una sola palabra, á su idiosincrasia. Si á esto se añade que únicamente merced á ciertas condiciones de esta idiosincrasia los microbios llegados del exterior encuentran en la piel asilo y subsistencia; que algunas de esas condiciones son conocidas y cabe modificarlas por la higiene general y local y por los agentes de la terapéutica interna, habremos considerado la cuestión en su conjunto y comprendidola en su realidad.

Efectivamente, la medicación interna en el tratamiento de la eczematización tiene diversa importancia según los casos, pero casi siempre resulta útil, aunque no sea necesaria; á menudo se hace indispensable y otras veces ocupa momentáneamente el primer lugar, privando sobre la medicación local. Nunca la aplicaremos de un modo absoluto, inmutable, sistemático, vulgar y rutinario, sino que deberemos particularizarla según sean el eczema y el eczematoso; tienen su época, su día, su momento oportunos.

B. — La medicación interna, la dietética, en esas condiciones y dentro de esos límites, son aplicables á los casos de eczema de toda especie,

(1) En los sujetos predispuestos que tienen la piel eczematizable y que no toleran determinados alimentos ó medicamentos, el eczema puede producirse espontáneamente, ó, para hablar con más propiedad, sin que en la región donde se manifiesta haya sido provocado por causa exterior apreciable. En tales individuos, el eczema surge y reaparece voluntariamente, á pesar de la protección exterior más eficaz, por la ingestión de ciertos alimentos, pescado, caza, quesos fermentados, ó de determinados medicamentos, yoduros y bromuros, cloral, etc. Igualmente, en estos individuos, idénticas causas y las intoxicaciones ó las infecciones autógenas pueden ocasionar la eczematización de la misma manera como aquéllas producen los eritemas infecciosos ó toxidérmicos, los paroxismos de los prurigos diatésicos, las dermatitis infecciosas, algunas piodermis, las neurodermias, etc. Como lesión no específica, ó catarro común, la eczematización puede ser provocada por múltiples causas, sin que ninguna de ellas tenga el monopolio.

cuando lo requiere la indicación y en un momento determinado. Raras veces la medicación propiamente dicha está indicada de una manera precisa desde los comienzos de la enfermedad, á no ser que se trate, por ejemplo, de los eczemas pseudoexantemáticos, generalizados *d'emblée*, sobreagudos, con elevada tensión arterial, fenómenos intensos de reacción, prurito intolerable, accidentes nerviosos, etc. En la mayoría de los casos, la intervención interna sólo se impone en el período de estado, cuando la eczemización se establece en su verdadero grado, y ordinariamente la medicación interna no desempeña su papel sino cuando el enfermo no logra mejorar en un grado normal merced á medicaciones locales apropiadas á la dietética y al régimen, ó bien cuando, en virtud de las condiciones patológicas del individuo, el eczema ha tomado los vuelos de una enfermedad ya instalada, más ó menos decididamente crónica, rebelde á la acción de los agentes terapéuticos externos, con alternativas, paroxística, recidivante, etc., etc. Es, pues, en estas circunstancias, que se está autorizado para hacer, á fin de servir de base á una terapéutica racional y eficaz, el balance patológico del eczematoso—estado actual de los órganos y de las funciones, emunctorios intestinal y renal, función hepática, etc. El eczematoso que ha de tratarse ¿es un anémico, un congestionado, un reumático ó un gotoso, un asmático, un bronquítico, un renal ó un cardíaco, un hipoazoúrico ó un hiperazoúrico, ó bien presenta una de las variedades de la ataxia urinaria reunidas bajo la denominación de diabetes? ¿Es un viejo en decadencia, ó un niño en el período de la dentición? ¿Una mujer dismenorreica ó en la menopausia, ó enferma ginecológicamente ó se encuentra en estado de embarazo, ó en la lactancia? Por último, ¿cuáles son sus antecedentes hereditarios, edad, constitución, diátesis, estado cerebral, si sufre de neuropatía, neurastenia, histerismo, etc., y así de lo demás? Estas proposiciones encontrarán todas ellas su complemento ó desarrollo, así como su aplicación práctica, al tratar de los medicamentos en particular.

C. — En todos los casos, y lo repetiremos incesantemente, el eczematoso que debe ser tratado es el que particulariza la cuestión que está llamado el médico á resolver. Supongamos, por ejemplo, tres sujetos afectos de eczema, cuyos caracteres morfológicos son, al parecer, iguales: el primero, según la fraseología popular, tiene «buena piel;» la eczemización, como otra lesión cualquiera, quedará limitada á la región influida por la causa y desaparecerá bien y rápidamente con la supresión de aquélla, empleando todos los medios apropiados y hasta los que no lo son. El otro, tiene la *piel mala*, que constituye un *terreno de cultivo*

favorable para todas las implantaciones; y así como en él la menor solución de continuidad regularmente *“se encona”*, la eczematización prolifera florida, rebasando los límites de la superficie que ha sufrido la irritación causal. Ofrece rápidamente un campo de aclimatación abierto á los microbios ambulantes, y también es posible que sobrevengan las diversas complicaciones de los eczemas, ó al menos no se obtiene la curación, sino mucho más despacio de lo que ha podido notarse en el enfermo precedente, cuando los agentes terapéuticos ó las formas de curación de que se ha hecho uso no son del todo apropiados y oportunos. Por último, en un tercer individuo, la eczematización, aunque evidentemente sea de causa externa, alcanzará con gran rapidez las proporciones del eczema constituido de un modo permanente, del duradero, del verdadero eczema, y podrá convertirse en punto de partida de un *brote* inicial ó de una recidiva diseminada ó generalizada. Este último enfermo es un diatésico, artrítico, gotoso, diabético,—albuminuria, azouria, fosfaturia, oxaluria, glucosuria, poliuria, etc., — un hipoazóúrico, un nefrítico, un asmático, un arterioesclerósico precoz, un obeso; presenta olopatías, mialgias, y neuralgias recidivantes, herpes neurálgico de repetición; ha sufrido en su infancia epistaxis y orzuelos repetidos, y ha tenido ya el mismo eczema, como sus antepasados ó sus hijos, y le recidivará más adelante; es, en una palabra, un eczematoso.

En resumen, si no hay ningún eczema que reclame absolutamente una medicación interna, existen muchos eczematosos en los cuales la terapéutica interna presta valiosos recursos, y en la mayor parte de los eczemas existen ciertos síntomas contra los cuales cabe la intervención, con los mejores resultados, de la medicación interna. La verdadera dificultad en el tratamiento del eczema consiste enteramente en la asociación mesurada y coordinada de la medicación interna y del tratamiento externo; insistir sobre lo mismo resultaría ocioso.

II

Régimen de los eczematosos

A.—Si alguna cosa ha de causar ciertamente sorpresa es ver cómo ciertos médicos afirman sistemáticamente que el eczema no reclama *jamás* ni dieta regulada, ni régimen restringido; porque ¿cómo es posible comprender que no hayan encontrado en su práctica casos de esos en que la ingestión de ciertos alimentos motiva la aparición ó reaparición con toda seguridad de los paroxismos eczemáticos, ó hasta la *producción* de

un eczema, si se ha usado de ellos por *largo tiempo*, y que no hayan comprobado hasta la saciedad que un régimen defectuoso en cantidad ó calidad es lo más perjudicial para los eczematosos? Sabemos perfectamente, y aprovechamos todas las ocasiones para declararlo en términos categóricos (1), que el grado de nocividad de esos agentes eczematógenos no es ni universal ni uniformemente idéntica en todos los casos, ya que el país, la raza, la residencia en el campo ó en la ciudad, el coeficiente individual de oxigenación, el trabajo intelectual ó material, la vida activa ó de reclusión, la herencia y la idiosincrasia, la integridad ó la insuficiencia de los emunctorios, etc., son elementos ciertamente susceptibles de hacerla variar en los diversos centros de observación, y en cada uno de ellos, según las circunstancias individuales y particulares del caso. Una vez establecida y comprobada la desigualdad de las condiciones en la acción de la dietética, hay que admitir sin embargo que no es menos cierto que, en todos los países y en todas las razas, el régimen desempeña un papel de primer orden en la génesis y en la evolución de cierto número de eczemas. Precisa, por otra parte, repetir aquí que no se trata de imponer á todos los eczematosos una dieta y un régimen sistemáticos, sino de obrar según las circunstancias y regular la prescripción de conformidad con las condiciones de cada caso particular, tomando en consideración el estado del individuo, su constitución, la diátesis, la condición social, los hábitos alimenticios, climas, razas, etc.

Nadie negará, desde luego, que un régimen y una dieta regladas son necesarios en los individuos afectos de eczema y cuyas vías digestivas se encuentran en mal estado. Aquellos que procedan á una detenida investigación de los hábitos alimenticios anteriores de los eczematosos, descubrirán fácilmente que muchos de ellos siguen una dieta ordinaria demasiado abundante, muy pesada y en desproporción con las combustiones efectivas y con el trabajo físico, y en tales casos, podrán convenirse de que basta á menudo, para obtener un positivo resultado, disminuir en una mitad la cantidad de carne, no tomarla más que en una sola comida, restringir la cantidad de alimentos que se ingieren al día y aumentar el desgaste físico.

La clase de los alimentos y de las bebidas se determinará de un modo preciso en cada caso particular, según los datos que nos proporcione la observación, ya realizada ó por hacer, de los efectos que en cada individuo produzcan los alimentos reconocidos generalmente como susceptibles de determinar con el tiempo el proceso eczemático, ó de activarlo ó reproducirlo en breve plazo. En virtud de estos efectos, cabrá exigir de

(1) Véase trad. franc. de KAPOSI, 2.^a edición, 1891, págs. 717 y 718, nota 1.

los interesados la disminución ó supresión de los grandes pescados de mar, de las conchas y de los crustáceos, la carne de cerdo, ternera, salazones, las conservas, la caza, los quesos fermentados y salados, los vegetales cargados de ácido oxálico,—espárragos, tomates, espinacas, acederas, etc., de todos los «alimentos crudos»,—ensaladas sazonadas, berro, rábano silvestre, rabanito redondo, cohombros, trufas, conservas con vinagre, fresas, frambuesas, grosellas, naranjas, etc.,—y de las bebidas alcohólicas y toda clase de licores, cerveza fuerte ó alcoholizada, champagne, té, café, etc.

En términos generales, todo alimento, cualquiera que sea su clase, en cuya preparación entren en abundancia los ácidos, las especias, la sal, el azúcar, etc., se convierte por su preparación en perjudicial, y en algunos su cualidad de nocivos consiste sobre todo en la forma de condimentarlos. El médico no debe olvidarse de tomar en consideración todas estas circunstancias, sobre las que muchas veces los mismos eczematosos tienen ya experiencia adquirida, y cuando esto no ocurra, debidamente advertidos, podrán variar de régimen.

Ciertamente parece que algunos eczematosos cuyas vías digestivas son tolerantes y los emunctorios están en buen estado, no experimentan ningún daño siguiendo un régimen libre, al paso que otros tampoco parecen resultar beneficiados merced á un régimen restringido y regulado; pero esto no constituye la regla general sino una excepción. Ordinariamente por el uso continuado de un régimen excesivo y el abuso de los alimentos ó de las bebidas indicados, se produce, en ciertos individuos, la eczematización, y cuando ésta ya existía, aumentan sobre todo su intensidad ó provocan recidivas. Algunos opinan que esta regla general, principalmente por lo que se refiere á la agravación, exacerbación y recidivas, se cumple, cualesquiera que sean la naturaleza y la causa de la eczematización, aunque fuese exclusivamente de origen parasitario. El médico que haya podido, como nosotros, en su práctica civil continuar observando á los enfermos en el decurso de varios años, le será fácil sentar sobre este punto las afirmaciones más categóricas, y su convicción será más firme cuando su observación no se limite á los efectos inmediatos del régimen sino que se extienda á las influencias *remotas*.

Prescindiendo de las exageraciones, es indudable que los eczematosos reportarán siempre beneficios de un régimen restringido y de una dieta ó alimentación reguladas; se obtendrán ventajas de una alimentación que consista en carnes, á excepción de la de ternera; volatería común,—pero no pato, payo, ni ánade,—huevos frescos; hortalizas tiernas, cocidas, salvo la acedera, las coles, las espinacas y los berros; los frutos co-

cidos, los preparados de leche de toda especie, los feculentos en pequeña cantidad; los quesos blancos no salados. A todos los eczematosos conviene de preferencia como bebida el agua pura, las aguas anodinas de *Alet*, *Evian*, etc., etc.; para algunos, una infusión amarga á su gusto, de *lúpulo* por ejemplo; mientras que á un gran número les será útil la *leche desnatada* mezclada con agua pura ó agua ligeramente alcalina, ó bien sola, lo que constituye una bebida terapéutica de primer orden. En todos los períodos paroxísticos intensos, en los casos de eczema exantemático, febril, etc., producirá durante algunos días el *régimen lácteo* íntegro un señalado efecto; la cidra, cuyo uso se ha extendido considerablemente de diez años á esta parte, conviene á algunos, no á todos, y el vino no conviene á ninguno.

B. — En los recién nacidos, los niños de teta, se pondrá mucho cuidado en la regularidad de las refacciones y de las deyecciones, y convendrá hacer lo mismo con la alimentación de las nodrizas, pues á aquellos que han observado con atención todas estas cosas les consta que gran número de las dermatopatías infantiles no reconocen otro origen que las alteraciones de la leche provocadas por un mal régimen alimenticio de las nodrizas, ó por reiterados trastornos secretorios, que dependen de perturbaciones nerviosas de cualquier orden á las cuales aquéllas pueden estar supeditadas. La vigilancia deberá ser más rigurosa cuando el niño se cría sin nodriza: son necesarios una verdadera y completa esterilización de la leche tan pronto haya acabado de ser ordeñada, una atenta reglamentación de las horas en que debe darse y de la cantidad de la misma cada vez, y procurar que no sea demasiado abundante cada toma, como suele ocurrir con frecuencia.

La época del destete constituye otra fase en la cual con harta frecuencia sobrevienen accidentes cutáneos dependientes del defectuoso régimen alimenticio, cuando está en manos de personas incompetentes ó que se guían por la rutina. Si el médico es consultado sobre la dirección de este régimen ó con motivo de trastornos digestivos, obrará acertadamente presentándose menos optimista que de ordinario, esto es, tratando con seriedad los desórdenes más sencillos y hablando á las madres con la precisión y severidad que estos casos reclaman.

C. — Muchos eczematosos, individuos afectos de eczema rebelde, crónico, recidivante, ofrecen en su régimen higiénico — vida material y vida moral — ciertas deficiencias: la vida de reclusión, sedentaria, la fatiga que acompaña inevitablemente al hombre en nuestros tiempos, y las excitaciones de todo género, etc., etc., disponen el terreno para la invasión inminente de la dolencia y multiplican la acción de las causas

patológicas. Por todas estas circunstancias, que aquí basta consignar, el médico ha de saber informarse con acierto y dar los consejos pertinentes al caso. La opinión general es que contribuyen á acelerar y á afirmar la curación, el ejercicio moderado, la aireación, la residencia prolongada en el campo y la tranquilidad de espíritu. No siempre resulta conveniente residir á orillas del mar ó recibir los aires de marina; sin embargo, en los casos en que el eczema no radica en las partes descubiertas no se prohibirá de un modo absoluto la residencia en dichas regiones, pero siempre con la condición de conservar el régimen y de escoger aquéllas puestas más al abrigo de la intemperie.

III

Medicaciones comunes

A. — PURGANTES. — DIURÉTICOS. — TISANAS

Antiguamente, en el tratamiento del eczema, se abusaba de los purgantes y de las tisanas, pero la medicina en nuestros tiempos no echa en olvido que las vías digestiva y renal pueden ser utilizadas á título de emunctorio, derivativo ó revulsivo, en gran número de individuos diatésicamente congestivos, obesos, hemorroidarios, hipúricos, etc., y como regla general durante los paroxismos eczemáticos, sea cual fuere, por otra parte, la causa ó la naturaleza de la eczematización. Prescindiendo de teorías, la simple observación demuestra suficientemente la favorable acción de los purgantes en los eczematosos de las distintas categorías y en esta práctica, además, nada hay que pueda desagradar al neohumorismo reinante. Del mismo modo que el riñón, el hígado y el intestino constituyen las vías de elección para que se eliminen por ellas las toxinas eczematógenas y, por otra parte, la evacuación regular y completa de los intestinos, medio por excelencia de antisepsia intestinal, no puede menos de convenir á todos los eczematosos.

Entre los diversos purgantes á que puede recurrirse, ninguno puede considerarse como específico: los *calomelanos*, sin embargo, administrados á pequeñas dosis repetidas, se han olvidado quizás demasiado y están indicados en los casos en que se sospeche la insuficiencia ó la septicidad hepáticas. Cuando sólo se trate de evacuar y de aumentar las secreciones intestinales, pueden utilizarse, según las circunstancias de cada individuo, el *aceite de ricino*, las *sales neutras*, las preparaciones de *sen*, los "*tés purgantes*" y la numerosa serie de purgantes hoy en boga. El *áloes* y los

drásticos, merced á su acción revulsiva y derivativa, responden cumplidamente á las distintas indicaciones que pueden originarse en este sentido.

Idénticas observaciones y las mismas consideraciones cabe hacer de los diuréticos, regulándose su indicación por la cantidad habitual de la excreción urinaria y por el estado general de la circulación. Entre ellos merecen la preferencia la *leche*, el *régimen lácteo* mixto, las *aguas minerales* diuréticas y las tisanas.

Las *tisanas*, en efecto, háyase dicho de ellas lo que se quiera, producen grandes resultados en los eczemas agudos ó crónicos, ya como diuréticos, ya constituyendo una dieta hídrica, cuyo empleo en ciertos eczematosos no deja de ser oportuno. En este sentido empleamos especialmente las infusiones débiles de *lúpulo*, de *hojas de fresno*, de *flores de retama*, ya solas, ya como excipientes de otros diversos agentes medicamentosos.

B. — EMÉTICO. — BELLADONA Y SUCEDÁNEOS

1.º *Emético*.—Mientras que en todas partes el empleo del emético había caído en desuso, continuaba aplicándose en Inglaterra con bastante frecuencia, á *pequeñas dosis*, en las flegmasías agudas de tipo esténico, en la pneumonía aguda por ejemplo, tomándose por guía indicador de su empleo el estado de la circulación arterial. Esta práctica se había extendido ya desde largo tiempo á la eczematoterapéutica, y había sido empleada por Er. Wilson, Startin, etc., pero de unos quince años á esta parte ha sido usada y preconizada de un modo especial por Malcolm Morris (1). En los casos en que el *molimen* eczemático es intenso, la presión arterial muy elevada y el individuo no está deprimido, nuestro sabio colega de Londres considera el emético, usado á pequeñas dosis, como el agente reductor por excelencia de la eczematización. Emplea el *vino de antimonio* (2) comenzando por X á XII mínimos (3) por dosis, que se repetirá al

(1) Ultimamente, *Diseases of the skin*, Londres, 1894; págs. 244 y 245.

(2) El vino de antimonio de la farmacopea inglesa se compone:

Tártaro estibiado.	40 granos = 2 gr. 59
Vino de Jerez.	20 onzas = 566 gr. 80

Proporción: un gramo de emético por 219 de vino.

Dosis: de V á LX mínimos.

(3) El mínimo pesa algo más que la gota: 0gr,059 en lugar de 0gr,050, por lo que XVII mínimos representan unas XX gotas. Los farmacéuticos ingleses que ejercen su profesión en Francia tienen la costumbre de asimilar el mínimo á la gota; en Londres, los enfermos cuentan asimismo los mínimos por gotas y los medicamentos cuya proporción está en mínimos se despachan en *dropping bottles*.

Según el doctor BERLIOZ, que para esta nota ha examinado de nuevo la cuestión, una muestra de vino de antimonio de la farmacopea inglesa da por cada gramo XXX gotas, con

cabo de una hora y hasta, si fuere necesario, se dará una tercera y última dosis en el mismo día, después de dos horas. En los días siguientes se espaciarán gradualmente los intervalos de las tomas, al mismo tiempo que se disminuyen correlativamente las dosis hasta VI mínimos; las tres tomas dentro las veinticuatro horas se continuarán hasta conseguir la desaparición del estado agudo.

2.º *Belladona*. — En los casos en que el rezumamiento eczemático es profuso y el flujo serofibrinoso incesante, impregnando en consecuencia todas las piezas del apósito, la belladona administrada á dosis progresivas y con los cuidados que siempre requiere este medicamento, producirá ciertamente buenos resultados. Se podrá también recurrir á la misma cuando la hiperesteatosis, ó la hiperesteatidrosis, ó la hiperhidrosis, ya en el cuero cabelludo, ya en las extremidades, ya en los grandes pliegues, dificulta la rapidez de acción de los agentes reductivos. Constituye, por último, en algunos casos un antipruriginoso temporal excelente para determinados individuos en las formas paroxísticas.

Se acudirá á las *tinturas de belladona* — II á X gotas cada veinticuatro horas, al principio; al *extracto acuoso* — uno á cinco centigramos; ó á la *atropina* — uno á cuatro gránulos de cuarto de miligramo cada veinticuatro horas, procurando prescribir este medicamento por un tiempo determinado, de corta duración, regulado siempre al tenor de la edad y de las condiciones particulares de cada individuo, y solamente en los casos en que se puede ejercer una verdadera vigilancia.

Cuando está contraindicada, ó en las formas prolongadas, se recurrirá á los sucedáneos, *tanino*, *agárico*, *fosfato de cal*.

C. — QUININA. — ANTIPIRINA. — CÓLCHICO. — DIGITAL. — ERGOTINA.
ESTRICNINA

Los agentes medicamentosos que acabamos de enumerar, no en concepto de antieczemáticos sino de un modo general, se utilizan en el tratamiento interno del eczema, y teórica ó empíricamente, en virtud de indi-

un cuentagotas calibrado, ó sea unos XXV mínimos — 25,5 — habiéndose adoptado el número 25 por ser cifra simple y porque la equivalencia con la cifra 17 : 20, indicada anteriormente es un poco forzada. Diez mínimos ó doce gotas de este vino representan poco más ó menos dos miligramos, exactamente 0gr,00182 de emético. Para los médicos de los países que disfrutaban de los beneficios del sistema decimal, lo mejor fuera que emplearan una solución de emético en agua destilada:

Agua destilada.	10 gramos
Tártaro estibiado.	0 gr. 20

Solución que debe entregarse en un *frasco cuentagotas*. Cada gota de esta solución, que se empleará diluida, contiene exactamente un miligramo de emético.

caciones particulares, se emplean para prevenir, detener ó moderar ciertos paroxismos eczemáticos semejantes á accesos de gota ó de reumatismo, ó á fin de evitar los fenómenos originados por una defectuosa circulación periférica local, etc. Esto ocurre especialmente en los individuos palúdicos (1), reumáticos, gotosos, cardíacos, asténicos.

Los reumáticos y los gotosos, y además los artríticos no bien determinados, reportarán provechosos beneficios de las sales de *quinina* y de las preparaciones de *colchico*—á dosis regulares y durante pocos días, si se trata de combatir paroxismos ya manifestos; á pequeñas dosis prolongadas ó reiteradas, si hay que sostener una mejoría ya adquirida ó de obrar lentamente en los intervalos de los paroxismos. Inútilmente hemos tratado de inquirir las ventajas especiales que pueden ofrecer la mayoría de las *fórmulas* más recomendadas, y sin oponernos á las combinaciones indicadas en ciertas circunstancias, creemos que los agentes medicamentosos deben prescribirse en forma y dosis determinadas, según los casos y según la tolerancia propia de cada individuo.

D. — HIERRO. — YODO. — ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO

YODURO DE POTASIO Y MERCURIO

En ciertos eczematosos jóvenes, en estado de anemia linfática, se cumple la indicación general administrando el *hierro* á título provisional. La forma de prescribirlo, la dosis y la duración de su empleo se determinan por la acción general que produce y por el estado de la eczematización.

En los mismos individuos, y en mayor número de casos, está indicado con éxito más certero y menores inconvenientes el uso del *aceite de hígado de bacalao* durante la temporada de invierno, y es aplicable esencialmente á las formas lentas, difusas, rebeldes, recidivantes, á menudo secundarias de otros diversos estados dermatopatológicos, como el prurigo de Hebra. Las dosis serán medianas, en relación con la edad del enfermo y según la tolerancia especial de sus vías digestivas; la temporada favorable es el invierno.

Durante la estación calurosa se cumple la indicación con el empleo medurado del *yodo*, por medio de pequeñas dosis de *jarabe yodotánico*,

(1) En las regiones palustres, y á excepción de los países en que las intoxicaciones por la malaria dependen de focos tálúricos locales, los preparados de quinina pueden alcanzar extraordinaria importancia y desempeñar un papel muy activo en la terapéutica de ciertos eczemas. Véase Brocq. — Nota para servir á la historia de las erupciones de origen palustre (erupción eczematiforme circunscrita, persistente de la nariz, de naturaleza palustre). *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3.^a serie, 1896, págs. 1 á 8.

por ejemplo, de una á tres cucharaditas cada veinticuatro horas; menos frecuentemente, para los casos de anemia linfática acentuada, el *jarabe de yoduro de hierro* á las mismas dosis.

El *yoduro de potasio* produce á veces resultados satisfactorios, aunque de un modo algo imprevisto, en los individuos diatésicos en los que se alternan los accesos de asma y los brotes eczemáticos; en los eczematosos con arterioesclerosis avanzada, ó también en el período terminal de los eczemas crónicos en los individuos que toleran aquel medicamento.

Cosa no menos notable: en los heredo-sifilíticos afectos de diversas formas de eczema infantil, el yoduro de potasio puede dar buenos resultados; la medicación, mientras sea dirigida y vigilada, puede intentarse sin peligro aumentando la dosis progresivamente un gramo cada veinticuatro horas siempre que sea necesario.

El eczema no forma parte ciertamente del síndrome morbozo de la sífilis, y no conocemos tampoco la eczematización sifilítica en el verdadero sentido de la palabra; la neoplasia sifilítica, sin embargo, puede eczematizarse de igual suerte que puede liquenizarse ó psoriarse. En este caso como en el de otras asociaciones morbosas, la superposición es á veces tan exacta que ha inducido á varios autores á considerar la resultante como una combinación, una hibridez propiamente dicha. Lo que importa tener presente es que, sea asociación ó hibridez, la conclusión terapéutica es la misma, y por consiguiente se empleará la cura diatésica, se administrarán el *mercurio* ó el yoduro de potasio, ó los dos á la vez.

IV

Medicación interna antipruriginosa y analgésica (1)

Asafétida. — Almizcle. — Valeriana. — Opio. — Sulfonal y trional. — Cloral y bromuros. — Ácido fénico. — Atropina y valerianato de atropina. — Antipirina. — Fenacetina. — Salicilato de sosa, etc.

El prurito y el insomnio nocturno, que en un gran número de eczematosos son provocados por los paroxismos, son especialmente molestos para los enfermos, que reclaman á toda costa un alivio y un medio de conciliar el sueño. Desgraciadamente no existe un verdadero antipruriginoso de la piel como tampoco hay un verdadero antiespasmódico de la

(1) Véase más adelante como complemento: Antipruriginosos locales; Duchas templadas; Electroterapia.

vejiga, y para mayor abundamiento entre los mejores agentes medicamentosos empleados para conseguir lo que nos proponemos, no hay apenas ninguno que pueda hacerse de él un uso prolongado sin perjudicar el estado general, las vías digestivas ó la piel eczematizada; esto, por supuesto, en grados distintos, al tenor de la diversidad sin límites de las idiosincrasias.

En realidad, el agente interno antipruriginoso, analgésico ó hipnótico, lo mismo que el analgesiante externo, en la medicación antipruriginosa del eczema, sólo representa el coadyuvante, consistiendo el elemento principal en un buen tratamiento local de la eczematización y en la observación atenta del estado general del enfermo, de su higiene, de su alimentación, del funcionamiento de sus riñones, del tubo digestivo y del hígado.

Como en todas las afecciones á las que acompaña el prurito, pero en ésta más especialmente que en cualquiera otra, la indicación de los antipruriginosos locales ó generales en el eczema es de un orden secundario, eventual, interino; únicamente se impone cuando el prurito es intenso y subsiste—lo que, en realidad, no constituye la regla general—á pesar de los cuidados locales apropiados, envolturas adecuadas, oclusión, etc., y aun después de la observación del régimen conveniente y de emplear los medios de tratamiento aplicables al estado general de cada enfermo.

En efecto, así como es limitado el número de medios de acción interna que mitiguen el prurito, son numerosos los medicamentos ó los alimentos que pueden excitarlo ó provocarlo, el vino, el alcohol, el té, el café, todas las especias y salazones, el cerdo, la ternera, los pescados y crustáceos de toda especie, el azúcar, los féculentos, las fresas, las naranjas, los espárragos, la acedera, los tomates, etc., etc., con muchas variaciones según las particularidades de cada caso. Dedúcese de esto la necesidad de reglamentar con sumo cuidado la dieta de estos enfermos y á *prorrata de sus condiciones idiosincrásicas*; en los casos graves, comenzaremos siempre el tratamiento estableciendo la *dieta láctea absoluta*, volviendo en seguida á la alimentación por modo gradual y según los resultados observados.

Idéntico criterio seguiremos respecto de los medicamentos; suprimiremos sistemáticamente todo aquello de que ha hecho uso el enfermo, y no ordenaremos de nuevo una medicación sino procediendo con mucha cautela, pues son pocas las substancias medicamentosas que no exageren el prurito en un pruriginoso, y esto es más frecuente en un hipernervioso, para los que las intolerancias medicamentosas son muy comunes.

Ante todo deberá procederse á un examen atento de la cantidad

y calidad de la orina, en la cual se buscará no solamente el ácido úrico, el azúcar, la albúmina, sí que también las taras menos visibles, tales como la oxaluria, la fosfaturia, la peptonuria, etc. Se someterá al enfermo á un verdadero análisis *integral* de sus órganos y funciones, condiciones profesionales, estado moral, y de este modo se hallarán á menudo indicaciones de profilaxia y de terapéutica imprevistas. *Una vez cumplidas todas esas condiciones* y colocado el individuo en estado de inmunidad causal, se encontrará el médico mejor pertrechado para luchar contra el prurito de los eczematosos, que no recurriendo como medios de acción principales al empleo de los analgésicos locales ó generales y á los hipnóticos.

De una manera todavía más señalada que en el adulto, cuando se trata de recién nacidos ó de niños en la primera infancia, la base principal de la medicación antipruriginosa analgésica é hipnótica del eczema consistirá en procurar la normalidad en la alimentación y en hacer desaparecer los trastornos digestivos, verdaderas causas principales del prurito infantil eczematógeno, y luego la aplicación de un tratamiento local apropiado (1).

A.—Entre los antiespasmódicos inofensivos para la piel merecen la preferencia el asafétida, el almizcle y la valeriana.

El *asafétida* y el *almizcle*, la primera á la dosis de 0^{gr},25 á 2 gramos y el segundo de 0^{gr},05 á 2 gramos, ya en enemas emulsionados según fórmula, con ó sin adición de un poco de opio, ya en supositorios.

La *valeriana*, en extracto (bolos de 0^{gr},50) de uno á seis cada veinticuatro horas. El *valerianato de amoníaco* en cápsulas de 0^{gr},05 á 0^{gr},10, de dos á cinco cada veinticuatro horas. La *solución* de valerianato de amoníaco según la fórmula de Pierlot, es muy usada á la dosis de una á dos cucharadas de café cada veinticuatro horas, bien con agua azucarada, bien en infusiones antiespasmódicas, ya en enemas; cada cucharada de café contiene 0^{gr},25 de valerianato de amoníaco.

B.—El *ácido fénico*, antipruriginoso analgésico, produce á veces buenos resultados, pero las dosis han de ser bastante elevadas, lo cual nos impide continuarlas por largo tiempo — dosis activa media de 0^{gr},20 á 0^{gr},40 cada veinticuatro horas, en píldoras:

(1) «En ningún caso, dice JULIO SIMÓN, bastan los hipnóticos por sí solos para calmar la ardiente comezón y el insomnio de los niños afectos de eczema impetiginoso. Como existen constantemente trastornos digestivos—causa la más frecuente de esta clase de erupciones—convendrá combatir siempre el estado dispéptico, la lienteria ó la enteritis, tomando en consideración todas las particularidades de la lactancia y del régimen; al mismo tiempo las superficies enfermas, después de detergidas por las cataplasmas de almidón cocido, se cubren con tafetán fino. Merced á estas dos intervenciones, disminuyen el prurito y el insomnio en considerables proporciones; sólo á título de complemento deberá recurrirse á los calmantes.

Acido fénico <i>muy puro</i>	0 gr. 05 á 0 gr. 10
Extracto de valeriana.	0 gr. 05
Magnesia decarbonatada.	c. s.

Para una píldora. Platéese ó consérvese en polvo de licopodio.

Estas píldoras deben tomarse *al final* de cada comida ó *inmediatamente después* de haber tomado leche ó una infusión cualquiera.

C.—La *atropina* ó el *valerianato de atropina*, en gránulos *al cuarto* de miligramo ejercen, casi siempre, una acción sedante segura sobre el prurito, la que resulta especialmente favorable en los casos en que el prurito coincide con una exudación eczemática excesiva. Salvo muy raras excepciones, no hay necesidad de aumentar la dosis de medio miligramo á un miligramo cada veinticuatro horas; no deberá descuidarse en lo más mínimo la vigilancia especial que requiere el uso de la atropina, y los enfermos por prescripción escrita quedarán debidamente advertidos para que no aumenten las dosis que se les ha ordenado.

D.—El *opio*, que con frecuencia es por sí causa activa de prurito, está generalmente contraindicado en el eczema; en algunos casos, por excepción, podría ser utilizado para combatir el insomnio, sea ó no pruriginoso, de los eczematosos, por un tiempo limitado ó únicamente en sus comienzos.

E.—El *sulfonal* y el *trional*, en igualdad de condiciones, son agentes de seguro y eficaz auxilio, administrados á las dosis variables de 0^{gr},50 á 2 gramos cada veinticuatro horas, siendo con bastante frecuencia bien tolerados por la piel eczematosa.

F.—El *cloral* y los *bromuros*, solos ó asociados (bromidia), administrados por las vías ordinarias, á las dosis conocidas y teniendo en cuenta la tolerancia de cada individuo, sirven para cumplir la indicación mixta analgésica ó hipnótica en sus diferentes formas.

En los recién nacidos y en los niños, conviene casi de un modo exclusivo el bromuro de potasio, anestésico, hipnótico y diurético, el que se administrará por la noche durante cuatro ó cinco días seguidos, suspendiendo luego su uso por un tiempo igual, para tomarlo otra vez, según los casos, de la misma manera; estas interrupciones son de absoluta necesidad si se trata de recién nacidos y de niños. En los recién nacidos, hasta los seis meses, se dará el bromuro en enemas y desde los seis meses en adelante lo toman fácilmente con agua azucarada ó con la leche. Las dosis Julio Simón las regula del modo siguiente: hasta los tres meses, 0^{gr},10, 0^{gr},15, 0^{gr},20; de tres á seis meses, 0^{gr},30 á 0^{gr},40; de seis á doce meses, 0^{gr},40 á 0^{gr},60; de uno á dos años, 0^{gr},50 á 1 gramo.

Deberá comenzarse siempre por pequeñas dosis; se ejercerá la vigi-

lancia que constantemente requiere la medicina infantil, recordando además que el bromuro habrá de suspenderse al cabo de cuatro ó cinco días de su empleo y no se volverá á tomar hasta después de transcurridos igual número de días. Por nuestra parte, hemos observado con harta frecuencia las erupciones brómicas en los recién nacidos, para que insistamos en la misma recomendación, aun en el caso en que nada fuera de temer desde el punto de vista general.

G. — La *antipirina*, y probablemente aún más la *fenacetina*, desde el punto de vista de la tolerancia cutánea, pueden ser utilizadas en algunos eczemas, como excepción y á título provisional; su acción antipruriginosa propiamente dicha es eventual, irregular, enteramente individual, y especialmente respecto de la *antipirina* es preciso recordar que no son raras las intolerancias.

H. — Por último, á dosis comunes cabe utilizar la acción analgésica del *salicilato de sosa*, pero teniendo presente también que no siempre es tolerado por la piel eczematizada.

V

Medicaciones especiales y aguas minerales

No existen, en realidad, medicamentos internos especiales para combatir el eczema, y no se conoce ninguna substancia medicamentosa que, administrada por la vía digestiva ó por la hipodérmica, ejerza sobre los fenómenos de la eczematización una acción inhibitoria bastante eficaz para determinar su desaparición sin el concurso de una medicación local. La terapéutica interna del eczema cuenta, sin embargo, con algunos medicamentos consagrados por una tradición médica que se impone, y éstos son los que ahora vamos á indicar brevemente.

A. — MEDICACIÓN ARSENICAL. — PAPEL TERAPÉUTICO É INDICACIONES FARMACOLÓGICA. — MODO DE USARLA Y DOSIS

1.º Papel terapéutico é indicaciones

El más usado de los agentes medicamentosos que se emplean en el tratamiento del eczema es el arsénico, en virtud de su eliminación normal por la vía epitelial ordinaria, así como por los aparatos diferenciados de la epidermis, comprendiendo en ellos los apéndices de la piel. La acción muy compleja de este medicamento, demostrada de un modo irrecu-

sable por su eliminación en substancia por las vías epiteliales y foliculares, y de la cual apenas comenzamos á vislumbrar algunas razones científicas, lo demuestran las melanodermias, las keratosis y las foliculitis, etc. Su poder excitante, epidermotrófico, queda más que suficientemente demostrado por lo que se observa, aumentado y patológico, en los individuos que no toleran el arsénico, á los que ocasiona hipereromatosis, hiperkeratosis, perifoliculitis, etc.

El arsénico ejerce sobre la función hemoglobular y sobre la nutrición general una acción positiva que comprende desde la excitación fisiológica hasta la alteración de la función, si las dosis rebasan la normal de cada individuo, que es muy variable según los sujetos.

La acción modificadora del arsénico sobre la eczematización de la piel tampoco puede negarse, pero no es específica, ni universal, ni constante, ni uniformemente favorable. Se comprenderá esto, si se recuerda que la causa de la irritación eczematógena es múltiple, y que es preciso contar siempre con un elemento individual, la irritabilidad propia del tejido, factor esencial en el conflicto orgánico que constituye, para los tejidos, la vida patológica.

En resumen, puede afirmarse que su acción general y local, — excitante, trófica, sustitutiva, reductora, «antiparasitaria», — habrá de utilizarse sobre todo en los casos tórpidos, en las especies diatésicas crónicas, en las formas rebeldes á las medicaciones externas keratoplásticas, en las fases decadentes, en las variedades secas, psoriasiformes, liquenificadas, córneas, en las cuales la *diskeratosis* parece sobrevivir al *molimen* parakeratótico.

La excitación general ó local del arsénico no conviene, de ordinario, en las formas agudas, ni en los períodos de eretismo vascular y epitelial, como tampoco en las variedades activas, invasoras, exudativas, flóridas, sobre todo si son recientes ó se extienden á grandes superficies. Quedan exceptuadas de esta regla algunas formas limitadas á las extremidades por ejemplo, ó al cuero cabelludo, como también ciertos individuos para quienes el arsénico es *bueno para todo*, no produciendo en ellos «brotes», y resultando favorecidos por el uso de este medicamento aun en el período de actividad del eczema, — acción «secante», — merced sin duda al mecanismo de la irritación sustitutiva, en oposición á lo que ocurre en otros individuos, que no toleran en absoluto el medicamento á ninguna dosis y en los que el arsénico no *sirve para nada*.

El arsénico, por último, aun convenientemente administrado, perjudica á algunos eczematosos, provocando en ellos trastornos digestivos acentuados con todas sus consecuencias directas é indirectas, y determi-

nando en otros discardia, aritmia, palpitaciones, etc. Estos últimos fenómenos, tan poco conocidos, al lado de las exacerbaciones que sufren á veces los fenómenos de la eczematización, demuestran cuán inmotivado es el abuso que se hace del arsénico así en el eczema como en casi todas las dermatosis.

2.º Farmacología

A. — *Ácido arsenioso*. — Dos formas medicamentosas principales: gránulos «de Dioscórides» dosificados á 1 miligramo, y píldoras asiáticas del Códex francés dosificadas á 5 miligramos.

Ácido arsenioso.	0 gr. 50 centigr.
Pimienta negra pulverizada.	5 gramos
Goma arábiga pulverizada.	1 gramo
Agua destilada.	c. s.

Mézclese con el mayor cuidado y divídase en 100 píldoras.

B. — *Arseniato de sosa*; gránulos; soluciones fuertes; soluciones débiles.

a) *Gránulos*. — Dosificados al miligramo de arseniato de sosa, que equivale á un tercio de miligramo de ácido arsenioso.

b) *Soluciones fuertes*. — Licor de Pearson, de escaso uso en Francia, de dosificación relativamente poco elevada, algo menos de 1 miligramo por cada X gotas.

Arseniato de sosa cristalizado.	0 gr. 05 centigr.
Agua destilada.	30 gramos

Disuélvase.

c) *Soluciones débiles*. — Según nuestra fórmula, cada cucharada de café contiene 1 miligramo de arseniato.

Arseniato de sosa.	0 gr. 02 centigr.
Agua destilada.	100 gramos

Disuélvase.

En el hospital Saint-Louis, en donde se entrega gratuitamente á los enfermos de fuera una solución de arseniato de sosa en cantidad suficiente para ocho días de tratamiento, se ha creído prudente rebajar el tipo de la solución á 0^{gr}.002 de arseniato de sosa por cada cucharada de sopa de 15 gramos, dosis media para una toma.

Arseniato de sosa.	0 gr. 433 miligr.
Agua destilada.	1000 gramos

Disuélvase.

C. — *Arsenito de potasa*; gránulos; soluciones.

a) *Gránulos* dosificados al miligramo.

b) *Soluciones*. — Solamente se usa — como solución fuerte — el licor de Fowler. Un gramo ó XX gotas contienen un centígramo — diez miligramos — de ácido arsenioso, y cada gota medio miligramo.

Acido arsenioso.	1 gramo
Carbonato de potasa puro.	1 —
Agua destilada.	95 —
Alcoholato de melisa compuesto.	3 —

M. s. a.

D. — *Aguas arsenicales*. — La más típica en Francia es el agua de la *Bourboule* (mezcla de los manantiales Perrière, Sedaiges y Choussy, similares), que contienen de veinticinco (Wilm) á veintiocho (Bouis y Lefort) miligramos de arseniato de sosa por litro, — 0,009 miligramos de *ácido arsenioso* — ó sea 2 miligramos y medio de *arseniato* por cada 100 gramos de agua y 5 miligramos por cada vaso graduado de los que se usan generalmente en los establecimientos de aguas minerales, que es de 200 gramos. Cuando no se tolera el agua de esas fuentes, se recurre al manantial Clémence, cuyas aguas contienen magnesia y una débil cantidad de arsénico.

3.º Dosis y administración

No cabe fijar de un modo general, en el tratamiento del eczema, las dosis de arsénico que deben emplearse, y sólo puede procederse en esto con acierto atendiendo á las condiciones particulares de cada enfermo, según su edad, el estado de sus vías digestivas y de su circulación general, según la acción que aquél ejerza sobre la eczematización y también de conformidad con la tolerancia del individuo. No solamente la tolerancia, sí que también la dosis activa, varían en cada enfermo.

En el adulto, puede considerarse como dosis de regular actividad, sobre la lesión eczematosa, la de 5 miligramos en las veinticuatro horas; á veces es necesario prescribir 1 centígramo ó más por día, reclamando entonces la medicación una atenta vigilancia. En algunos individuos, puede llegarse sin gran dificultad á la dosis de 1 centígramo y medio, la que sólo en casos raros resulta insuficiente. Cuando estas dosis ú otras más fuertes deben prolongarse por algún tiempo, será prudente rebajarlas momentáneamente de vez en cuando, y una vez haya de suspenderse la medicación, no se hará nunca de un modo brusco, puesto que la supresión inmediata del arsénico puede determinar una astenia grave.

La administración *subcutánea* del arsénico puede utilizarse en el tratamiento de algunas formas rebeldes del eczema, ya por razón de la intolerancia de las vías digestivas, ya para aplicar cualquier otro medio de acción ó para obrar de un modo más enérgico. En este caso, la dosificación debe ser rigurosamente exacta y la primera inyección será de pequeña dosis,—una gota solamente de solución de Fowler, es lo que se emplea de ordinario. Nuestra fórmula es la siguiente:

Licor de Fowler aséptico. XL gotas
 Agua destilada hervida. c. s. para hacer 10 cent. cúb.

M. s. a.

Colóquese en un frasco aséptico cerrado herméticamente.

Cada jeringa de 1 centímetro cúbico contiene IV gotas de licor de Fowler y cada cuarto de jeringa una gota. Estas inyecciones exigen la completa asepsia de la piel, del líquido inyectado, de la jeringa, de la aguja, etc., y como en todas las inyecciones hipodérmicas, aconsejamos que se introduzca la cánula aislada, practicando luego la inyección con mucha lentitud.

B.—MEDICACIÓN ALCALINA

A pesar de las negativas y de las cuestiones acerca del nombre dado á la cosa que se han suscitado, principalmente fuera de nuestro país, sobre lo que hemos designado con el nombre de artrismo, esta denominación representa un hecho real y positivo en la práctica, encontrándose comúnmente alguna de sus enfermedades elementales en los eczematosos: hiperuria, diátesis ácida, gota, litiasis urinaria y biliar, reumatismo, asma, obesidad, diversas clases de diabetes, irritabilidad y fragilidad generales de los revestimientos epiteliales y endoteliales, carcinosis diversas en los períodos avanzados de la diátesis, etc.

En la mayoría de estos casos están indicados los agentes de la medicación alcalina, y el médico que por sistema, prive á los enfermos de estos recursos, limitará singularmente la favorable influencia que puede ejercer sobre las manifestaciones eczemáticas, á las que los artríticos se hallan particularmente expuestos.

La medicación alcalina es sobrado conocida de los médicos para que debamos entrar en detalles é indicar las fórmulas y las dosis.

El más en boga de los agentes de la medicación alcalina es el *bicarbonato de sosa*, debiendo moderarse las dosis en el tratamiento del eczema, cuando su uso se continúa por algún tiempo. Se administra en solución acuosa, con diversos jarabes, entre los que se emplean de ordi-

nario los de cortezas de naranjas amargas, de saponaria y de especies «antiescorbúticas»; nosotros damos generalmente las tomas diluídas en una infusión como la de *hojas de fresno*, cuya acción no es del todo indiferente. La dosis media de los jarabes alcalinos es de 3 por 100, y los enfermos toman, según los casos, de una á cuatro cucharadas de 20 gramos cada veinticuatro horas.

En cuanto á las diversas combinaciones *sódicas* ó *litinadas*, *saliciladas* y *benzoatadas*, y respecto de las *aguas minerales alcalinas*, nos sugerirá su indicación particular la naturaleza de la lesión artrítica individual que debe combatirse, mejor que la forma de la eczematización.

En la serie de aguas alcalinas, la estación de *Royat* (Puy-de-Dôme) es la especialmente indicada para el tratamiento de los eczemas, dando buenos resultados en los eczemas crónicos de naturaleza artrítica, ó desarrollados en artríticos, y en particular en los individuos débiles ó que estén debilitados. Los glucosúricos eczematosos reportarán grandes beneficios del empleo simultáneo de la medicación interna y del baño, resultando particularmente favorecidas las mujeres glucosúricas atacadas de eczema vulvar, y muchas otras que estén afectas de prurito vulvar, con ó sin lesiones, dependiente sobre todo de la menopausia y otras diversas alteraciones de la orina además de la glucosuria.

A los individuos en que se revele claramente su naturaleza «linfática» — artro-linfáticos, — ó «escrófulosa», les convendrán las aguas bicarbonatadas clorurado-sódicas de *Saint-Nectaire* (Puy-de-Dôme) y no las de Royat.

Las aguas cloruradas, arsenicales, yoduradas, sulfurosas, etc., prestarán mejores servicios á los escrófulo-tuberculosos, á los tuberculosos y á los que presentan localizaciones en la cara ó en el cuero cabelludo, adenopatías acentuadas, etc., como las aguas litinadas, las aguas minerales eliminadoras diuréticas, *Contrexéville*, *Vittel*, *Evian*, etc., útiles á los eczematosos en general, serán aplicables de un modo especial á los de la serie úrica.

C. — MEDICACIÓN SULFUROSA

Háyase dicho del azufre lo que se quiera, lo cierto es que, bajo diversas formas, no ha cesado de emplearse en el tratamiento de los eczemas, y precisamente contra el abuso que de él se ha hecho en la medicación interna y en los balnearios, — abuso este último que persiste todavía en la práctica de algunos médicos y en la costumbre popular — que se ha reaccionado con justicia, á medida que «los dartros» han sido

diferenciados para constituir el cuadro actual de las afecciones cutáneas especificadas.

Afirmar que la crítica no ha traspasado sus límites, fuera sostener lo que no ha ocurrido jamás y apartarnos de la realidad de las cosas; pero hoy que ha pasado ya el período de viva discusión, es posible examinar con calma esta cuestión, que nuestros próximos antepasados trataron tan apasionadamente.

Podremos prescribir, con beneficiosos resultados, pequeñas dosis de *azufre* al interior á los eczematosos jóvenes, linfáticos, escrófulo-tuberculosos, y con mejor éxito en forma de agua sulfurosa natural, mezclada con leche, una ó dos veces al día: el *agua sulfurosa de Labassère*, por ejemplo, á la dosis de 20 á 100 gramos. Con mucho cuidado hemos prescrito el *ictiol* —sulfo-ictiolato de sosa—á diferentes dosis, sin acción perjudicial para el eczema, observando con frecuencia una tolerancia para dicho medicamento que no esperábamos; sin embargo, la forma de administración del azufre por las aguas minerales naturales, nos ha parecido siempre preferible y más adecuada al fin diatéxico ó específico que se persigue.

Gran número de aguas minerales sulfurosas naturales —sulfurosas, sulfuradas, simples, mixtas, s.-cloruradas, sódicas, cálcicas, bicarbonatadas, yoduradas y bromuradas sódicas, etc.— pueden utilizarse fuera del manantial ó en el mismo bajo la experta dirección y vigilancia facultativas. A la mayor parte de esos manantiales acuden eczematosos y en algunos en número considerable. Se proibirán á los eczematosos congestivos hipernerviosos, cardíacos, y á aquellos cuya eczematización se presenta desde el primer momento aguda, flórida, intensa, generalizada, irritable; al paso que, salvo algunas particularidades teóricas ó empíricamente precisadas, pueden aconsejarse á los individuos jóvenes, á los anémicos, linfáticos, tan numerosos en la descendencia de los artríticos. Los tuberculosos ó los escrófulo-tuberculosos afectos de eczema, que pueden reportar beneficios para sus lesiones viscerales ó ganglionares del uso de las aguas de *Barèges*, *Cauterets*, *Eaux-Bonnes*, *Amélie-les-Bains*, *Allevard*, etc., podrán también utilizar esta cura para el tratamiento de sus manifestaciones eczematosas, con la condición de que sea éste bien dirigido y vigilado. Con esta circunstancia, lo repetiremos, cabe servirse de toda la serie de aguas sulfurosas, —*Saint-Sauveur*, *Eaux-Chaudes*, *Vernet*, la *Preste*, *Olette*, *Moligy*, *Enghien*, *Pierrefonds*, *Saint-Honoré*, *Ax*, *Aix*, *Bagnères-de-Bigorre*, etc.; *Luchon*, *Saint-Gervais*, *Uriage*, *Challes*, etc., etc.

Luchon conviene de un modo especial á los eczematosos que puedan

reportar buenos resultados de la medicación sulfurosa general y á aquellos que, por el estado subagudo ó crónico de la eczematización, se hallan en condiciones de mejorar también con el uso externo de dichas aguas.

Saint-Gervais ha sido recomendado principalmente por Hardy en las formas crónicas, para los eczematosos gastrálgicos nerviosos, por razón de ser sus aguas débilmente sulfuradas, de temperatura moderada, de tener propiedades diuréticas, diaforéticas, etc., y pueden aconsejarse principalmente, añadiremos por nuestra parte, porque la observación demuestra que, en efecto, son bien toleradas por los eczematosos irritables. Molitg, Saint-Sauveur, Enghien, etc., pueden obtener análogas aplicaciones.

Uriage no está indicado para los eczematosos neurósicos ó gastrálgicos, como tampoco para los que presentan una diátesis congestiva manifiesta; entrando en su composición, en un grado moderado, los principios activos de los manantiales sulfurosos y salinos, estas aguas convienen á los eczematosos precoces y á los linfáticos hereditarios. Independientemente de su acción local, el agua clorurado-sódica y sulfurosa de Uriage usada al interior desempeña un papel importante como modificador general, tónico y reconstituyente, y como agente específico según que se administre á dosis alterante, laxante ó purgante. Sus propiedades diuréticas y laxantes cabe utilizarlas con prudencia y cuidado en los eczematosos de alternativas morbosas, enfisematosos, bronquíticos, ó afectos de insuficiencia hepática ó renal.

Las aguas de *Challes*, bicarbonatadas, yoduradas, bromuradas, sódicas é hipersulfurosas, prescritas al interior constituyen un medio de acción múltiple, aplicable al estado diatésico común de los eczematosos artro-linfáticos, linfáticos, escrófulo-tuberculosos, — regulándose por el médico su acción alterante, modificadora y derivativa. Estas aguas, á pesar de su intensa mineralización, son generalmente toleradas al interior á dosis que parecerían excesivas si la experiencia no hubiese demostrado lo contrario, puesto que de 200 gramos, dosis inicial, ha podido llegarse á 600 y 800 gramos en las veinticuatro horas.

III

TRATAMIENTO EXTERNO DEL ECZEMA

- I. *Nociones preliminares.* — Investigación de la condición etiológica local. — Focos iniciales y reliquias. — Asepsia; oclusión. — Indicaciones según el período — Tolerancia individual. — Precauciones especiales de la primera edad. — Antipruriginosos locales. — Contraindicaciones del empleo de una medicación local activa. — Necesidad de la dirección efectiva del tratamiento externo por el médico.
- II. *Medicaciones externas.* — Polvos. — Lociones. — Pulverizaciones y duchas. — Agua fría y refrigeración. — Baños simples y baños compuestos. — Práctica hidromineral externa. — Cataplasmas. — Oclusión impermeable mediata ó envolturas húmedas simples y compuestas. — Oclusión impermeable inmediata. — Tópicos grasos. — Adhesivos. — Jabones. — Medicación anodina, oclusiva, resolutive, keratoplástica. — Medicación sustitutiva, reductora, cáustica. — Electroterapia.

I

Nociones preliminares

El tratamiento externo del eczema cuenta con un gran número de agentes medicamentosos, siendo muy complejo en sus diversos modos de obrar y en sus modos de aplicación. Por la variedad de formas y por las diferencias que presentan los individuos respecto de la tolerancia de los agentes externos, etc., varía el tratamiento en una extensa gradación, desde las curas más anodinas hasta las medicaciones cuya acción es muy intensa. Repetidas veces, en el curso de la evolución, será necesario modificar las curas, según los períodos, las interferencias, etc.; y en distintos eczematosos, los mismos medicamentos externos, en condiciones sensiblemente idénticas, obrarán de diversa manera, y hasta en un mismo eczematoso, lo que dió resultado la víspera fracasará al día siguiente ó viceversa. En varias clases de eczema, como ocurre también en otras enfermedades, existen momentos oportunos — momentos críticos — en los cuales es fácil conseguir un éxito, sucediendo á veces que el enfermo mejor tratado, al acabar la paciencia, procura el éxito al último médico á quien se ha confiado. El médico que haya de tratar eczematosos deberá estar prevenido sobre esos reveses, á los que nadie escapa, ni aun los más cuidadosos, expertos y afortunados.

A. — INVESTIGACIÓN DE LA CAUSA LOCAL

Se obrará siempre cuerdamente si se trata de investigar la causa local, con el mismo cuidado que se emplea en inquirir las condicio-

nes intrínsecas, el estado diatésico, etc., á fin de suprimirla si aún persiste ó de prevenir su reaparición ulterior si ha desaparecido.

Colocaremos en primer lugar las aplicaciones irritantes—casi siempre hechas ya— de linimentos, ungüentos vulgares, empleados por diversos traumatismos—de «antisépticos», especialmente el yodoformo, el salol, el ácido fénico, el biyoduro de mercurio, el ácido salicílico, las aguas «vulnerarias», la tintura de árnica, etc., etc.;—los «revulsivos», y también en algunos individuos de piel intolerante, los simples aglutinantes, las cataplasmas de harina de linaza, los impermeables de todas clases, cuya extensión rebasa los límites del apósito, etc., etc. Habrá que examinar igualmente la influencia de la acción solar sobre el rostro, la nuca y el dorso de las manos; las condiciones del oficio ó industria, — el cemento y el yeso en los albañiles y yeseros, las sales de sosa y de potasa en los tenderos de comestibles y drogas; el jabón y las lejías químicas en las lavanderas; las aguas de lavar los platos y el calor de los hornillos en las cocineras, cocineros y mozos del oficio; por último, los diversos agentes especiales en los impresores, litógrafos, grabadores, mecánicos; los que trabajan en los fuelles, moledores de substancias químicas y farmacológicas, refinadores de azúcar, manipuladores de lino, sombrereros, curtidores, tintoreros, floristas, coloristas, plumajeros, etc., etc. En las mujeres especialmente, los cosméticos de mala calidad, las «aguas» de todas clases, las tinturas para el cabello, los «depilatorios», las lejías, los polvos colorantes y perfumados, etc., etc.

Con el mismo cuidado se investigará la acción irritante de las secreciones sudoral y sebácea, — regiones pilosas, grandes pliegues; — de los vestidos de lana; de la orina hiperúrica, amoniacal, azucarada, etc., sobre el prepucio, el miembro, el escroto, la vulva y las partes contiguas en los incontinentes, enfermos de la vejiga, urinarios de toda clase, etc., etc.; y en los eczemas orbitales, palpebrales, subnasales, peribucales, auriculares, de la región anal, etc., la acción de las secreciones y de las excreciones normales ó alteradas.

En los casos dudosos se buscarán los parásitos animados, traumatizantes, venenosos, provocadores del prurito y del rascarse, eczematógenos activos en los niños y en los viejos —piojos de la cabeza, del cuerpo ó de los vestidos, piojos del pubis (*phthirius*), ácaros, *dermanysse*s, *acutats*, etc.). El medio más rápido y seguro de curar en esos diversos casos la eczematización consiste en la destrucción de los parásitos; y si las lesiones producidas son intensas y se extienden á grandes superficies, ó bien se trata de eczemas en su fase inicial ó también en los niños en la primera infancia en todos los grados, es preciso

recurrir á los parasiticidas anodinos y *diferir* el empleo de los agentes enérgicos.

Los microfitos *clasificados* — favus, microsporos y tricoftos tineógenos, microsporon farfur, microsporon de Eischtedt, microsporon minutissimum, — desempeñan en la génesis de la eczematización un papel relativamente poco manifiesto; pero accesoriamente constituyen verdaderos agentes irritantes que crean un estado de marcada predisposición en las regiones donde se han establecido.

En los pruriginosos, el rascarse viene á ser la más importante causa de eczematización, y en los eczematosos, agrava las lesiones ya constituidas; en unos y otros se protegerá la piel con envolturas apropiadas.

En el decurso de esta información preliminar no se omitirá investigar si la eczematización es secundaria á alguna otra alteración de la piel, general ó local, que pueda modificar la reacción terapéutica — varices, hiperhidrosis, esteatorrea, xerodermias ictiósicas y anhidróxicas, etc.; pruritos de todas clases, eritemas urticados, liquenizaciones diversas, etc.

B. — FOCOS INICIALES Y RELIQUIAS

Aunque en el cuerpo exista sólo un primero y único foco de eczematización, y por más que sea de mediocre importancia, es preciso tratarlo pronto y con el mayor cuidado, aplicándole un apósito rigurosamente oclusivo, y esto por las razones expuestas por Kaposi en los siguientes términos:

Por el mero hecho de desarrollarse un eczema en una sola región del cuerpo, «la piel es asiento de una alteración morbosa de la que resulta que la menor irritación, — como la que puede producir el roce de la ropa, la más ligera rasgadura, ó el calor de un baño, — es suficiente para provocar un eczema, que puede también sobrevenir más tarde á consecuencia de una alteración refleja de los vasos.»

Para precisar mejor esto, pongamos un ejemplo: un individuo que haya ó no padecido anteriormente de eczema, por un traumatismo ó dolor localizado, se cubre ó fricciona las regiones traumatizadas ó dolorosas con lienzos empapados de alguna substancia «fuerte», — alcohol alcanforado, trementina, diversos linimentos excitantes, etc.; — haya ó no conseguido con esto un resultado, en el punto de aplicación del remedio la epidermis *ha cedido*, formándose una chapa exudativa, con costras, que se extiende más ó menos, y luego, en los días siguientes, sin nueva aplicación externa, aparecen en la cara, en el cráneo, en todo el cuerpo, erupciones rojas vesiculosas sin ninguna relación de continuidad con el

foco primitivo. En este estado el enfermo llega al hospital, afecto de un eczema rojo exudativo, diseminado, generalizado, cuya curación va á ser difícil, necesitándose bastante tiempo para conseguirla. Este individuo, eczemmatizado por modo accidental, se ha convertido en eczematoso.

Dos hipótesis: *a)* Transmisión refleja. — Constituye la hipótesis de Kaposi, pero es únicamente aplicable al desarrollo del eczema en puntos homólogos; no existe, sin embargo, una regla sobre este particular, siendo la cara y los antebrazos las regiones más ordinariamente atacadas. *b)* Transmisión por autoinoculación. — Esta opinión parece más admisible; el rascarse y el transporte de un elemento irritante cualquiera, sea ó no parasitario, pueden darnos la explicación del desarrollo de nuevos focos; el parasitismo secundario de los focos iniciales infectaría la economía y produciría los focos ulteriores.

Lo que interesa tener presente es que el sujeto que presenta un foco de eczemmatización activo, aunque sea de causa extrínseca, está *amenazado* de los peligros de la transmisión y de la generalización, y que los focos primitivos deben desinfectarse con minuciosidad, aseptizarse y ocluirse completamente.

Cuando el foco aislado, único ó múltiple, que se observa con tanta frecuencia en el cuero cabelludo, en los pliegues, en los conductos auriculares, el ombligo, el ano, en los grandes pliegues de contacto, y muy especialmente en los miembros inferiores varicosos, en vez de ser inicial es una *reliquia*, puede también ser el punto de partida de una generalización eczemática, y requiere por consiguiente los mismos cuidados de tratamiento y de protección que es preciso aplicar á los focos primitivos.

C. — ASEPSIA. — OCLUSIÓN. — REPOSO FUNCIONAL, ETC.

Entre las indicaciones inmediatas generales y comunes que deben cumplirse, ocupa el primer lugar la restitución al estado simple de las eczemmatizaciones complicadas, infectadas secundariamente, — impetiginización, foliculitis, etc. Con las pulverizaciones, las lociones, las cataplasmas, las envolturas húmedas simples medicamentosas que indicaremos más adelante (págs. 114 á 127), se consigue en general, y por modo rápido, la desaparición del elemento extrínseco. Todos los lienzos y emplastos, etc., sean cuales fueren, que hayan estado anteriormente en contacto con las superficies enfermas, se quitarán para destruirlos, sin que por ningún motivo se apliquen de nuevo; al cuerpo del enfermo y á las superficies eczemmatizadas se les sujetará á un lavado aséptico completo, bien por medio de un baño, ya por medio de lociones localizadas, simples ó

jabonosas, y se dispondrá todo de suerte que en lo sucesivo las aplicaciones sean asépticas. Durante estas operaciones preliminares se tomarán las medidas oportunas para sustraer á las superficies eczematizadas del acceso de microbios piógenos, á los que son debidas las más numerosas y diversas complicaciones.

Por razones análogas, esto es, á fin de evitar que se contaminen las superficies eczematizadas por los cuerpos que revolotean por la atmósfera, lo mismo que para librarlas de la acción irritante intrínseca del aire, los apósitos deberán ser oclusivos, procurando al mismo tiempo que las regiones enfermas queden expuestas al aire el menor tiempo posible.

Las superficies y las regiones eczematizadas se someterán, durante el período de irritación, al reposo funcional, al abrigo de los traumatismos y en la posición conveniente, procurando, del modo más perfecto posible, que no permanezcan en posición declive, ni en ninguna otra que pudiera dificultar el funcionamiento de las circulaciones locales; en los eczemas de los miembros, la inmovilización y la elevación constituyen una condición absoluta para conseguir de un modo rápido la curación.

D. — INDICACIONES LOCALES SEGÚN EL PERÍODO

El eczema, por variable que sea su evolución, presenta, de ordinario, una natural tendencia hacia la curación, la que, desde el punto de vista de las reacciones terapéuticas locales, puede dividirse en tres períodos: *a)* un período primario, inicial, agudo, ascendente, durante el cual las lesiones crecen en extensión ó en intensidad y algunas veces en extensión y en intensidad; *b)* un período consecutivo, en el que las alteraciones cesan de desarrollarse en superficie ó en profundidad ó en los dos sentidos á la vez; este período, á veces corto, es con frecuencia duradero, constituyendo el período de estado, interrumpido ó no por paroxismos; *c)* por último, un tercer período, de declinación, de decrecimiento y de restauración hacia la integridad. A cada uno de estos períodos corresponden indicaciones especiales; pero la regla, tal como nosotros la dejamos establecida, contiene gran número de excepciones.

E. — TOLERANCIA INDIVIDUAL

En todos los casos de eczema, cuando se ignora la tolerancia especial del individuo para los diversos agentes de la medicación externa, y si además no se tiene un conocimiento cierto del efecto producido por estos agentes medicamentosos, ó si, por último, no se está del todo familiari-

zado con las dosis, constituye una regla de *prudencia elemental* la de no recurrir en un principio más que á los apósitos asépticos anodinos, calmantes, emolientes, antiflogísticos, que indicaremos detalladamente al mismo tiempo. Si la eczematización es, por ejemplo, aguda, muy extensa: cura seca, polvos inertes; si es aguda y localizada: curas húmedas anodinas, compresas con agua hervida aplicadas tibias, ó envoltura de gasa aséptica impregnada de linimento óleo-calcáreo esterilizado; si hay costras: cataplasmas de fécula hervida aplicadas tibias. Cuando el eczema es escamoso, seco, liquenizado, psoriasiforme, etc., comenzar el tratamiento por aplicaciones análogas ó por pomadas indiferentes, glicerolado de almidón, vaselina, aleptina, cerato fresco, cold-cream fresco, etc., con un 5 por 100 de óxido blanco de zinc ó de subnitrito de bismuto.

Por falta de una prudente dirección en las medicaciones que se aplican al tratamiento local del eczema, muchas de ellas fracasan ó determinan una viva exacerbación de la lesión eczematosa. De la misma manera que en un gran número de gastropatías ha de atribuirse su agravación considerable á los medicamentos prescritos, así también muchos casos de eczema reconocen como única causa de su gran extensión, duración, ó de su muy intensa exacerbación, las aplicaciones locales demasiado activas ó empleadas de una manera prematura.

El mejor tratamiento, así para el eczema como para las afecciones del estómago, la blenorragia y demás enfermedades, es el que se aplica con verdadera oportunidad. Así, entre los casos de eczema cuya curación se obtiene únicamente por los métodos locales de reducción, sustitución, etc., hay un buen número que experimentarían una exacerbación más ó menos violenta si *de momento* se les sujetara á aquel tratamiento sin haber sufrido antes la acción del tratamiento preparatorio, habiendo muchos que curan merced al mismo.

F. — PRECAUCIONES ESPECIALES DE LA PRIMERA EDAD

Estos preceptos son absolutos, principalmente en el tratamiento de los eczemas de la infancia.

Los baños, cualesquiera que sea su clase, se prescribirán á los niños con cierta parsimonia, y en la mayoría de los casos de eczematización rezumante como en todos los de eczematización infectada, son perjudiciales y susceptibles de propagar y multiplicar los focos. Los cuidados de limpieza aséptica han de ser objeto de grande atención, practicándose los lavados por medio de algodón hidrófilo con agua hervida, templada, sola

ó con los diversos agentes que se indicarán más adelante, comenzando por pequeñas dosis y espolvoreando después la piel con sumo cuidado.

Las superficies eczematizadas, una vez asépticas, se limpian y envuelven con compresas mojadas de lienzo fino ó emplastos, etc., debiéndose siempre obliterarlas y protegerlas contra la acción del rascarse y las inoculaciones secundarias. El eczema de la infancia se trata por iguales procedimientos que el eczema de las demás edades, pero aplicando á este tratamiento todas las atenuaciones, cuidados, reglas de prudencia y precauciones minuciosas que reclaman todas las enfermedades de la primera infancia.

G. — ANTIPRURIGINOSOS LOCALES

Una de las primeras y más naturales preocupaciones en el tratamiento del eczema es la de encontrar un antipruriginoso local; pero, en general, el mejor y más seguro antipruriginoso local para un eczema, sea de la clase que fuere, lo constituye un apósito oportunamente aplicado y concebido y ejecutado con acierto. Ciertamente los analgésicos locales, químicamente no irritantes, como la morfina y la cocaína solas ó asociadas, pueden á veces usarse sin peligro; pero esto sólo podrá hacerse por un breve espacio de tiempo, á dosis cuidadosamente calculadas, y en superficies limitadas, tales como la mucosa conjuntival, la vulva, el ano, pequeñas eczematizaciones intertriginosas, y en las fisuras de los pliegues, etc. Cuando la piel está eczematizada y *abierta* en alguna extensión, será peligroso emplear dosis activas; para la primera y hasta para la segunda infancia, esta contraindicación es general y absoluta.

Prescindiendo de ciertas condiciones primarias ó concomitantes, como, por ejemplo, el prurito senil inextinguible, todo eczema cuya medicación diatésica, cuya dietética é higiene generales han sido debidamente reglamentadas, y sin embargo continúa siendo pruriginoso, ha de atribuirse casi siempre á que no ha sido tratado localmente ó por la vía interna en la forma que convenía á las circunstancias del caso, y dado que la medicación fuera adecuada, su aplicación ha sido bajo toda probabilidad defectuosa. En los casos ordinarios, el eczema tratado debidamente, aseptizado y curado según las reglas, se convierte más ó menos rápidamente en apruriginoso.

Citemos algunos ejemplos: *a)* en un enfermo que presenta una eczematización difusa se han agotado sin resultado todas las medicaciones locales, todos los antiespasmódicos, analgésicos é hipnóticos generales ó locales; no se ha previsto, sin embargo, que se trataba de un glicosú-

rico, y tan pronto esto ha sido comprobado y se ha conseguido la desaparición del azúcar en la orina, no solamente cesa el prurito sí que también las más de las veces cura la eczematización con rapidez. De un modo no tan evidente, pero igualmente real en su acción, las medicaciones apropiadas producen buen resultado en las demás alteraciones urinarias eczematógenas ó provocadoras del prurito.

b) Supongamos, por otra parte, un enfermo cuyo tratamiento *general* ha sido bien reglamentado, pero se le dan baños de elevada temperatura, repetidos, ó de composición contraindicada; no se han olvidado las lociones hidrargíricas ni las célebres pomadas tan en boga y, no obstante, la eczematización progresa incesantemente y el prurito es excesivo. Suprímense los baños, háganse con sobriedad simples lociones con agua hervida ó infusiones emolientes ó ligeramente alcalinas (véase más adelante); cúrese por medio de polvos ó empléese debidamente la oclusión húmeda, la oclusión con caucho y se verá desaparecer el prurito rápidamente.

La aplicación de los analgésicos locales propiamente dichos es, pues, siempre eventual, no produciendo á menudo resultados ó haciéndose impracticable; el verdadero tratamiento del prurito de los eczematosos corresponde en especial á las medicaciones propiamente dichas, de que hemos hablado ya precedentemente, págs. 90 á 94.

H. — CONTRAINDICACIONES DE UNA MEDICACIÓN LOCAL ACTIVA

Las más de las veces, aunque el eczema cure por procedimientos rápidos y casi siempre exclusivamente externos, no se produce ni durante el tratamiento ni consecutivamente al mismo ninguna reacción visceral ó de otra clase; esta regla, sin embargo, no es absoluta. En efecto, puede suceder que un foco de eczematización constituya, respecto de otra afección distante ó de la proximidad, una especie de derivación ó de revulsión y que estos dos elementos morbosos se conviertan en los términos alternantes de una enfermedad diatésica ó de una afección regional localizada.

En el primer caso, consecutivamente á la supresión del emunctorio de un eczema rezumante, se manifiesta una afección supletoria ó suplementaria; en el segundo, al desaparecer el eczema, reaparece la lesión regional. Sea cual fuere, por lo demás, la interpretación teórica de estos casos, lo cierto es que por la observación se comprueba su verdadera existencia, la clínica los pone de manifiesto de un modo innegable y no cabe desconocerlos en la práctica, para no exponerse á errores algunas

veces graves. He aquí, muy sumariamente indicadas, las circunstancias principales en las que habrá de tenerse en cuenta lo expuesto:

En los niños de la primera infancia afectos de eczema de la cara, del cuero cabelludo, del tronco y de los miembros, cuando es deficiente su vitalidad; si se observa algún estado patológico del cerebro, del aparato pulmonar, del tubo digestivo, sobre todo de la serie atréptica, la medicación en un principio ha de ser anodina y simplemente aséptica, advirtiendo á los padres la necesidad de someter estos niños á una dirección facultativa y de proceder con prudencia.

En el adulto y más todavía en el viejo, así como en todos los individuos débiles, será preciso, cuando el eczema sea antiguo, con recaídas ó de repetición, determinar el verdadero estado de la salud ordinaria é investigar si anteriormente, al extinguirse el eczema, sobrevino algún otro estado patológico, que desapareció á su vez en el momento del molimen eczemático siguiente.

Este examen estará más especialmente indicado cuando se trate de neurópatas, de sujetos de antecedentes cerebrales, melancólicos con alternativas, dispépticos y gastrálgicos neurasténicos, hemorroidarios, gotosos; de asmáticos, catarro-bronquíticos con ó sin dilatación, bronquíticos en todos los grados, cardíacos en declinación, pleuro-tuberculosos, ó de tuberculosos de focos tórpidos ó extinguidos, etc. En todos estos casos, la medicación antieczematosa rápida está contraindicada; se emplearán provisionalmente curas simples, asépticas, anodinas, acompañadas de sustracciones sustitutivas por la piel, el riñón ó el tubo digestivo, conforme á los procedimientos de los antiguos dermatólogos.

En los enfermos que padecen de insuficiencia hepática ó renal, convendrá tener presente que el rezumamiento vesicatorial de un eczema puede prestar algún servicio á título de emuntorio. En el gran número de individuos en estado de ataxia urinaria — hiperuria, hiperazouria, hipoazouria, hiperfosfaturia, etc. — el tratamiento local del eczema deberá acompañarse de los cuidados necesarios para la corrección del trastorno funcional, los cuales indirectamente servirán para la curación inofensiva de la eczemización. En general, idénticas precauciones terapéuticas deberán guardarse cuando se trate de viejos y de mujeres después de la menopausia, y de un modo especial cuando en la herencia se cuenten los cánceres viscerales como la última enfermedad de familia, etc., etc.

I. — NECESIDAD DE LA POSITIVA DIRECCIÓN DEL MÉDICO
EN EL TRATAMIENTO EXTERNO DEL ECZEMA

Al terminar estas nociones preliminares, hemos de exponer los siguientes consejos prácticos, que reproducimos frecuentemente porque interesan igualmente al enfermo que al médico.

El médico únicamente debe aceptar la responsabilidad de los resultados que se obtengan en un caso de eczema cuando puede vigilar el tratamiento. Las primeras aplicaciones, que es necesario sean siempre más ó menos anodinas, resultan rápidamente insuficientes, y el médico es el único que puede juzgar acerca la oportunidad de variar la medicación y de aumentar las dosis medicamentosas según las fases de la evolución, de lo cual dependen el éxito del tratamiento y la reputación del médico. ¿Qué se diría del médico de un hospital que habiendo prescrito algo á un eczematoso no vigilara sus efectos y no modificara la prescripción en el curso de la enfermedad, como es siempre indispensable? Enfermos y médicos se preocupan poco del tratamiento de las afecciones de la piel en general y del eczema en particular; el deber del práctico consiste en ilustrar al enfermo acerca de lo que es necesario hacer, deber que concuerda con su interés moral. El médico precavido, al realizar un verdadero estudio de las indicaciones de cada caso particular y perseverando en cumplirlos con tenacidad, obtendrá felices resultados en circunstancias en que otro médico que tomara las cosas á la ligera correría gran peligro de fracasar.

II

Medicaciones externas

A. — POLVOS

La indicación de cubrir con diversos polvos toda la superficie ó solamente algunas regiones del cuerpo de un eczematoso es muy frecuente, pero casi siempre eventual, episódica y por un tiempo determinado. En los casos dudosos cuyo diagnóstico no pueda establecerse de momento, la aplicación de los polvos constituye una cura provisional y de eficaz protección.

Supongamos un individuo que después de una enfermedad general experimente en la piel prurito ó sensaciones de quemazón, presentando

poco después una eritrodermia difusa y bien pronto ligera descamación en el cuello, cara y pliegues antibraquiales. Esto ofrece los caracteres de un eritema descamativo; sin embargo, examinando el pliegue retroauricular, foco esencial de eczematización, se encuentra una ligera fisura bordeada de un exudado concreto, siendo muy probable que sobrevenga en este caso el eczema exantemático, agudo y generalizado. Sujétese al enfermo al régimen lácteo y al reposo absolutos, espolvoréesele con almidón, y se observarán todavía algunas exacerbaciones del prurito y de la rubicundez, con señales de eczema en los grandes pliegues; pero no pasará de ahí si no se interviene de otra manera ó no se ocurre la desacertada idea de dar un baño cualquiera. Ahora bien, el mismo enfermo habiendo presentado el año anterior fenómenos iniciales semejantes, tomó un baño caliente y se hacía unturas con una «pomada», siguiendo su régimen de vida ordinario; á los pocos días toda la superficie de su cuerpo se cubrió de placas de eczema rezumante, cuya curación fué difícil y tardía. Cuando se trate de un eritema descamativo y no de un eczema exantemático, habrá de seguirse la misma conducta en los comienzos de la enfermedad: régimen lácteo, polvos de almidón y reposo; pudiéndose en estos casos y en esas condiciones tener algunas probabilidades de detener el proceso.

Convendrá igualmente intervenir desde un principio por medio de la cura con polvos, en los eczemas rápidamente generalizados, los que ora espontáneamente, ora más á menudo á consecuencia de inoportunas ó prematuras intervenciones, pasan rápidamente al período vesiculoso ó rezumante. La extensión de las superficies invadidas, así como el estado general del enfermo, hacen poco practicables, las envolturas húmedas ó aceitosas. En estos casos, se obtendrán buenos resultados con las mezclas de polvos de *almidón* y *licopodio*, espolvoreando por completo y abundantemente los colchones, así como la ropa interior del enfermo y las gasas que han de servir para envolver los miembros del mismo.

Supongamos ahora que se trate de un enfermo que, á consecuencia de intempestivas aplicaciones, presenta placas rezumantes rodeadas de extensas superficies de dermatitis eritematosa en vías de determinarse la eczematización; el mejor tratamiento en estos casos consistirá en someter durante un tiempo determinado las superficies afectas y las regiones circunvecinas, después de limpiarlas asépticamente, á un espolvoreo metódico, el cual nos servirá al menos para hacernos cargo del verdadero estado de las cosas siempre y cuando el tratamiento empleado precedentemente no diese resultado.

Cuando á consecuencia de una afección visceral intercurrente no se pueda recurrir á los medios activos de tratamiento, como las curas húmedas ó impermeables, por ejemplo, el espolvoreo constituye el recurso provisional, que cabe aplicar también en los casos en que las pomadas no toleradas han determinado una viva irritación, que se extiende muchas veces á bastante distancia de los focos tratados.

En la mayoría de los casos, principalmente cuando se trate de grandes superficies, los polvos que deben escogerse con preferencia son los de almidón ó el polvo de *talco*, este último superior desde el punto de vista teórico; según los casos, estarán indicados más especialmente uno ú otro de dichos polvos, y para las mismas indicaciones, según la clase de enfermos; la experiencia es la que nos demostrará por modo rápido lo más conveniente á cada caso. Los polvos de *mica*, de *óxido de zinc*, de *carbonato* y de *subnitrato de bismuto* dan buenos resultados, sobre todo en aplicaciones locales. Todos ellos se emplean en estado puro, y únicamente en ciertos casos de rezumamiento abundante y fétido es cuando podrán mezclarse con polvo de *alcanfor*—1 por 100; de *ácido bórico*,—1 á 3 por 100.

Los polvos generalmente habrán de aplicarse con profusión, constituyendo una *verdadera* cura, que se repetirá con cortos intervalos, protegiendo y envolviendo después las superficies espolvoreadas con muselinas ó uatas neutras ó *lint* aséptico también espolvoreado; empleando este tratamiento, la mayoría de los resultados desfavorables habrán de atribuirse á una técnica defectuosa.

La aplicación se efectuará con algodón hidrófilo simple que haga las veces de borla, no utilizándose más que una sola vez cuando las superficies estén húmedas y sin volverlo nunca á la caja que contenga los polvos; se separará una determinada cantidad de polvos para cada cura, en una palabra, *limpieza aséptica* completa.

Sólo en casos muy raros nos vemos obligados á colocar al paciente *directamente* entre paños espolvoreados, y por otra parte pocos, son los enfermos que se prestan á ello, pues siempre hemos visto que prefieren, y con razón, las curas múltiples, que impiden el contacto directo entre las diferentes partes eczematizadas, ó el contacto de las superficies sanas con las enfermas.

En los grandes pliegues y en todas las superficies de contacto se separarán además unas de otras las partes enfermas por medio de tiras de *algodón hidrófilo* aséptico cuidadosamente espolvoreadas; éstas deberán renovarse cada vez que se ensucien ó reaparezcan las sensaciones de calor y de prurito, y su empleo continuado por algún tiempo aun

después de la curación constituye, por otra parte, un excelente recurso para prevenir las recidivas.

La cura con polvos y las curas secas exigen los más minuciosos cuidados, sobre todo en los períodos exudativos profusos y en las regiones que se encuentren en estado de eczematización activa, pues si las superficies espolvoreadas se cubren de conglomerados costrosos y se altera el apósito, se cambiará total ó parcialmente lo que sea necesario, quitando las gasas, librando á las superficies de los conglomerados costrosos y rehaciendo toda la cura por lo menos mañana y tarde.

Para todas las regiones del cuerpo y especialmente en las intertriginosas, se practicarán antes de proceder á la cura seca lociones deterativas adecuadas (véase págs. 115 y 116).

En los individuos afectos de eczema recidivante, el empleo regular de los polvos después de las lociones constituye una medida profiláctica indispensable.

En los pliegues de contacto, en el ano, vulva, prepucio, ombligo, etc., después del lavado aséptico con algodón hidrófilo se practicará la cura seca separando las superficies con alguna cantidad de uata; con esto se consigue una mejoría generalmente rápida, ejerciéndose una acción anti-pruriginosa local; el subnitrato de bismuto bien lavado y pulverizado se recomienda de un modo especial. El *calomel* finamente pulverizado en muy pequeña cantidad se aplica á las superficies de poca extensión, — prepucio, ombligo, pliegue retroauricular, comisura de los labios ó de los párpados; — al principio su acción abortiva es á veces muy manifiesta; constituye una contraindicación para los que no toleran el mercurio y requiere una atenta vigilancia.

B. — LOCIONES. — PULVERIZACIONES Y DUCHAS. — AGUA FRÍA. — REFRIGERACIÓN. — BAÑOS SIMPLES Y BAÑOS COMPUESTOS. — PRÁCTICA HIDRO-MINERAL EXTERNA.

El agua *esterilizada*, simple ó medicamentosa, á temperaturas diversas y bajo las formas más variadas, — lociones, pulverizaciones, duchas, baños, etc., — desempeña un papel de verdadera importancia en el tratamiento del eczema, que aumentará más cuando se establezca una enseñanza práctica de la dermatoterapia en el hospital Saint-Louis, reconocido universalmente como el mejor y más rico campo de estudio de dichas afecciones; pero sobre éste, como acerca de otros puntos, por ahora sólo podemos alentar esperanzas.

1.º Lociones

Las *lociones*, simples ó medicamentosas, se practican ordinariamente al renovarse las curas y son necesarias si las regiones eczematizadas se cubren de exudados fibrinosos, de costras ó de residuos de curas anteriores. Antes de hacerlas se procurará que todas las piezas de la nueva cura estén ya dispuestas al objeto de que las superficies eczematizadas queden el menor tiempo posible expuestas á la acción del aire, — regla general y absoluta.

Las lociones se harán por medio de torundas ó pinceles de algodón hidrófilo simple improvisados en bastoncillos, secándolos y cambiándolos para cada región afecta, y con líquidos que variarán al tenor de las siguientes indicaciones:

A. — 1.º En los períodos agudos, irritantes, se emplea el agua tibia simple, recientemente hervida. — El *agua de lluvia*, las aguas untuosas de *Plombières*, de *Schlangenbad*, de *Néris*, etc., son típicas como aguas sedantes, suavizantes y se las someterá á la ebullición poco antes de cada cura. Por tradición se emplean las aguas llamadas emolientes, infusiones de flores de malvas, agua de linaza, etc., dependiendo su verdadera calidad y en consecuencia su aplicación tan común de haberse hervido anteriormente.

2.º Contra las formas pruriginosas se emplearán las lociones débilmente astringentes ó aromáticas, hechas con las *infusiones de saúco*, *manzanilla*, *trébol*, ó los *cocimientos de raíz de énula*, de *hojas de eucalipto*, *nogal*, etc.

3.º Se cumplen las mismas indicaciones con las aguas débilmente alcalinas que contengan por 1,000 gramos, — 1 á 5 gramos de *salicilato* ó de *bicarbonato de sosa*, 1 á 2 gramos de *biborato de sosa*, — 2 á 4 gramos de *boroborato de sosa* (mezcla á partes iguales de ácido bórico y de baborato de sosa).

En las formas rezumantes prolongadas, en el intervalo de las curas, cuando ya se ha practicado la asepsia, convienen lociones astringentes un poco más activas, que se graduarán según los casos y la tolerancia de cada individuo, pero siempre á débil dosificación: solución de *tanino* de 1 á 5 por 1,000, de *alumbre* en las mismas proporciones; de *subacetato de plomo*, 5 á 25 gramos de *agua blanca del Códex* ó de *agua vegetomineral del Formulario de los hospitales de París* (1), por 500.

(1) El agua blanca del Códex es una solución al $\frac{1}{100}$; el agua vegetomineral del Formulario de los hospitales de París tiene la misma dosificación.

Las soluciones de *resorcina*, 1 á 10 gramos por 1,000, el agua *alquitranada* de 5 á 25 por 1,000, dan buenos resultados en igualdad de circunstancias; son antipruriginosas, antifermentescibles, resolutivas.

4.º En los eczemas infectados, se harán lociones de agua hervida, con *ácido fénico*, *fenosalol* ó *timol*, — 1 á 2 por 1,000; de *agua bioxi-genada* de Maiche (1) en superficies limitadas.

5.º Las lociones mercuriales débiles hechas con soluciones de *sublimado* sin alcohol (2), ya como antipruriginosas, ya como antibacterianas ó empíricamente, pueden ser utilizadas con buenos resultados; en nuestra opinión, forman parte de la curación propiamente dicha de casi todos los eczemas, una vez quitado lo que se ha empleado como cura anterior y antes de renovar la cura. El grado de las soluciones varia según los casos: en superficies *extensas*, y cuando el estado de la epidermis facilita la absorción, empleamos las soluciones al 1 por 10,000.

Agua hervida.	500 gramos
Sublimado.	0 gr. 05

Disuélvase.

En las superficies limitadas nos servimos de la solución normal de van Swieten al 1 por 1,000, preparada sin alcohol.

B.—En las superficies de eczematización, sean ó no pilosas, cubiertas de costras secas, se emplean con buenos resultados las lociones *aceitosas* practicadas con algodón hidrófilo de *aceite de olivas esterilizado*, añadiendo ó no pequeñas cantidades de *ácido salicílico* ó de *bálsamo del Perú*.

Aceite de olivas esterilizado.	100 gramos
Bálsamo del Perú.	1 —
Acido salicílico.	0 gr. 25 á 1 —

M. s. a.

En la *primera infancia* y en todos los casos en que la piel eczematizada es *extremadamente irritable*, prescribimos, dos ó tres veces al día, lociones suaves, con algodón aséptico, del *linimento óleo-calcáreo* esterilizado, adicionado de un 5 á 20 por 100 de licor de van Swieten sin alcohol, antes de hacer la cura con las pomadas anodinas, ó las pastas de zinc débilmente resorcinadas, ó saliciladas, ó azufradas, como se indicará más adelante.

(1) El agua bioxi-genada de Maiche contiene únicamente 2 $\frac{1}{2}$ vol. de oxígeno por litro, no es cáustica y parece que detiene todo cultivo.

(2) Las soluciones de sublimado sin alcohol han sido recomendadas por DEVERGIE en aplicaciones eczematoterápicas, *Traité*, 1857, pág. 88 y 89.

2.º Pulverizaciones y duchas

A. — *Pulverizaciones.* — a) El tratamiento del eczema por el agua pulverizada aplicada en toda la superficie del cuerpo ha sido ensayado por Mathieu (de la Drôme) y experimentado en el hospital Saint-Louis por Hardy. El baño de agua pulverizada, «con el hidrófero», se daba en una bañera parecida á la que se emplea para las fumigaciones y las sudaciones; la dificultad de evitar el enfriamiento de que se quejaban mucho los enfermos y la inseguridad de los resultados que se obtenían han sido la causa de que se abandonara esta forma de baños, á la que hemos renunciado también después de nuestra propia experiencia.

b) El mejor modo de emplear el agua pulverizada, aplicable á la práctica corriente, consiste en la forma de vapor directo ó en la de pulverización por el vapor. El primer procedimiento puede aplicarse con facilidad en los establecimientos especiales, pero el segundo está al alcance de todo el mundo por medio de los pulverizadores de vapor — de lámpara — que abundan en las farmacias.

c) Las duchas de agua pulverizada por el vapor, conocidas comúnmente con el nombre de pulverizaciones, deberían emplearse con bastante frecuencia en el tratamiento de un gran número de eczemas, cosa que en la práctica general se olvida demasiado. Su duración, de cinco minutos á media hora á una temperatura templada, variando su intensidad según el estado de la superficie eczematizada y según la región afecta. La pulverización obtenida por medio de la lámpara, de grande ó regular extensión, es la que conviene casi siempre (1).

Las superficies en las cuales debe aplicarse la pulverización van presentándose sucesivamente al pincel de vapor por el sitio en que la mano perciba una temperatura templada, ó bien se coloca el pulverizador de manera que vaya recorriendo toda la superficie. En las regiones pilosas, cuando las costras adherentes se engastan con los pelos, se desprenden uno tras otro los exudados por medio de un pincel de algodón hidrófilo á medida que van reblandeciéndose por el vapor; de este modo, sin que haya necesidad de cortar los pelos, se puede proceder con toda actividad al tratamiento especial del eczema de esas regiones.

d) Hechas las pulverizaciones con líquidos apropiados, los mismos

(1) Se recordará á los interesados que las soluciones medicamentosas se ponen exclusivamente en el recipiente destinado para ello, el que, en todos los casos, debe estar lleno de líquido; la caldera colocada sobre la lámpara se llenará de agua recientemente hervida, dejando siempre un espacio libre por encima del líquido con el fin de evitar la proyección de gotas muy calientes si no estuviese bien regulada la lámpara.

que se han indicado para las lociones, son activas y especialmente utilizables en los eczemas pruriginosos de los orificios —eczemas orbiculares.

e) Cuando las superficies de eczematización son infectadas secundariamente, fétidas, la pulverización templada medicamentosa (1) vuelve de un modo rápido las superficies al estado aséptico. Nosotros empleamos casi siempre, para este objeto, las soluciones débiles de *sublimado*, el *agua coaltarada* con ó sin la adición de muy pequeñas cantidades de soluciones de *ácido tímico* ó de *ácido fénico*, de *fenosalol*, etc.

B. — *Duchas*. — a) En los establecimientos especiales podrán aplicarse sobre extensas superficies ó en la totalidad del cuerpo las *duchas de vapor de agua*—á distancia—templadas y también los baños de vapor tibios. Estos baños y duchas se hallan indicados en los casos de eczema seco, con anhidrosis, xerodermia, estado ictiósico ó cuando esos medios de acción están indicados al mismo tiempo por otros conceptos.

b) En los casos de eczema común, rezumante, las *duchas* ordinarias *interrumpidas* ó en *regadera*, sea cual fuere su temperatura, no se hallan indicadas, pero no sucede lo mismo en algunas eczematizaciones mixtas ó secundarias á pruritos eruptivos ó á prurigos, cuando la eczematización es seca é hiperpruriginosa, con insomnio prolongado, que obliga á rascarse de un modo continuo, y sobre todo cuando, por la generalización de las lesiones, no puede practicarse la oclusión ni la envoltura completa, ó por último, cuando se trata de individuos hipernerviosos. En la mayoría de estos casos se consiguen á veces buenos resultados con el empleo de las *duchas interrumpidas*, *templadas* ó las *duchas en regadera* aplicadas suavemente sobre toda la superficie del cuerpo durante dos ó tres minutos á la temperatura de 35 á 37 grados centígrados, —regulada según la impresión percibida por el enfermo que debe ser de agua tibia y no de agua caliente ni fría, —de conformidad con el método hidroterápico tan ventajosamente adoptado por L. Jacquet para el tratamiento de los pruritos, sean ó no eruptivos.

3.º Agua fría.—Refrigeración

A. — *Agua fría*. — El empleo del agua fría parece lógico en algunas formas localizadas de eczematización irritable, hiperestésica; y en teoría,

(1) Recordaremos que la pequeña caldera colocada sobre la lámpara sólo ha de contener agua simple; las sustancias medicamentosas se añadirán al agua del recipiente de los medicamentos. Si es un recipiente que contenga 100 gramos de agua, por ejemplo, se echa al comenzar una cucharada ordinaria de licor de van Swieten ó una cucharada de café de coaltar saponinado.

la irrigación podría ser considerada como el mejor modo de cumplir la indicación refrigerante.

Devergie (1) aconsejaba irrigaciones primero templadas y después frías, una ó dos veces al día durante una hora ú hora y media cada vez, pero con la condición de que esta medicación sólo se aplicase á un miembro, por ejemplo, «en el verano y á personas que gocen de buena salud en las que no hay que temer el peligro de una refrigeración,»—tratamiento, pues, excepcional, de circunstancias, que empleaba durante algunos días para combatir el «eczema rubrum» con el fin de volver el eczema agudo á su período de estado.

Estos consejos podrán seguirse, pero con grandes reservas, pues, como muy bien lo ha hecho notar Kaposi, el enfriamiento no es lo único que puede temerse, ya que la acción del agua sobre las partes vecinas,—que nunca pueden estar suficientemente protegidas,—determina una epidermitis que hace rebasar los límites á la superficie eczemática, obligando á suspender la irrigación ó las envolturas húmedas refrigeradas con frecuencia.

Un procedimiento más práctico y suficiente consistirá en hacer la envoltura húmeda de manera que se limite exactamente á las superficies enfermas, dejando que la refrigeración se verifique por la evaporación, pues fuera una ilusión creer que cubriendo las compresas húmedas con un tejido impermeable se obtiene la cura fría. La cura fría propiamente dicha exige que se renueven continuamente las compresas ó bien la libre evaporación sin apósito oclusivo, y aunque sea aplicable en ciertos casos, los desengaños é incidentes que sobrevienen impiden que pueda generalizarse.

B.—*Refrigeración.*—Kaposi emplea para esto el aparato refrigerante de Leiter (2), cuya aplicación, inútil es decirlo, hace precisos los utensilios de un establecimiento dermatoterápico. Para que la refrigeración pudiera aplicarse en todos los casos, fuera necesario reproducir las distintas prácticas de la Escuela terapéutica francesa desde Fourcault (1840) hasta los procedimientos muy perfeccionados que ha empleado últimamente Dumontpallier para la refrigeración en la fiebre tifoidea. Una forma de las más sencillas fuera utilizar sacos de caucho iguales á los que sirven de calentadores, en los que no sería muy difícil establecer una corriente de agua de temperatura regulada; por último, los sacos de caucho

(1) ALPH. DEVERGIE.—*Traité pratique des maladies de la peau*, París, 1857, pág. 251.

(2) El aparato de LEITER consiste en un tubo metálico muy flexible y arrollado en espiral que puede amoldarse á las diferentes partes del cuerpo, manteniendo en su interior una corriente de agua de regulada temperatura.

de refrigeración por el hielo, en rigor podrían emplearse localmente, y con las precauciones que son necesarias, sobre todo al principio, con el fin de ensayar el obtener una medicación abortiva.

4.º Baños simples y baños compuestos

Una reforma completa habrá de operarse en las prácticas tradicionales de los médicos por lo que se refiere al sistema de baños aplicable al tratamiento del eczema. Unos lo prescriben comúnmente en todas las formas de eczematización y en todos los períodos sin hacer ninguna indicación especial relativa á la temperatura, duración, condiciones más elementales de asepsia, etc., durante la inmersión y después de ella. Otros, habiendo experimentado los malos efectos que el baño produce en gran número de casos, han renunciado pura y simplemente á él sin investigar las causas de las exacerbaciones ó de las complicaciones que se observan, las que, sin embargo, no dependen siempre del baño en sí sino á menudo de las malas condiciones en que se administra.

A. — La prescripción de un baño en el tratamiento del eczema ha de comprender la indicación de sus condiciones necesarias: — bañera rigurosamente limpia, agua no ensuciada, prendas interiores de vestir y ropas empleadas para la curación bien desinfectadas; antes de entrar en el baño asepsia y obliteración de los focos piógenos. En los niños de la primera infancia el baño ordinario abandonado á la discreción de las personas que les rodean y desprovisto de las nociones de la asepsia obligatoria, constituye una de las causas de la multiplicación de los focos eczemáticos ó de la propagación de las foliculitis, bastando muchas veces suprimirlo para que se observe la remisión de todos los accidentes.

A la salida del baño, todo ha de estar dispuesto de manera que no se enfríe el enfermo y para proceder á la curación de las superficies eczematizadas. Dados los baños con esas precauciones y en una habitación de temperatura conveniente, podrán ser aplicados en todas las estaciones para el tratamiento de los eczematosos; durante el invierno, las precauciones habrán de ser más minuciosas por lo que concierne á preservar á los enfermos de los enfriamientos, y respecto del examen de las contraindicaciones pulmonares ó cardíacas.

B. — *Temperatura.* — La temperatura del baño varía según la estación, el estado termoesférico del individuo, la temperatura de la habitación en que se toma el baño y el fin terapéutico que se persiga; poco elevada al principio, se aumenta después gradualmente hasta llegar al punto en que debe sostenerse por un espacio de tiempo determinado,

y de ordinario se le hará descender al punto inicial antes de la salida de la bañera,—inicial 32 á 35° C.; media 35°; descenso 32°, 30°. Para regular la temperatura media se tendrán en cuenta las impresiones del enfermo, no las inmediatas sino las subsiguientes después del primer minuto.

C.—*Duración.*—Muy variable es también la duración del baño, según las indicaciones que deban cumplirse. En un enfermo en estado de eczematización sórdida, el primer baño ha de ser de corta duración: diez ó quince minutos bastan para la impregnación de los exudados y la limpieza general de las superficies sanas por medio del jabón. El baño de quince minutos representa la duración media que es aplicable á la mayoría de los casos en que la inmersión no es más que una loción detergente generalizada; media hora es suficiente para obtener un efecto sedante; los baños de tres cuartos de hora, de una hora ó más tienden á ejercer una acción lejana hipostenizante ó hiperhidrosiante, ó se producirá un efecto local de maceración superficial y de descongestión profunda; raras veces el mantener una superficie eczematizada en el agua altera el proceso queratoplástico, el cual resulta regularmente favorecido por la inmersión prolongada.

En los períodos de reparación y en las formas secas, puede darse el baño regularmente largo, que pase de una hora,—*baño largo*,—de hora y media, dos horas, tres horas ó más,—*baño prolongado*,—en las eczematizaciones generalizadas intensas, por ejemplo, y en las grandes eritodermias exfoliantes secundarias del eczema.

El baño prolongado puede darse en todas partes, y aunque algunas estaciones hidrominerales lo monopolizan, los manantiales franceses lenitivos como Plombières, Nérís, etc., etc., resultarían igualmente beneficiosos cuando se pusieran en condiciones de asegurar su ejecución metódica y médica. La práctica del baño prolongado exige una vigilancia y dirección positiva de parte del médico, debiendo ejercer su acción no solamente sobre la piel sí que también sobre la circulación general y sobre la temperatura central; regular el régimen alimenticio para sostener al enfermo mientras dura el baño, cosa indispensable en ciertos enfermos; prescribirle la posición horizontal al salir del baño, debiendo ordinariamente volver al lecho y permanecer en él una hora por término medio.

D.—*Baño simple.*—El agua simple filtrada es suficiente en la mayoría de los casos; las aguas puras de *Schlungenbad*, de *Plombières*, de *Nérís*, de *Évian*, etc., dan extraordinarios resultados en todos los enfermos.

E.—*Baños emolientes.*—El salvado ó el almidón, que por práctica

antigua se añaden al agua y que deben siempre haberse sometido previamente á la ebullición acuosa, tienen á veces inconvenientes por dejar después del baño la piel seca ó estirada.

Los baños preparados con cocimientos de especies emolientes, grano de lino, etc., y los baños gelatinosos, reclaman cuidados especiales para que estén bien dispuestos; no están siempre libres tampoco de inconvenientes análogos á los precedentes.

BAÑO CON SALVADO

Salvado.	2 kilogramos
Agua hirviendo.	c. s.

Ebullición durante quince minutos, mezclándose después con el agua del baño.

BAÑO CON ALMIDÓN

Almidón en polvo.	500 á 1000 gramos
Agua tibia.	c. s.

Hágase con la mano una lechada de almidón. Mézclese con el agua del baño después de haberla de nuevo diluida en agua que acabe de hervir.

BAÑO EMOLIENTE

Especies emolientes (1).	2000 gramos
Granos de lino.	250 —
Agua.	5000 —

Hágase hervir. Filtrese con un lienzo exprimiendo fuertemente, y mézclese después con el agua del baño.

BAÑO GELATINOSO

Cola de Flandes triturada.	100 á 500 gramos
------------------------------------	------------------

Disuélvase por el calor después de haberla hidratado, añadiéndose luego al agua del baño.

BAÑO GLICERINADO

Glicerina neutra.	200 á 500 gramos
---------------------------	------------------

F.—*Baños alcalinos*.—Se conseguirán á menudo buenos resultados de alcalinizar *débilmente* el agua del baño con el *carbonato*, el *bicarbonato* ó el *biborato* y *boroborato de sosa*. Para obtener la alcalinización de un baño de 200 litros, la que se comprueba con el papel de tornasol, son precisos 40 gramos de carbonato de sosa; 80 gramos de bicarbonato; 100 gramos de biborato y 200 gramos de boroborato de sosa, cifras éstas calculadas, por nuestro encargo, por F. Vigier en el agua de la Vanne, que es la más abundante de París.

Cuando se da un baño alcalino á un eczematoso, ha de precisarse no solamente la substancia que se quiere emplear, sí que también la dosis

(1) Hojas de malva, malvavisco, gordolobo, hierba cana común, parietarias, aa: partes iguales.

exacta regulada para cada caso. La dosis de 250 gramos de carbonato de sosa, por ejemplo, indicada en el Códex y que se da en los establecimientos de baños, es demasiado elevada para ser utilizada en el eczema común. En los casos en que la capa córnea está alterada en una grande extensión no se ha de alcanzar la alcalinización demostrable por el papel de tornasol. Añadiendo á un baño de 200 litros 200 gramos de glicerina y 25 á 50 gramos de bicarbonato ó de baborato ó 100 gramos de boroborato de sosa, se tiene un baño perfectamente aplicable á la piel eczematizada; si la epidermis está abierta en numerosos puntos, se rebajarán todavía las dosis.

G.—*Baños con alquitrán.*—En las formas secas, crónicas, *psoriasiformes*, son convenientes los *baños alquitranados*, 100 á 400 gramos de coaltar saponinado para un baño de 200 litros, tal como los empleamos de ordinario en el tratamiento del psoriasis; la duración de estos baños ha de ser más prolongada que la de las series precedentes — de media hora á hora y media.

Algunos dermatólogos extranjeros, más acostumbrados á la balneoterapia del eczema, emplean los baños con el *alquitrán* ó más bien los baños combinados con el uso del alquitrán,—lo mismo que con otras diversas aplicaciones enérgicas, — mucho antes del período tradicional de descenso y descamación.

Citaremos, por vía de ejemplo, la práctica de O. Lassar (1).

El enfermo colocado en un baño tibio es enjabonado con suavidad; después se uncióna cada punto eczematizado, en cuanto es posible debajo del agua, con la mezela siguiente:

Aceite de haya.	} aa.	40 gramos.
Aceite de cade.		
Aceite de olivas.	} aa.	10 gramos.
Alcohol de 60°.		

M. s. a.

Después de una larga experiencia O. Lassar afirma que no ha de preocupar la absorción del alquitrán empleado en el baño, puesto que nunca ha podido apreciar en la orina el más pequeño indicio de esta substancia; declara que, bajo la acción de este tratamiento, la hiperemia, la tumefacción, la exudación y el prurito se atenúan rápidamente y desaparecen; en los niños, mujeres é individuos de piel irritable, en las regiones como los pliegues articulares y el escroto y en proporciones variadas, según los casos, se extiende el alquitrán diluido en aceite. Transcurridos de diez á cuarenta minutos, se enjabona de nuevo al enfermo bajando des-

(1) O. LASSAR.—*Ueber die Grundsätze der Eczem (Behandlung, Dermatolog. Zeitschrift, 1895, t. II, págs. 566 y siguientes).*

pues la temperatura del baño algunos grados, añadiendo primero agua tibia y luego poco á poco agua fría. Algunos baños con ligeras uncciones de alquitrán aceleran la terminación del período irritativo.

En verdad esta práctica es una forma terapéutica que conviene tener presente, análoga á la que nosotros usamos, tal como indicaremos, *combinando* el empleo de las pomadas ó del alquitrán con las curas húmedas. El baño así considerado en el tratamiento del eczema ya no aparece como un elemento indiferente, eventual, despreciable, sino como un medio de acción moderador, merced al que, y por su *asociación* con las aplicaciones intensivas, es posible practicar estas últimas con oportunidad, y regular su límite con ayuda del baño. De todas maneras hemos de reconocer que ha pasado el tiempo de los métodos fatalistas y contemplativos del tratamiento eliminador del eczema, y que es preciso ir más adelante, poniendo en práctica medicalmente el tratamiento activo y rápido de la eczematización. En este sentido es, pues, que la dermatoterapia, determinándose al fin á tratar las afecciones de la piel como los oculistas tratan las lesiones de la conjuntiva y los rinofaringólogos las de la nariz y de la faringo-laringe, entrará en una nueva vía y de fecundos resultados.

H. — *Baños astringentes*. — Bajo esas condiciones de dirección facultativa y de vigilancia en su aplicación, los baños medicamentosos compuestos podrán ser mejor utilizados, y con mayor frecuencia que en tiempos anteriores. Entre los más sencillos y de más fácil aplicación, se mencionan en primer lugar los baños de *sulfato de alúmina y de potasa, de tanino, etc.*, que convienen para algunas eczematizaciones prolongadas, muy pruriginosas, etc., comenzando siempre por dosis del todo inofensivas, que se irán aumentando paulatinamente según la tolerancia del individuo y los resultados obtenidos (1).

(1) UNNA en su casa de salud de Hamburgo ha puesto en práctica esta clase de baños; notando que el tanino empleado solo resulta á menudo insuficiente, ha recurrido al tanato de hierro. Se añade al baño echando al mismo tiempo en el agua una cucharada de solución concentrada de tanino y una cucharada de solución igualmente concentrada de sulfato de hierro (*). El baño toma un tinte negruzco de tinta diluida: con un poco de práctica, «en un santiamén» se evita que precipite el tanato de hierro. En opinión de UNNA, están indicados estos baños en las eritrodermias pruriginosas, — prurigos, eczemas, enfermedad de Duhring, prurito simple, urticarias. Según los casos, se darán diariamente ó con intervalos, en los cuales emplean los polvos, pastas, gelatinas, etc. Estos baños son *resolutivos ó sedantes*.

En Francia, sin embargo, donde no hay, como en la mayoría de las capitales ó ciudades de mayor importancia de Europa, establecimientos dermatoterápicos especiales, — grave defecto que aleja de París y lleva al extranjero gran número de enfermos, — sería difícil poner en práctica estos medios de acción enérgicos que reclaman la presencia real del médico y una especial competencia.

Lo mismo puede decirse de una serie de prácticas balneoterápicas mixtas, que será

* Otra fórmula: añadir á un cocimiento de nuez de agallas triturada una mitad de su peso de sulfato de hierro, es decir, por 250 gramos de nuez de agallas, 125 gramos de sulfato de hierro.

BAÑO ALÚMINO-POTÁSICO

Agua.	200 litros
Alumbre.	20 á 200 gramos

Los baños de tanino han sido poco usados y no se encuentra de ellos mención alguna en ninguno de nuestros formularios. Cabría formularlos de la siguiente manera:

BAÑO DE TANINO

Agua.	200 litros
Tanino.	20 á 200 gramos

Disuélvase aparte en agua tibia c. s. y añádase al agua del baño.

Se puede también emplear un cocimiento de 100 á 500 gramos de corteza de roble, sauce ú olmo, ó de 20 á 200 gramos de nuez de agallas en agua c. s.; añádase al baño.

5.º Práctica hidromineral externa

Los baños medicamentosos, aun en las estaciones minerales frecuentadas por los eczematosos, sólo desempeñan un papel secundario en el tratamiento del eczema ya aparecido y en actividad, aplicándose con preferencia en los estadios avanzados y en las formas crónicas de la enfermedad. Gran número de estaciones hidrominerales, cuya enumeración cabría extender considerablemente, dan buenos resultados en el tratamiento externo del eczema en esas condiciones, nos limitaremos á señalar las que se ven principalmente concurridas por eczematosos, y aquellas que las circunstancias nos han permitido estudiar de una manera formal.

A.—*Royal* (Puy-de-Dôme).—En esta estación apropiada para los eczematosos artríticos, se emplean frecuentemente los baños de temperatura poco elevada en los individuos cuya eczematización es pruriginosa, seca, agrietada, finamente escamosa ó muy poco rezumante; en el eczema vulvo-anal, sobre todo en los glucosúricos, etc. En las formas irritables se mitigan los baños ó se les añade almidón, gelatina, etc.

B.—*La Bourboule* (Puy-de-Dôme) (1).—La aplicación externa del

necesario instituir, en las que el baño se aplica por un personal experimentado encargado de la ejecución total del tratamiento, cuyos trabajos están dirigidos por una misma mano facultativa y competente. Esta será la labor del porvenir, con motivo de la cual se introducirá una reforma en nuestra rutina y en nuestras prácticas terapéuticas.

(1) El empleo del arsénico en solución en los baños que se aplican al tratamiento de eczematosos ó de la eczematización crónica ha caído en desuso fuera de las estaciones hidroarsenicales.

El formulario del hospital Saint-Louis contiene la siguiente fórmula de baño arsenical:

Arseniato de sosa.	2 á 10 gramos
Agua.	200 litros

Disuélvase.

pero en realidad no se emplean.

agua arsenical de la Bourboule, — 0^{gr},028 de arseniato de sosa, ó 0^{gr},009 de ácido arsenioso por litro de agua,—es siempre delicada, debiendo en la práctica encomendarse á la dirección competente de los médicos del establecimiento. En términos generales, puede decirse que habrá lugar á recurrir á ellas en las formas de eczema secas, crónicas, inveteradas, rebeldes, con la expresa condición de que el enfermo no sufra «brotes» violentos ó repetidos; y en el período tórpido de algunas variedades subagudas, muy ligeramente exudativas, y en este caso de limitada extensión.

Temperatura, 33 á 35° C. El agua se emplea pura — manantial Choussy-Perrière, previamente enfriada—ó mezclada con agua de la fuente fría de Fenestre, cerca de un 20 por 100. Duración, 15 minutos á media hora, una hora y hasta cuatro horas mediante prescripción facultativa.

Las duchas pulverizadas se aplican en el manantial sobre superficies limitadas, especialmente en las regiones pilosas.

C.—*Saint-Gervais* (Alta Saboya).—Las aguas de Saint-Gervais,—manantial Gontard, salino, y manantial del Torrent, sulfuroso cálcico,—se usan al exterior en forma de baños y de duchas pulverizadas. Según el modo de emplearlas y la forma y duración de la medicación, la acción tópica es sedante ó excitante sustitutiva, es decir, que depende enteramente de la dirección facultativa del tratamiento. Está indicada en las formas rebeldes, subagudas, indefinidamente interrumpidas por exacerbaciones con rezumamiento; en las formas localizadas, rebeldes, tórpidas, en las variedades intertriginosas rebeldes, anovulares en particular. En resumen, acción sedante los baños de corta duración, sustitutiva los de larga duración y acción especial en algunas formas localizadas.

D.—*Bagnères-de-Luchon* (Alto Garona).—Estas aguas sulfurosas sódicas se aplican en el tratamiento de los eczematosos en estado subagudo ó crónico, especialmente en las formas húmedas, seborreicas. Los baños se dan generalmente con las aguas de los manantiales Ferras y Blanche (1), plateadas (2), untuosas al tacto; baños sedantes que se regulan según las particularidades de cada caso. Las duchas pulverizadas, muy en boga —manantial de la Reine, 55° C.; 0^{gr},05 de monosulfuro de sodio—se utilizan principalmente contra las eczematizaciones localizadas en las manos, pies, escroto, vulva, cuero cabelludo, etc., y se dan á una temperatura que varía entre 30 y 42° C.

E.—*Uriage* (Isère).—Estas aguas sulfurado-sódicas cloruradas

(1) Manantial Ferras, 37° C. 0,01 de monosulfuro de sodio. Manantial Blanche, 38° C. 0,03 de monosulfuro.

(2) El fenómeno del blanqueo es debido al azufre aislado, mezclado con los hiposulfitos adquiridos y á los restos de los sulfuros (sulfurina).

tienen una acción esencialmente diatésica, y sin embargo, han sido ampliamente utilizadas en el tratamiento directo y local de la eczematización como resolutivas, antipruriginosas, tónicas y astringentes.

Se emplean en lociones frecuentes ó en curas húmedas locales.

Los baños generales, únicamente se suavizarán cuando los enfermos tienen la piel muy irritable; su duración varía de treinta á cuarenta minutos, temperatura de 34 á 35° C.

Las duchas en regadera se aplican generalmente tibias, 35° C.; duración de dos á tres minutos, acción antipruriginosa. Muy á menudo se emplean las pulverizaciones en las eczematizaciones *localizadas*, principalmente al cuero cabelludo, cara, párpados, ventanas de la nariz, manos y pies; acción astringente y resolutive; duración de las pulverizaciones, de treinta á cuarenta y cinco minutos, según la intensidad y profundidad de las lesiones cutáneas.

F.—*Challes* (Saboya).—Aguas bromoyoduradas de uso externo para la reducción de eczematizaciones localizadas ó generalizadas extensas, más bien húmedas que secas. Curas húmedas de agua de Challes pura ó mezclada con agua simple en proporciones que se regulan por el estado de la eczematización y la tolerancia del individuo; las mismas reglas para los baños — de 35° C. como temperatura media y de corta duración, quince á veinticinco minutos. Duchas pulverizadas por el vapor, cuyo objeto es procurar la acción sedante y resolutive, una ó dos veces en las veinticuatro horas; duración proporcionada á la extensión y á la profundidad de la lesión — de quince á sesenta minutos. En los eczemas generalizados, se regula principalmente la acción por la profundidad de la eczematización. Con gran sentido práctico se persigue en Challes la curación de las placas iniciales ó de las residuales.

G.—*Saint-Christau* (Bajos Pirineos).—Aguas ferro-cúpricas empleadas en el tratamiento especial de las formas de eczema rebelde, en aplicaciones húmedas renovadas con frecuencia, en baños templados de corta duración, quince á treinta minutos, en duchas pulverizadas muy finas, y en duchas locales en regadera. Convienen á las formas absolutamente crónicas, varicosas, papilomatosas, acnéicas, seborreicas, á las que están localizadas en los párpados, ventanas de la nariz, orejas, periné, ano. Las duchas pulverizadas se aplican en distintos casos; las duchas localizadas en regadera, tibias, sin fuerza, prolongadas, dan buenos resultados en las formas secas pruriginosas, locales ó generales.

H.—*Loèche-les-Bains* (Valais).—Aguas hipertexterales, sulfatadas cálcicas débiles; el baño prolongado es el elemento de curación principal;

se aplican á las formas de eczema en activo rezumamiento, antiguas, rebeldes, interminables.

Su acción es débilmente sustitutiva por efecto excitante, probablemente electroquímica, sobre el «brote eczemático». Por un fenómeno en apariencia paradójico, pero de muy fácil comprensión, las mismas aguas, administradas con un fin contrario, pueden servir, en un baño de temperatura y duración convenientes, á título de contrairritante ó de revulsivo, en los casos en que se intente restablecer en la piel eczematizaciones que habían desaparecido y á cuya delitescencia podrían atribuirse perturbaciones viscerales del tipo alternante ó sucesivo.

I.—(*Schlangenbad* (Nassau).—*Plombières* (Vosgos).—*Néris* (Allier).—*Évian* (Alta Saboya).—Esas aguas constituyen una serie aplicable al tratamiento de las eczematizaciones irritables, en las que la piel reclama el uso de aguas suaves, por lo que, disponiendo de buenas instalaciones balnearias y de una competente dirección facultativa puede aplicarse á enfermos libres de sus habituales ocupaciones y género de vida, una medicación antiespasmódica general y local. Añadiremos que en *Plombières* y en *Évian*, por ejemplo, pueden cumplirse ventajosamente varias indicaciones diatésicas propias de los eczematosos, y que será acertado recomendar estos puntos y otros análogos á esos enfermos siempre y cuando se tenga la seguridad de que encontrarán procedimientos hidroterápicos propios de la dermatoterapia, sin exceptuar el baño prolongado.

C.—CATAPLASMAS

Aunque las cataplasmas en muchos casos hayan sido ó puedan ser reemplazadas sin inconvenientes por las envolturas impermeables medias ó inmediatas, no es menos cierto que prestan todavía muchos servicios cumpliendo indicaciones particulares. Hoy día, que se saben hacer cataplasmas limpias y hasta asépticas, la mayor parte de los inconvenientes que se atribuían en otro tiempo á esta forma de curación no existe si hay cuidado en su preparación.

Cuando el eczema es *limitado* y las superficies eczematizadas están intensamente irritadas, con lesiones de dermatitis periférica, muy pruriginosas, dolorosas, irritables, sea en virtud de aplicaciones anteriores inoportunas, de traumatismos, etc., sea por cualquiera otra causa ó espontáneamente, lo que es mucho más raro, la cataplasma tibia, convenientemente hecha y aplicada y renovada como es necesario, constituye la mejor cura para un período provisional, y á veces hasta la curación. Es un medio protector por excelencia, constituye un baño local permanente, que

no puede ser reemplazado por ningún otro medio en un momento determinado, y en el período preciso que hemos indicado. Debe ser blanda, ligera y lo menos gruesa posible; se aplica tibia, renovándose cada tres, cuatro, cinco ó seis horas, según el estado de irritación de los tejidos, su grado de sensibilidad, la cantidad de exudación y según sea la sensación de alivio ó de retorno de la picazón, del dolor, etc.

Las dimensiones de la cataplasma deben ser precisamente las mismas de la superficie eczematizada, pues de otra suerte los líquidos exudados, extendidos por la superficie sana de su alrededor, se convierten en causa de irritación eczematizante, cuando no de autoinoculación. Esta regla, por lo demás, es aplicable á toda clase de curas del eczema, tanto para preservar las partes vecinas del contacto de las excreciones eczemáticas, como para limitar la acción de los agentes terapéuticos á las superficies eczematizadas.

La cataplasma que conviene para el eczema agudo, irritable é irritado, es la de fécula de patata, hervida, pastosa, ni demasiado líquida ni demasiado compacta. Después de vacilar algún tanto en las primeras preparaciones, pronto se adquiere la destreza necesaria: una cucharada de fécula aproximadamente se diluye en una cantidad de agua fría como unos dos vasos, se pone en un recipiente apropiado al fuego, agitándola hasta que se produzca bien la ebullición, se retira del fuego y aún se continúa agitándola algunos instantes más. Se puede también diluir la fécula en la mitad de agua fría, añadiendo al tiempo que se va agitando la otra mitad hirviendo; se coloca después el recipiente al fuego á fin de que se verifique la ebullición completa, se retira y se agita como en el caso precedente.

En todos los casos es necesaria la verdadera ebullición, no tan sólo para la buena consistencia de la cataplasma, sí que también para su asepsia y su acción emoliente. Será mucho más fácil hacer las cataplasmas con harina de linaza, pero su extremada alterabilidad las hace poco á propósito para la curación de las lesiones cutáneas *abiertas*; la piel eczematizada con mucha frecuencia no tolera ni las harinas sin aceite que, preparadas recientemente, son muy poco irritantes. Cuando las lesiones están bien localizadas, en una pierna por ejemplo, como sucede muchas veces en el eczema varicoso, se pueden hacer excelentes cataplasmas, siempre mediante la ebullición de partes iguales de fécula y de harina de linaza, quitado recientemente su aceite.

La pasta, ya en buenas condiciones, se extiende en *gasas asepticas neutras* ó, de un modo más económico, en gasas ordinarias de cataplasmas, *previamente hervidas* y cortándolas antes, de las dimensiones que

ha de tener la cataplasma, *medida exactamente* siguiendo la forma y dimensiones de la superficie eczematosa.

En los casos en que por cualquier causa sea difícil hacer una cataplasma, se podrá echar mano de curas más simplificadas y de muy satisfactorios resultados, hechas con gasas asépticas impregnadas de antemano con almidón y goma tragacanto ó con almidón solamente, de las que se cortan piezas de las dimensiones de las superficies eczematosas, humedeciéndolas rápidamente con agua tibia que haya hervido y ligeramente glicerinada. En las farmacias se expenden hoy las gasas almidonadas que convienen para las grandes superficies ó las cataplasmas extemporáneas, útiles y prácticas sobre todo en las superficies limitadas.

Cuando las gasas son neutras ó han sufrido la ebullición, y si las cataplasmas han sido igualmente preparadas por ebullición, como hemos dicho, pueden mantenerse aplicadas sobre la superficie eczematizada durante varias horas sin que se desarrolle ninguna fermentación ácida y sin que la cataplasma «se agrie». De no ser posible la renovación muy frecuente de la cura ó si reaparece el prurito antes del tiempo en que puede aquélla practicarse, se podrá retardar la alteración de la cataplasma añadiendo al agua que ha de servir un 20 por 100 de *agua de cal* normal, y un 2 á 5 por 1000 de *bicarbonato de sosa* ó de *boroborato de sosa*.

Antes de aplicar la cataplasma ha de tenerse mucho cuidado en limpiar asépticamente la piel *alrededor* de la superficie eczematizada y, si es necesario, limpiar también la superficie eczematizada con algodón hidrófilo por medio de una loción con un líquido apropiado, tal como lo hemos expuesto al tratar de las lociones y de las curas secas. Muchas veces convendrá también untar ligeramente las partes inmediatas con un poco de *pasta de zinc* ó espolvorearlas con *almidón* ó *subnitrato de bismuto* finamente pulverizado, protector excelente, y hasta en algunos casos formar alrededor de la superficie enferma una zona protegida por una capa de *cola á base de óxido de zinc*.

La cataplasma, sea cual fuere su clase, una vez colocada, debe cubrirse con una hoja impermeable, gutapercha laminada, de una extensión exactamente igual á la de la cataplasma, *y que no invada la piel sana*. De no tomarse estas precauciones, se está expuesto á que en ciertos individuos se desarrolle en la superficie de contacto una eczematización aguda, que extiende más ó menos considerablemente el campo patológico. Encima del impermeable cuyo objeto es mantener húmeda la cataplasma, se pone un poco de algodón hidrófilo, fijando todo el apósito con tiras de gasa ó vendajes, si se trata del cuerpo, ó por medio de compresas

siguiendo el procedimiento de Sculteto, si el eczema radica en los miembros inferiores, etc. Aunque en todo esto entren muchos detalles, el médico que quiera tratar el eczema no ha de vacilar en descender á esas minuciosidades.

D. — OCLUSIÓN IMPERMEABLE MEDIATA Ó CURAS HÚMEDAS,
SIMPLES Y COMPUESTAS

La envoltura húmeda, simple ó medicamentosa, que hemos considerado como un método de tratamiento aplicable á una fase especial de gran número de eczemas, constituye un verdadero recurso en eczematoterapia. Cuando la extensión de las superficies es considerable, ó las indicaciones del empleo de la cataplasma no son absolutas, ó cuando se ha obtenido la mejoría que se esperaba, surge la indicación de las curas húmedas.

1.º Del *lint* aséptico neutro, ó de gasas asépticas ó de tarlatanas desalmidonadas y asepticadas en agua hirviendo, se cortan piezas de formas y dimensiones exactas á las de las superficies enfermas; cuando se emplea el *lint*, una ó dos capas son suficientes, de tres á seis si se usan gasas ó tarlatanas, y se colocan las piezas así preparadas sobre una mesa á propósito ó guarnecida de lienzo *aseptico*, empapándolas luego con la mano *de plano* con uno de los líquidos indicados anteriormente (véase *Lociones*, págs. 115 y 116).

La cura clásica de las quemaduras por medio del *linimento oleo-calcareo del Códex, esterilizado*, podrá ser aplicado provisionalmente con ventaja en los casos en que los líquidos no son tolerados, como sucede á veces en las formas flictenoideas, ampollosas, análogas á las vesicaciones ó á la quemadura, así como también en todos los casos de eczemas extensos, hiperestésicos, irritables, complicados de dermatitis periférica ó en los de eczema localizado del mismo tipo. Se envuelven las superficies enfermas con gasa flexible, impregnada del linimento, poniendo encima una capa de la misma gasa impregnada de agua hervida, y cubriendo ambas con una tira de caucho; se añade luego una capa de algodón aséptico y una venda de gasa, y se tiene un apósito de protección interino ó de espera. Deberá renovarse de dos á cuatro veces cada veinticuatro horas, según la alterabilidad de las piezas que componen el apósito.

2.º Una vez las compresas de gasa ó las piezas de *lint* aséptico se hallan empapadas de agua hervida, de las soluciones medicamentosas ó del linimento oleo-calcareo, se *exprimirán* comprimiéndolas de plano con lienzos asépticos, aplicándose después tibias sobre las superficies en-

fermas, del mismo modo que si se tratara de una cataplasma. Encima se ponen trozos de impermeable fino *cortados exactamente de las dimensiones de las compresas sin excederlas jamás*, después una capa de algodón hidrófilo, y se mantiene todo cuidadosa y asépticamente como se ha indicado para las cataplasmas. Idénticos cuidados en los pormenores de las curas, las mismas precauciones para librar á las superficies sanas vecinas de todo contacto con el líquido patológico, vigilándolas continuamente. El precepto sobre el que hacemos hincapié de no extender el apósito á las partes del tegumento intactas es fácil de cumplir cuando sólo existe una gran superficie eczematosa ó hay varios focos limitados; pero ya no lo es tanto cuando numerosos elementos eczemáticos de pequeñas dimensiones cubren un miembro ó una parte del mismo. Se hace preciso entonces abarcar con el apósito húmedo una parte mayor ó menor de tegumento sano, atenuándose el inconveniente que de ello resulta renovando con frecuencia las piezas de la cura, limpiando á cada nueva aplicación los puntos no eczematisados, y protegiéndolos, si es necesario, con polvos y pomadas anodinas, gelatinas, etc., tal como hemos expuesto para las cataplasmas.

La cura húmeda en las regiones cubiertas de los miembros podrá practicarse de noche por medio de compresas de gasa, y de día, como cura mudable, por medio de compresas de *lint* aséptico neutro, procurando cuidadosamente que se limiten exactamente á las superficies enfermas, bien exprimidas, recubiertas de caucho laminado, siguiendo en un todo los mismos preceptos formulados anteriormente. Cabe también alternar su empleo entre el día y la noche con las demás curas apropiadas.

La cura, por término medio, se practicará cada cuatro, seis ú ocho horas, según el estado de las superficies, la reaparición del prurito y la alteración *correlativa* de los líquidos empleados. En este último caso, se prescinde de las infusiones ó cocimientos, empleándose exclusivamente el agua *hervida* ó soluciones *fenosaloladas*—1 á 2 por 1000, bicarbonatadas, boroboradas, saliciladas—*bicarbonato*, *salicilato* y *boroborato de sosa*, 1 á 3 por 1000; añadiendo ó no de 5 á 25 gramos de glicerina, etc.

3.º Existen casos en los cuales la oclusión húmeda, *aseptica* ó *antiséptica*, lo mismo que la cataplasma, es suficiente para determinar la curación de la eczematización en un breve espacio de tiempo; pero generalmente este procedimiento es tan sólo una forma *temporal* de tratamiento, cuya duración debe ser la de la fase aguda, irritativa. Tan pronto como la eczematización se haga estacionaria—en estado de queratolisis inmóvil, sin que avance el proceso queratoplástico—cesa su indi-

cación y llega el momento, ora de modificar la naturaleza de la cura, ora de hacerla intermitente, ora asociándola alguna de las medicaciones que constituyen la gama ascendente, ora suprimiéndola.

A. — En superficies poco extensas, reducidas, están indicadas con frecuencia las curas húmedas alternantes, las envolturas temporales, practicadas con compresas de gasa ó de *lint* humedecidas con una solución de *sublimado* sin alcohol al 1 por 10,000, 1 por 2000 y hasta 1 por 1000 (1).

B. — En los períodos ó en las formas subagudas, cuando predomina ó persiste el «catarro», surge la indicación de los astringentes sustitutivos. Las soluciones que se emplean para los apósitos astringentes húmedos deben ser débiles en un principio: cocimientos de *hojas de nogal*, soluciones de *tanino* de 1 á 5 por 1000: de *resorcina*, 2 á 10 por 1000 graduando y vigilando su aplicación; las soluciones resorcinadas, de ordinario bien toleradas, son especialmente antipruriginosas y aplicables á las eczematizaciones secundarias, irritadas é infectadas.

C. — En las eczematizaciones limitadas á un miembro inferior, por ejemplo, á una porción de la cara, etc., las soluciones astringentes sustitutivas empleadas en curas húmedas están perfectamente indicadas en todas las formas rebeldes, aun cuando permanezcan irritativas. La indicación se presenta muy pronto cuando en determinadas regiones la eczematización se ha hecho dolorosa y con abundancia de exudados, tal como se observa á consecuencia de aplicaciones prematuras ó demasiado fuertes, de *alquitrán*, *aceite de cade*, pomadas diversas, etc.

El *agua blanca del Códex* (2), diluída, muy en boga en la medicina popular, puede utilizarse en estos casos en aplicaciones húmedas exprimidas en superficies poco extensas — 5 á 25 por 1000 de agua hervida; sin embargo, los resultados que se obtienen no justifican siempre la confianza que de largo tiempo se la viene concediendo.

D. — En las formas decididamente rebeldes, con repetidas recaídas en

(1) DEVERGIE, *Tratado citado*, págs. 88 y 89, que hacía las curas húmedas con soluciones dosificadas del 1 por 3000 al 1 por 1500, recomendaba que todos los días se lavasen completa y minuciosamente las compresas á fin de que, evaporándose el agua, no se acumulase el sublimado. Hoy día en que se adoptan los procedimientos asepticos para las curas dermatológicas, basta con que se utilicen una sola vez las compresas de tarlatana que se han aplicado húmedas, exprimidas. — AUBRY, *Memoria citada*, pág. 789, en las lesiones de eczema seborreico secundariamente infectadas, francamente exudativas ó que van acompañadas de supuración, aplica la cura húmeda con soluciones al 1 por 1500 y al 1 por 1000, observando que es «admirablemente tolerada.» No ha de olvidarse, sin embargo, la extrema intolerancia que para el mercurio presentan algunos individuos y deberán vigilarse constantemente estas curas sin dejarlas nunca á la discreción de los enfermos.

(2) El *agua blanca del Códex* es una solución de una parte de subacetato de plomo líquido por 50 de agua común.

los mismos puntos, en las variedades tórpidas regionales, —cuero cabelludo, porciones de los miembros, etc., — si se escoge el momento con oportunidad, se obtienen á veces buenos resultados con los astringentes sustitutivos del tipo de los que se emplean en oftalmología — *sulfatos de zinc y de cobre*, solos ó asociados. El sulfato de zinc á la dosis de 0^{gr},10 á 1 por 500, y el sulfato de cobre á la dosis de 0^{gr},05 á 0^{gr},40 por 500 (1), aumentándolas ó disminuyéndolas progresivamente, según la extensión de las superficies y según la tolerancia.

E.—En los casos de tumefacción edematosa considerable, con prurito muy intenso y secreción abundante de la piel eczematosa, ó en los de paroxismos eczemáticos que recidivan con persistencia, especialmente si la exacerbación se produce como consecuencia de la aplicación de tópicos grasos, han sido empleadas por Kaposi las compresas impregnadas de agua común con diversas proporciones de *licor — alumbre y plomo*—de Burow (2).

(1) En distintas ocasiones, desde hace veinticinco años, hemos empleado el sulfato de cobre en el tratamiento de la eczematización, pero con resultados incompletos y desiguales. En esos últimos años, siguiendo el ejemplo de SABOURAUD, hemos empleado de nuevo y simultáneamente los sulfatos de cobre y de zinc en una solución conocida con el nombre de *agua de Alibour*, de muy antiguo uso en aplicaciones vulnerarias y en colirios, según una fórmula que varia en las distintas farmacopeas. La usada en el hospital Saint-Louis, adonde fué importada ó reimportada por VIDAL y SABOURAUD, es la siguiente:

Sulfato de zinc.	7 gramos
Sulfato de cobre.	2 —
Alcanfor.	1 —
Azafrán.	0 gr. 40
Agua.	200 gramos

El agua de Alibour se emplea *diluida*, de 2 á 25 por 100 según la tolerancia y la extensión de las superficies.

(2) El licor de Burow, de que se sirve KAPOSI, se compone:

Acetato de plomo cristalizado.	100 gramos
Que se disolverán en:	
Agua destilada.	300 gramos
Mézclese con:	
Alumbre.	66 gramos
Sulfato de potasa.	12 —
Disuelto en:	
Agua destilada.	500 gramos
H. s. a.	

Déjese reposar á una temperatura inferior á 10°. R. El plomo se precipita en el fondo del vaso en estado de polvo insoluble. El sulfato de alúmina y potasa representa el elemento activo astringente; el plomo obra como polvo inerte ó ligeramente astringente.

El licor de Burow contiene de 7,5 á 8 por 100 de *acetato de alúmina*; debe, pues, considerarse como un licor *madre*, del que 5 gramos representan unos 0 gr. 40 de acetato de alúmina — 5 gramos de licor de Burow por 100 de agua hervida, constituyen una *dosis inicial* que se aumentará progresivamente, si es necesario, según la tolerancia, la extensión de las superficies y los resultados obtenidos.

E. — OCLUSIÓN IMPERMEABLE INMEDIATA

Los impermeables, en vez de colocarse sobre los apósitos húmedos, pueden ser aplicados directamente sobre las superficies eczematizadas, siguiendo el método de Colson (de Beauvais), puesto en práctica por Hardy (1) en el hospital Saint-Louis y por Hebra en Viena, quien lo vió usar en la clínica de Hardy.

Lailler es quien ha desarrollado el procedimiento aplicándolo extensamente siguiendo indicaciones precisas (2). Sobre esta cuestión hace más de veinte años que publicamos también una extensa memoria (3);

(1) Desde 1855, COLSON había comenzado á emplear la tela de caucho en el tratamiento del eczema y hasta 1869, mucho tiempo después de haber comunicado á HARDY el resultado de sus primeras observaciones, no publicó su trabajo. (Del empleo de la tela de caucho vulcanizado en las enfermedades dartoosas. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1869, pág. 89). En el mismo año publicó HEBRA el resultado de sus experimentos en el artículo primero del primer número de los *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, pág. 1 con el título de *Ueber die Verwendung des Kautschuks bei der Behandlung von Hautkrankheiten*.

(2) Las indicaciones dadas por LAILLER son las siguientes: «A no ser que se trate de un estado peragudo, con fiebre intensa, se obtienen buenos resultados de llevar constantemente un vestido de caucho que se limpie de una á cuatro veces cada veinticuatro horas, según sea la intensidad del rezumamiento, siempre muy abundante en los primeros días.

No hay que asustarse por la abundancia del exudado ni por su olor desagradable, pues disminuyen con bastante rapidez al cabo de algunos días. Cuando ha cesado casi por completo, la piel está menos roja y se presenta el período escamoso, se continuará usando el caucho, pero únicamente por la noche.» — El tratamiento del eczema en el hospital de Saint-Louis (*Semaine médicale*, Enero, 1892).

(3) Reproduciremos textualmente un corto fragmento de nuestro trabajo, que parece haber sido olvidado, creyendo que será leído por aquellos á quienes ofrezca interés la cuestión: «III. EFECTOS INMEDIATOS DE LA ENVOLTURA IMPERMEABLE. — Me abstendré cuidadosamente de proponer ninguna teoría acerca el modo de obrar de la envoltura impermeable; lo poco que sabemos sobre la fisiología normal de la piel y sobre los trastornos de funcionamiento que experimenta en el estado patológico, nos impiden entrar en grandes disquisiciones. Basta figurarse que aquí se trata de un modo de obrar muy complejo, en el que la oclusión, la uniformidad de temperatura, la acumulación de líquidos en la superficie de la piel, la hipersecreción cutánea y en ciertos casos quizás alguna acción química dependiente de la naturaleza del tejido empleado, pueden intervenir. En efecto, la superficie cubierta se encuentra sometida mientras dura el tratamiento, á un baño prolongado de la temperatura del cuerpo, en el que desempeña el primer papel la secreción cutánea y especialmente la perspiración sudoral; parece cierto, además, que la exhalación de la piel no se acumula tan sólo en virtud de la oclusión impermeable, sino porque se produce en cantidad excesiva: dedúcese de esto que es permitido creer que se realiza un verdadero DESAGÜE, una DEFLUXIÓN de la parte enferma. Por otra parte, la supresión del contacto renovado del aire, del roce de los vestidos ó de las ropas de la cama, contribuye también á producir el alivio tan notable que experimentan por regla general los pruriginosos y que constituye uno de los resultados más notables de esta forma de tratamiento. En el caso de utilizar la tela vulcanizada, concedo poca importancia, aunque sin negarla en absoluto, á la acción especial y directa del elemento sulfuroso sobre la lesión cutánea; cuando el tejido ha sido lavado gran número de veces y está lo más limpio posible, mientras continúe siendo impermeable, no me ha parecido nunca que la acción que ejerce disminuyera ni cambiara, y el tafetán barnizado simple que prefieren algunos individuos de las ciudades me ha parecido que producía también resultados del todo satisfactorios, tan buenos como los que se obtienen con las diversas formas de tejidos impermeables delgados y muy finos que hoy día se fabrican. Únicamente se

últimamente Tenneson (1) ha emprendido de nuevo el estudio minucioso del procedimiento de curación de Colson.

1.º La manera de obrar de la envoltura impermeable directa es complexa y no podrá expresarse con una fórmula absoluta: a) el aumento y la conservación, bajo el apósito, de la exhalación glomerular y vaga de la superficie envuelta, constituye un baño permanente comparable al de la envoltura húmeda tibia; b) por otra parte, cuando esto sucede con la cataplasma ó con las gasas húmedas, la exudación eczemática, facilitada y aumentada, constituye además una forma de cateresis, — *καταίρειν, sus-traher*. Estos dos fenómenos coexisten y disminuyen con más ó menos rapidez según los casos en los que el período de la defervescencia varía extraordinariamente; la exhalación acuosa subsiste después de la exudación eczemática, aunque disminuye considerablemente. Por último, el apósito impermeable, agente de desoxidación, de hiperexudación y de deflución, obra también como un protector eficaz, suprimiendo el acceso del aire y por medio de un contacto lo más suave posible con las superficies afectas (2).

Al conjunto de esas condiciones se debe la acción *antipruriginosa* de la oclusión impermeable, puesta tan bien de relieve por Colson por lo que se refiere al eczema, etc., y por Tenneson, la que se produce, sin embargo, por las mismas razones y en igual grado, en las diversas afecciones pruriginosas que no tienen nada de común con el eczema rezumante, como lo hemos demostrado, durante largos años, en nuestra clínica.

ha de tener cuidado, cuando el tejido empleado es muy ligero, de recubrirlo exteriormente en toda su extensión con compresas ó lienzos apropiados, á fin de asegurar la oclusión y para mantener la temperatura á un grado conveniente.

»Si la cura ha sido bien hecha, al levantarla, se observa que la superficie cutánea y la cara de contacto del tejido impermeable están cubiertas por un líquido más ó menos abundante, cuya composición varía según la naturaleza de la lesión, pero ordinariamente, de una gran parte de agua sudoral, que contiene en maceración los elementos de la *secreción patológica* propia de la afección en tratamiento; el reblandecimiento y la caída de las costras ó demás productos de exudación se verifican rápidamente, y con muy pocas aplicaciones queda la superficie enferma tan bien detergida como pudiera haberlo sido empleando las cataplasmas ó los baños prolongados. *La cantidad de líquido exudado, de ordinario considerable al comenzar el tratamiento, es casi nula al terminar el mismo.*

»Bajo el punto de vista del estado general de las funciones del individuo, no se sigue ningún perjuicio de la aplicación de la envoltura, pues hemos sometido muchas veces á los enfermos á esta forma de tratamiento aplicado á la totalidad del cuerpo, cráneo, cara y envoltura completa del tronco sin que se haya originado el menor trastorno en su economía. En la generalidad de los casos, la tolerancia de la piel para el caucho es desde luego completa.»

ERNEST BESNIER.—Del empleo de los tejidos impermeables y especialmente de la tela de caucho en el tratamiento de las afecciones de la piel. *Bulletin de Thérapeutique*, 30 Enero de 1875.

(1) TENNESON. — *Traité clinique de dermatologie*, Paris, 1893.

(2) Véase la nota indicada anteriormente.

En el período de orgasmo eczemático, sobre todo si las superficies enfermas no han sido convenientemente detergidas, los exudados que se acumulan debajo de la tela impermeable contribuyen á hacer reaparecer el prurito; esta circunstancia, sin embargo, no se presenta en todos los casos, pues no se observa en todos los individuos ni cuando existe se manifiesta en igual grado ni en los mismos intervalos.

El renovar la cura, el descenso de la temperatura local y el nuevo contacto del caucho contribuyen, en proporción variable según los individuos, á mitigar el prurito, tal como se observa en todos los apósitos, cualquiera que sea su clase, cataplasmas, gasas húmedas, pomadas, etc.

2.º La *tela de caucho* es lo más conveniente como envoltura impermeable, salvo para ciertas regiones que indicaremos al tratar de las localizaciones especiales del eczema, por ejemplo, el cuero cabelludo, el escroto, las extremidades, el labio superior, etc., en las cuales conviene á veces emplear más particularmente el *caucho elástico*, esté ó no vulcanizado. Las telas han de ser flexibles y bastante finas, aunque no de un modo exagerado.

3.º La *manera* de aplicar la envoltura impermeable es de las más sencillas: después de haber, como en los apósitos precedentes, lavado, limpiado y aseptizado la piel á nivel de las superficies eczematizadas y su contorno, se cortan de la tela de caucho varias piezas de la forma y dimensión de las superficies eczematizadas, cuando esto es posible, aplicándolas directamente sobre la piel siempre del lado del caucho. Por encima, una compresa de *lint* ó de gasa, y en algunas regiones una delgada capa de algodón hidrófilo, sosteniéndose el apósito *sin compresión* por medio de una venda ó con compresas ó fajas apropiadas. Cuando la multiplicidad de las placas eczematosas aisladas obliga á comprender varias de ellas bajo una misma pieza de tela, se procura restringir todo lo posible los contactos con la piel sana. En los períodos de defervescencia, las aplicaciones pueden *simplificarse*, y cuando ha cesado el rezumamiento basta fijar con algunos puntos los trozos de tela fina de caucho á las ropas interiores ó de la cama del enfermo.

4.º De igual modo que para las cataplasmas y las envolturas húmedas, etc., es necesario *renovar* los apósitos impermeables con mayor ó menor frecuencia, según los casos, el período de la enfermedad y las circunstancias del individuo. La regla dada por Tenneson de fijarse para la renovación, en la reaparición del prurito, es excelente, aunque no absoluta, aplicándose de un modo imperfecto en los individuos intolerantes, en los niños y durante la noche. Mientras se está en los primeros períodos,

las curas han de mudarse frecuentemente, pero casi siempre se establece con bastante rapidez la tolerancia y hemos obtenido *en el hospital*, bajo la inteligente y eficaz vigilancia de religiosas y de enfermeros ó enfermeras, excelentes resultados, renovando por término medio tres ó cuatro veces el apósito cada veinticuatro horas. Antes de levantar el apósito es necesario que esté ya todo dispuesto para aplicarlo de nuevo: pedazos de tela de caucho, etc., y tener á mano el agua hervida tibia, ó cualquiera otra loción apropiada para deterger suave y rápidamente la superficie eczematizada y la piel vecina, si está sucia; después se aplicará en seguida la tela nueva, cubriéndola, como la primera vez, de *lint*, etc. Todo esto es muy sencillo, de fácil y breve ejecución cuando se tiene preparado de antemano. Terminada la cura, se extiende la tela de caucho que se ha quitado sobre una mesa cubierta de un paño apropiado, y se lava bien con agua fría su cara engomada con algodón hidrófilo ó un lienzo aséptico hervido; el algodón una vez ha servido se tira, y si es lienzo, podrá todavía ser aprovechado, pero desinfectándolo con agua hirviendo. Las telas de caucho, extendidas sobre un lienzo ó puestas sobre cuerdas, se secan bien y rápidamente, de modo que pueden utilizarse después á la siguiente cura. Cabrá también emplearlas de nuevo inmediatamente después de haberse lavado, en los períodos en que el rezu-mamiento ha dejado de ser profuso y sórdido; es preferible, sin embargo, tener de repuesto cuando menos una pieza para cada foco eczemático; las curas alternadas, conforme nosotros las prescribimos, ofrecen la ventaja de adaptarse perfectamente á las exigencias de la asepsia y permitir que se verifique el cambio con la mayor rapidez posible. Esto es evidente.

5.º Los detalles especiales para la aplicación práctica de estas curas en las distintas regiones del cuerpo se expondrán al tratar de los eczemas regionales. Repetiremos solamente como observación general, que ha de procurarse siempre limitar el apósito á las superficies enfermas. Supongamos, por ejemplo, una pierna que presenta delante de la tibia, como sitio de elección, una placa de eczema del tamaño de la mano; si el enfermo se envuelve por completo la pierna con la tela de caucho sin tomarse todos los cuidados que se requieren, es posible que se eczematicen rápidamente las partes sanas cubiertas, demostrándose la acción productora de la envoltura por las delimitaciones circulares rectilíneas de la eczematización secundaria.

Cuando las placas eczemáticas ocupan la pierna y el muslo, el brazo y el antebrazo, sin invadir el codo ó la rodilla, cada porción eczematizada habrá de curarse por separado. *En el período rezumante, hiperecruda-*

tivo de los eczemas, rechazamos las envolturas hechas con telas de caucho dispuestas en forma de polainas ó adaptadas á los muslos, rodilleras, cinturones, chalecos, etc., no solamente porque con ellas se hace difícil el lavado aséptico, sí que también porque todos esos aparatos, si se prescinde de los cuidados del médico, pueden dar origen á los más graves accidentes. El que ha podido observar en un niño de la primera infancia la aparición de una eczematización roja confluyente generalizada á consecuencia de una envoltura de caucho por todo el cuerpo sin las precauciones convenientes, practicada por estar afecto de un eczema diseminado, sabe á qué atenerse sobre este punto. El defecto no estriba precisamente en el apósito sino en su mala aplicación, y esto, si bien no se ve en los hospitales en donde existe la vigilancia facultativa, la práctica enseña, en cambio, que muchas veces se presentan algunas dificultades para hacer comprender á los interesados la técnica exacta de esta cura por sencilla que sea.

6.º Por razón de la complejidad de su modo de obrar, el apósito impermeable inmediato, agente de limpieza, defluxión, desagüe, cura antiflogística húmeda, protección, etc., se halla indicado en las más variadas fases y formas de los eczemas. En las formas agudas su indicación comienza desde el primer momento, tan pronto como se han mitigado las irritaciones dérmicas inmediatas, las infecciones secundarias y desprendido los conglomerados costrosos, etc., por los polvos y después de lociones, cataplasmas, ó envolturas húmedas que vienen á preparar convenientemente el terreno, con el concurso de diversos agentes de la medicación interna. Está indicado también cuando el rezumamiento no es excesivo, cuando no hay motivo de temerlo ó bien si se le considera como medio de poner en práctica la teoría de la derivación respecto de otro elemento morboso coexistente.

El criterio que debe seguirse, lejos de ser sistemático, ha de adaptarse á las particularidades de cada caso. Supongamos, por ejemplo, un caso de eczema, excesivamente rezumante, profuso, en el que no existe indicación alguna del género de las señaladas últimamente; no encontramos por ningún lado útil favorecer esta diacrisis excesiva y sin vacilaciones probamos de moderarla por el uso interno de la belladona, del tanino ó del fosfato de cal, etc., y con las curas húmedas simples ó asociadas sin recurrir al caucho. Este eczema, en los plazos regulares y con diversas aplicaciones, curará tan perfectamente como si se hubiese empleado la envoltura de caucho; en este caso concreto, no había ninguna necesidad de favorecer ó de prolongar el rezumamiento patológico. Supongamos, por el contrario, otro eczema que desde el primer momento ó después de

haberlo sometido á los preliminares de las curas secas y húmedas, y no hallándose en estado de ser tratado por los medios de reducción, queda estacionario, «frío», sin tendencia á resolverse. En este caso la indicación existe y podrá ensayarse la aplicación directa del caucho, cuyo efecto caterético simple será—no diremos ciertamente, pues esta afirmación es poco apropiada en materia de eczema—probablemente favorable, etc., etc.

Resumiendo, pues, diremos que, en realidad, la acción de la cura con caucho aplicado sobre los tejidos eczematizados no es siempre la misma ni puede reducirse á una sola de sus modalidades curativas por importante que sea; la cura considerada en sí misma tiene sus días y sus horas; su uso las más de las veces no pasa de temporal y no puede ser considerado como un método sistemático general ni exclusivo. Muchos eczemas podrán ser curados rápida y completamente por los más diversos procedimientos, sin haberlos sometido á la cura impermeable directa, y sin que se haya provocado en ellos sistemáticamente el rezumamiento durante un tiempo indeterminado.

F. — TÓPICOS GRASOS

- I. Excipientes antiguos y modernos.—II. Farmacología y técnica de las pomadas, pastas, jabones, emplastos y barnices

1.º Los *tópicos grasos*, agentes esenciales de restauración para la parakeratosis eczemática, son además vectores indispensables para introducir mecánicamente las sustancias reductoras en la epidermodermis. Excepción hecha de los individuos cuya piel no tolera ninguna grasa, existen muchas lesiones eczemáticas, no húmedas, cuyo progreso se detiene merced á la acción de una grasa pura, simple, y más veces conteniendo diversas sustancias medicamentosas.

Los tópicos grasos se hallan perfectamente indicados al comienzo de un gran número de formas simples, elementales, iniciales, no exudativas, ligeras, superficiales, para cuya curación son suficientes si se aplican correcta y oportunamente; la indicación se impone con más fuerza y de un modo más general en el período terminal de la mayor parte de las especies y de las variedades de eczema, y más todavía en algunas formas del tipo seborreico que no han pasado por el período de irritación común ni accidental ó que aún habiéndole sufrido hayan vuelto al tipo elemental.

Oportunos serán también los tópicos grasos cuando, habiendo la eczematización, en el curso de las eczematizaciones completas, recorrido la

fase exudativa aguda, parezca que no ha de curar rápidamente con apósitos anodinos húmedos, ni con la oclusión impermeable, y cuando, desaparecidos los fenómenos irritativos, no se obtengan con las aplicaciones húmedas astringentes los resultados que se buscaban,—en todos los casos, en una palabra, en que el eczema se estaciona. En éste como en otros puntos, sin embargo, el precepto clásico antiguo es relativo, y no se vaya á creer que en todos los casos sea uniformemente necesario, para acudir á los tópicos, esperar á que las superficies eczematizadas se encuentren en circunstancias de tolerar la aplicación *inmediata*, permanente y exclusiva de la nueva medicación.

Esto muchas veces no sería otra cosa que perder el tiempo: los agentes de la primera serie que no sean manifestamente suficientes para determinar la curación en breve plazo, sólo han de considerarse como *temporales*, y se deberá intentar lo más pronto posible todo aquello que pueda precipitar la curación. A esto se llega asociando las diversas curas, por ejemplo, las oclusiones mediatas ó inmediatas por la noche y las pomadas ó los emplastos de día.

Esta forma de tratamiento exige, conviene hacerlo constar, la presencia real del médico, como la exigen todas las enfermedades de evolución y terapéutica variables; el enfermo ó las personas que aplican el tratamiento son incompetentes para introducir en él las modificaciones que todos los días pueden reclamar los resultados producidos, volver atrás ó adelantar mesuradamente y bajo formas que no pueden ser determinadas de antemano.

2.º La primera aplicación de los tópicos, cualesquiera que sean las circunstancias, se hará muy parcamente, en pequeña cantidad, á débil dosis y al principio en una superficie limitada. Esta recomendación, de utilidad general, se impone sobre todo á aquellos que no tienen mucha práctica en el tratamiento del eczema, completándose con la de que hay que guardarse de aplicar sobre extensas superficies y al primer eczematoso que se presente, las fórmulas infalibles que tanto abundan en la literatura médica.

3.º En la composición de los tópicos destinados á la más irritable de las dermatitis, tienen una importancia de primer orden la naturaleza y la calidad de las bases. Así el médico, aun cuando haya hecho una prescripción razonable y correcta, puede verse sorprendido por el más completo fracaso de sus esfuerzos si la preparación farmacéutica es defectuosa ó el excipiente es séptico, ó de mala calidad, ó falsificado. Es verdad que

en determinados individuos intolerantes para las substancias grasas, todas las pomadas, aun las más anodinas, son irritantes; pero esto es lo excepcional, y convendrá siempre hacer lo posible para asegurar la buena calidad de las prescripciones. Esta regla es general.

1.º Excipientes antiguos y modernos

Los *excipientes* de que puede disponerse hoy día son tan numerosos, que se hace difícil su elección; unos son antiguos y otros modernos, poco conocidos estos últimos de los prácticos.

A. — EXCIPIENTES ANTIGUOS

Esta clase de excipientes, preparados *recientemente* y *asépticos*, son excelentes bases para todas las pomadas que se emplean en el tratamiento del eczema, especialmente en los casos en que la piel es fina y en los individuos de piel irritable, ó también cuando la eczematización no ha alcanzado sus últimas fases. Siendo todos ellos conocidos, bastará su enumeración:

a) *Manteca de cerdo simple ó benzoada*. — *Pomada de pepinos* (Manteca de cerdo, grasa de vaca y jugo de pepinos). — *Ceratos blanco ó amarillo*, con ó sin agua destilada de rosas, de laurel-cerezo, de flores de naranjo, etc. — *Cold-cream* ó cerato con blanco de ballena de las farmacopeas inglesa, americana ó belga; la mayor parte de los aceites empleados en farmacia, — *aceite de olivas*, de *almendras dulces*, de *ricino*, de *hígado de bacalao*, *aceite de delfín*, la *glicerina*, etc., — esterilizados, pueden constituir excelentes excipientes para numerosas preparaciones eczematoterápicas.

B. — EXCIPIENTES MODERNOS

Menos alterables que los anteriores, y dotados algunos de ellos de propiedades keratoplásticas especiales, han venido á enriquecer la materia médica dermatológica. Por lo poco vulgarizados que están, es necesario entrar en algunos detalles.

1.º *Vaselinas*. — a) *Vaselina amarilla ó blanca*, muchas veces, aunque no siempre, es bien tolerada por la piel; sólo podrá recibir ó añadirsele muy pequeña cantidad de agua.

b) *Vasógenas*. — *Vaselinas líquidas oxigenadas*, bases bastante bien

toleradas por la piel, que pueden utilizarse en el caso en que se pretenda obtener el máximo de penetración de sustancias medicamentosas disueltas en una pomada. Poder *emulsionante* muy acentuado.

2.º *Laininas* (Lanolina.—*Adeps lanæ*.—*Esype*).—Bases que se extraen del churre de los animales con lana, untuosas al tacto, viscosas y débilmente olorosas, *muy notables é importantes por la considerable cantidad de agua,—peso igual,—que puede incorporárseles* por malaxación, y de propiedades keratoplásticas. Generalmente son bien toleradas cuando son de buena calidad, no *falsificadas*, y completamente asépticas.

a) *Lanolina* ó *lainina* propiamente dicha.—Compuesta en su mayor parte de ácido oleico, se prepara, después de la saponificación de los ácidos grasos, por el procedimiento centrífugo. La *lainina* del comercio está hidratada al 25 por 100.—b) *Grasa de lana* (*Adeps lanæ*, *Adeps*, grasa).—*Lainina* preparada por un procedimiento diferente; untuosidad y propiedad adhesiva más acentuadas; se presta fácilmente á la preparación de los ceratos y de los cold-creams (1); puede ir asociada en cualquier proporción á las demás grasas.—c) *Esype*.—Churre natural, no purificado, cuyo olor puede hacerse desaparecer con aceite perfumado al 1 por 30, sirviendo para preparar pastas *muy adherentes* y poco alterables.

3.º *Laininas compuestas*.—Se pueden preparar en número indefinido bases de *lainina* hidratada, generalmente bien toleradas, que admiten toda clase de asociación medicamentosa y son convenientes para la preparación de pomadas destinadas al tratamiento del eczema; su *facultad de penetración* parece muy acentuada. La más antigua que ha servido y servirá de tipo es la «*resorbina alemana*». Consiste en una *emulsión* compuesta de aceite de almendras dulces muy puro, cera, gelatina y jabón y una pequeña cantidad de *lainina*, según una fórmula de que se guarda el secreto (2).

(1) He aquí un ejemplo de cerato del *adeps lanæ*:

Adeps lanæ.	} aa. 10 gramos
Aceite de almendras.	
Agua de flores de naranjo.	20 —

M. s. a.

UNNA

(2) F. VIGIER ha compuesto, dándole el nombre de *aleptina* (de ἀλεπτός, propia para embadurnar y engrasar), un excipiente análogo que hemos empleado repetidas veces.

Lainina anhidra	2000 gramos
Aceite de almendras dulces benzoinado.	6000 —
Blanco de ballena.	1500 —
Cera blanca.	1100 —
Agua destilada esterilizada.	3000 —
Bálsamo del Perú	100 —
Gelatina blanca.	200 —

M. s. a.

F. VIGIER.

4.º *Oleatos*.—Verdaderos jabones á base de ácido oleico, introducidos en la práctica en 1872 por John Marshall, que contienen por base el agente medicamentoso á la dosis de 5 á 20 por 100, —zinc, plomo, mercurio, bismuto, etc.; —masa amorfa que no contiene ácido oleico libre; cosméticos cuyo empleo es relativamente agradable. Los oleatos no dan en nuestro país tan señalados resultados como en su país de origen.

5.º *Myronina* (1).—Sucedánea de la vaselina y de la lanolina, se prepara con el aceite de una especie de delfín (*Entwallöl*); su color es amarillento y su propiedad adhesiva bastante acentuada.

2.º Técnica y farmacología de las pomadas, pastas, jabones, emplastos, gelatinas y barnices

A. — *Pomadas*.—En general, la *aplicación* de las pomadas se hace con la mano, que debe estar rigurosamente limpia, ó con pinceles de algodón aséptico montados sobre bastoncillos, que se renovarán en cada cura; en las variedades secas, psoriasiformes, en las que la aplicación supone una verdadera *fricción*, se verificará aquélla con cepillos cubiertos de piel de gamuza (véase el TRATAMIENTO DEL PSORIASIS). En algunos casos, la pomada se extiende sobre compresas de *lint* ó de gasa aséptica, de igual forma y dimensiones que las superficies eczematizadas, las que se prepararán de antemano ó estarán ya arregladas por el farmacéutico,—*pomadas-gasas* (Unna, Cavaillès),—sujetándolas con vendas ó con una capa de gelatina.

Una vez aplicada la pomada, podrán emplearse diferentes clases de curas: lo más sencillo consiste en espolvorear las superficies afectas con un polvo inerte como el talco, recubriéndolo después con una gasa, un poco de algodón hidrófilo y sujetando esta cura con una venda de gasa. Cuando el eczema es húmedo, se cubrirá primero con una pieza de gasa aséptica neutra, humedecida en agua hervida, después un trozo de caucho

CAVAILLÈS prepara asimismo un sucedáneo que parece tener las propiedades de la resorbina, al que denomina *adiptina*, cuya fórmula es:

Cera blanca.	25 gramos
Parafina.	25 —
Aceite de vaselina.	400 —
Lanolina anhidra	250 —
Agua de rosas.	50 —
Agua de laurel cerezo.	50 —

M. s. a.

(1) EGGERT.—*Ueber Myronin* (*Dermat. Zeitschr.*, 1895, pág. 143).

fino que no exceda de los límites de la compresa, un poco de algodón hidrófilo y últimamente una venda.

En las curas sucesivas, si se notara que los polvos forman una masa con los exudados, se quita con un pincel de algodón impregnado de aceite esterilizado; las piezas del apósito que estuviesen pegadas á la piel podrán separarse bastante bien y sin interesar la epidermis por medio de agua hervida tibia, ó una pulverización de agua hervida, boricada, ó con una débil cantidad de timol, de fenosalol, 1 por 1000, etc.

La renovación de las curas se hará con mayor ó menor frecuencia según el estado de las superficies enfermas y las sensaciones que experimentan los pacientes; por término medio, será bueno renovarlas mañana y tarde ó más á menudo al principio, para comprobar la acción producida; algunas veces, sin embargo, se practicarán con mucha menos frecuencia y en ciertas formas se obtienen muy buenos resultados practicando pocas curas y la oclusión con algodón. A cada renovación del apósito,—y esto es de regla á nuestro entender, trátase de pomadas, pastas ó emplastos, etc.,—las superficies enfermas deberán limpiarse con un poco de aceite ó de pomada simple aséptica por medio de algodón hidrófilo, ó detergerse con agua jabonosa, y secarse con torundas de uata hidrófila humedecidas con una solución aséptica ó débilmente sublimada. (Véase págs. 115 y 116).

B. — *Pastas ó pomadas espesas, no resinosas.* — El empleo de las pastas, por más que no era antes desconocido, se ha generalizado y regularizado merced á los trabajos de Lassar y de Unna, constituyendo un verdadero progreso en eczematoterapia. Como si fueran excipientes lo mismo que las pomadas, las pastas moderan notablemente las propiedades irritantes del agente medicamentoso, pudiéndose emplear con buenos resultados en todas las superficies desprovistas de pelo y constituyendo verdaderos apósitos protectores. Los aceites y las grasas de cualesquiera clase, la glicerina y todos los excipientes modernos, simples ó compuestos, pueden servir de base para su confección (1).

(1) Las preparaciones siguientes pueden servir de tipo:

PASTA Á BASE DE ACEITE Ó GLICERINA

H. s. a.	Kaolín puro ó Bol blanco (*).	} aa.	30 gramos	UNNA.
	Aceite de lino ó glicerina.		40 —	
	Oxido blanco de zinc.		40 —	

PASTA Á BASE DE VASELINA

H. s. a.	Almidón.	} aa.	24 gramos	LASSAR.
	Oxido blanco de zinc.		2 —	
	Acido salicílico.		50 —	
	Vaselina.		50 —	

(*) Las pastas á base de Kaolín se designan con el nombre de *pastas bolares*.

Nosotros empleamos desde hace mucho tiempo como pasta esencial, simple ó asociada á los distintos agentes medicamentosos, la siguiente preparación elemental, que es muy sencilla:

Vaselina.	} aa.	50 gramos
Oxido blanco de zinc.		

Si se emplean las bases aceitosas, se podrá disminuir todavía la proporción del elemento graso, como sucede en la siguiente fórmula, á nuestro entender, de igual importancia que la anterior:

Aceite de almendras esterilizado.	10 gramos
Oxido blanco de zinc.	20 —

M. s. a.

La técnica ó procedimiento para emplear las pastas es exactamente idéntica á la que ha de seguirse en el uso de las pomadas que acabamos de describir, y cuando están bien preparadas, por más compactas que sean, se licuan lo suficiente por el calor de la mano del que hace la fricción y el de la piel del enfermo. Idénticos cuidados deberán seguirse respecto de la asepsia de la piel enferma antes de practicar las curas, y en detalles de su aplicación.

C.—*Jabones*.—Los jabones habían sido empleados por Alibert y varios médicos ingleses en las enfermedades de la piel, aunque únicamente en el tratamiento de la sarna. Hebra en 1850 fué quien inauguró el empleo metódico de los mismos; pero de los trabajos de Unna (1) es de donde arranca principalmente la importancia que se concede á los jabones medicinales en el tratamiento de algunas formas de eczema, no tan sólo para lociones deterativas, sino como excipientes para varias substancias medicamentosas y como agentes de *penetración* por excelencia en la epidermis. En la composición de dichos jabones han de entrar únicamente grasas muy puras, lejías de sosa ó de potasa en proporción determinada, de manera que su reacción sea absolutamente neutra. A fin de evitar que resulten demasiado secantes y con el objeto de hacerlos completamente neutros, Unna añade un exceso de grasa, ó mejor de aceite de olivas, una parte por ocho de grasa, — *überfettete (surgras)*, — jabón excipiente con exceso de grasa (2).

(1) UNNA.—*Ueber mediz. Seifen*, *Wolkmann's Sammlung Klin. Vorträge*, n.º 252, 1885.

(2) LETZEL, de Munich (*Allg. méd. Centr., Zeit.*, 1885, n.ºs 77, 78) había aconsejado, para servir de base á una pomada, el jabón amoniacal conocido con el nombre de *bálsamo de Opodeldoch*.

Sebo muy puro.	59,3
Aceite de olivas.	7,4
Lejía de sosa.	22,2
Lejía de potasa.	11,1

H. s. a.

Este jabón contiene aproximadamente un 4 por 100 de aceite libre no saponificado.

Los jabones en cuya composición entran sustancias medicamentosas se preparan triturando con el jabón que sirve de excipiente una determinada proporción de dichas sustancias.

D. — *Emplastos*. — Las telas que se embadurnan con sustancias medicamentosas incorporadas á una masa emplástica, como así se la denomina, son epitemas adhesivos en hojas ó sea esparadrapos medicamentosos. Desde los primeros ensayos de Unna, á quien se debe el verdadero progreso actual en esta materia, la farmacia francesa fabrica emplastos, que no los tienen mejores los demás países (1).

La posibilidad de emplear, en el tratamiento de algunas formas determinadas de eczema y en ciertas localizaciones, una sustancia medicamentosa en forma de tela adhesiva, facilita y simplifica de un modo especial la técnica de las curas. Por desgracia, no es siempre fácil disponer de emplastos asépticos recientemente preparados, cuya masa esté desprovista de toda acción irritante sobre la superficie eczematizada ó sobre los tejidos sanos circunvecinos; han de ser fuertes y flexibles, bastante adherentes aunque sin exageración y compuestos de manera que no se derriitan ni se extiendan por la temperatura de la piel, unas veces impermeables, otras permeables, «porosos», fenestrados y perforados.

La aplicación de los emplastos se verifica del modo más sencillo; se cortarán de una forma y dimensiones iguales á las de las superficies eczematizadas, sobre todo si están compuestos de sustancias activas. Cuando la región que ha de cubrirse es extensa, aplicamos los emplastos en pequeñas vendas yuxtapuestas no imbricadas, de manera que se pueda, en los casos que se practican pocas curas, reparar parcialmente los puntos que es necesario cubrir de nuevo. Al quitar el emplasto, se levantará con suavidad, y si se encuentra que está fuertemente adherido, se aplicará por breves momentos sobre su superficie una compresa mojada con agua *caliente*; el desprendimiento se verifica entonces sin dificultad.

(1) Cúmplenos encomiar aquí los cuidados incesantes que se toma M. PORTES, jefe de la farmacia del hospital de Saint-Louis, para proporcionar á los jefes de servicio de dicho hospital emplastos irreprochables, que á ningún otro ceden la primacía.

Debemos agradecer también en este lugar el desinterés y celo de los señores CAVAILLÈS, DEBUCHY y F. VIGIER en ayudarnos, desde hace muchos años, en los repetidos estudios que hemos emprendido respecto de los emplastos.

Cuando por el estado de la piel deban emplearse emplastos poco ó nada adhesivos, se sostienen por una venda de gasa ó con una capa de cola de gelatina, ó con mangas, polainas, etc., de paño fino. Inútil es añadir que antes de aplicar los emplastos se tendrán con las superficies eczematizadas los mismos cuidados que son de regla en todas las demás curas.

La cuestión de los esparadrapos dermatoterápicos, á pesar de su importancia, está poco vulgarizada, razón por la cual juzgamos útil exponer aquí, por vía de apéndice y con los detalles necesarios, sus indicaciones más precisas.

Apéndice sobre los emplastos

I. — Emplastos que se usan en el hospital de Saint-Louis, preparados por el jefe de farmacia M. L. PORTES.

Los esparadrapos que se utilizan en el hospital de Saint-Louis se fabrican del mismo modo. En efecto, todos se obtienen extendiendo diversas masas emplásticas sobre tiras de calicut ó indiana que se hacen pasar repetidas veces por debajo de la hoja roma de un gran cuchillo que está fijo.

Las tiras de hoja tienen siempre las mismas dimensiones, tres metros de largo por veinte centímetros de ancho, y la presión que se ejerce al pasar las tiras por la hoja del cuchillo siempre es también sensiblemente la misma; la única variación que existe estriba en la composición de las masas empleadas y en la mayor ó menor fluidez que conviene darlas á fin de que puedan ser extendidas sin atravesar el tejido de la tira.

En la práctica ofrece alguna pequeña dificultad encontrar el grado de calor indispensable para obtener la fluidez necesaria de la masa emplástica, dificultad que podrá aumentar todavía según la mayor ó menor habilidad de los dos ayudantes que están encargados de imprimir un movimiento de vaivén á la tira, cada vez que pasa por la hoja del cuchillo, calentada previamente. Esta dificultad, sin embargo, dista mucho de ser insuperable, y la práctica de esta sencilla operación es posible á todos los farmacéuticos. Lo único que podría constituir un verdadero obstáculo es la grande extensión de los locales necesarios para verificar tal operación, pero aun este inconveniente se salva fácilmente trabajando con tiras menos largas.

La composición de las masas emplásticas es verdaderamente lo único que varía en los distintos esparadrapos, pues á cada una de las sustancias activas corresponde, si no un excipiente diferente, al menos una masa emplástica convenientemente apropiada.

A los aceites químicamente inertes sobre los jabones de plomo, se añade un emplasto simple y cera amarilla. Ejemplo: esparadrappo de aceite de enebro, esparadrappo de aceite de hígado de bacalao, esparadrappo de cholmoogra, esparadrappo creosotado, salicilado, esparadrappo blanco, etc.

A las sustancias sólidas ó pastosas, sin acción sobre el emplasto de diaqui-

lón, y respecto de las cuales no hay que temer la acción irritante debida á las resinas de ese emplasto, puede asociarse este último. Ejemplo: esparadrapo rojo, esparadrapo á base de calomel, esparadrapo yodofórmico.

El esparadrapo de ácido pirogálico y todos los esparadrapos similares cuyo principio sufre la influencia de las combinaciones plúmbicas, se preparan, por el contrario, sin la intervención de ningún jabón mineral. La masa se forma entonces de resinas, cera, trementina y lanolina de caucho.

(El emplasto de diaquilón engomado de los hospitales no corresponde exactamente á la fórmula del Códex de 1884: en este último se han suprimido dos resinas, el bdellium y el sagapenum, y se ha doblado la dosis de la goma amoniaca y del gálbano. Además, el emplasto simple que entra en la fórmula se prepara, en el momento necesario, sin separarlo de la glicerina que resulta de la reacción. A la presencia de esta glicerina hay que atribuir la flexibilidad del esparadrapo que se deseaba).

El emplasto mordiente con el cual se fabrica el esparadrapo á base del capsicum, viene á ser el término medio entre las masas emplásticas del emplasto simple y las masas resino-lanolinizadas no engomadas.

En cuanto al esparadrapo á base de óxido de zinc, si bien parece aproximarse al emplasto simple en el modo de ser utilizado para los emplastos que tienen aceites como principio activo, se distingue de él por la dosis extraordinaria de lanolina engomada que constituye su excipiente primordial.

La manera de preparar esta lanolina engomada es muy especial y á su neutralidad respecto de la piel hay que atribuir todo el éxito del esparadrapo á base de óxido de zinc del hospital de Saint-Louis; creemos necesario, para terminar, insistir sobre esta preparación.

Esparadrapo á base de óxido de zinc:

Emplasto simple.. . . .	720
Cera amarilla.. . . .	400
Lanolina engomada.. . . .	1,800
Óxido de zinc.. . . .	600

Manera de confeccionarlo: 150 gramos de caucho moreno muy dúctil (caucho en bolas elásticas) se maceran en un gran frasco con tapón esmerilado con 3,000 gramos de cloroformo y se agitan repetidas veces cada día, hasta que la masa sea completamente homogénea. Esto conseguido, se vierte la masa en la cucúbita de un alambique en el que se han colocado previamente 1,800 gramos de lanolina; luego se calienta todo al baño maría después de haber ajustado un capitel que se unirá al refrigerante de un buen aparato de destilación.

Cuando todo el cloroformo se ha destilado, lo que se nota por el paso de gotitas acuosas que provienen del agua que contiene siempre la lanolina, se continúa todavía algunos minutos; después se suspende la operación vertiéndolo todo en una caldera en donde se ha derretido el emplasto simple, 720 gramos, y la cera, 400 gramos; se mezcla con el óxido de zinc y cuando se ha conseguido una consistencia conveniente, no falta más que extender la mezcla tal como tenemos por costumbre.

Del mismo modo se prepara también el esparadrapo á base de sulfato de cal.—
L. PORTES (comunicación personal).

II. — CAVAILLÉS prepara casi todos sus emplastos con una masa formada de partes iguales de vaselina, resina y solución de caucho; derrite la resina y la vaselina por el calor, añadiendo luego la solución de caucho, y obteniendo de esta manera al enfriarse una masa semilíquida. A esta masa incorpora *en frío* las sustancias medicamentosas activas á la dosis de 5, 10 y hasta 30 por 100; diluye el medicamento finamente pulverizado en una pequeña cantidad de aceite ó de vaselina, y luego lo añade en frío á su mezcla de caucho; lo agita bien para obtener una masa homogénea, que vierte al aparato destinado para la confección del esparadrapo sobre tiras de tela impermeables y asépticas, cuyo color se aproxima todo lo posible al de la carne. Deja que se evaporen estas tiras en un secador de aire frío, ó mejor en la estufa para los emplastos que toleran alguna temperatura.

Este es el procedimiento general que sigue para la preparación de los principales emplastos: aristol, yodoformo, salol, salicilado, resorcinado, crisofánico, pirogálico. De esta manera obtiene esparadrapos finos, flexibles, sin ser frágiles, que se conservan bien y no sufren ninguna alteración por el calor y las sales de plomo como en las antiguas preparaciones de emplastos (incorporación de la sustancia activa caliente al diaquilón ó al emplasto simple).

Para hacer el emplasto ó tafetán de Vigo (mercurial) y el emplasto rojo de Vidal (minio y cinabrio), se extiende la masa emplástica sobre un tejido de seda de color de rosa á fin de conseguir que los emplastos resulten muy finos y flexibles.

En cuanto al emplasto de óxido de zinc que en modo alguno ha de ser irritante, suprime la resina sustituyéndola por la cera blanca, pone mucho cuidado en evaporar bien la solución de caucho antes de echar el emplasto, y deja mucho tiempo en la estufa las tiras de dicho emplasto.

El esparadrapo de aceite de hígado de bacalao puede prepararse siguiendo el procedimiento general y ordinario, ó bien la fórmula del hospital de Saint-Louis, pero en este último caso el emplasto es menos flexible; á fin de obviar este inconveniente, se podrá añadir á la masa vaselina engomada, que hace al emplasto más flexible y adhesivo.

III. — DEBUCHY resume del modo siguiente las principales condiciones que han de tenerse en cuenta en la preparación del excipiente especial para cada emplasto medicamentoso: neutralidad absoluta de la masa, así en presencia como fuera del principio medicamentoso, que debe obrar en la totalidad de su dosificación.

Conservación de esta reacción neutra (lo que constituye una gran dificultad para ciertos emplastos en los que la acción oxidante del aire se verifica rápidamente).

Exclusión, casi siempre, de ciertos componentes de las masas emplásticas (emplasto diaquilón, emplasto simple, emplasto aglutinante, etc.).

En general, las cualidades que debe tener un buen tejido farmacéutico son: ser bastante adhesivo, sin exageración, y conservarse bien, sin ponerse demasiado seco ó demasiado blando por la acción del tiempo, etc.).

Se observará la asepsia completa en los materiales que se emplean para la confección de los esparadrapos (tejidos), así como en los instrumentos indispensables para la preparación de los mismos (telas, recipientes, etc.).

Por último, la condición que necesariamente se requiere para el excipiente, es

que no sea ni se convierta en irritante, condición que se obtiene si se pone cuidado en cumplir rigurosamente todas las precedentes reglas.

Para la preparación del esparadrapo á base de óxido de zinc, DEBUCHY da los siguientes detalles:

Calentar la mezcla de aceite de olivas puro, de óxido y de agua hasta la saponificación. Obtenida ésta, lávese la masa de las sales grasas que se forman con agua pura tibia repetidas veces y en gran cantidad, y si es necesario se exprimirá ligeramente comprimiéndola con un lienzo previamente esterilizado. Mézclese en seguida con un 30 por 100 aproximadamente de goma damar kauri; con este excipiente especial bastará, para tener la masa emplástica completa, añadir en una proporción calculada bastantes veces según la dosis prescrita de óxido de zinc, parte de una pomada de óxido de zinc á la lanolina ó á la vaselina. Se extiende inmediatamente sobre batista fina (purificada y pasada por la estufa), sustrayendo lo más pronto posible las tiras recubiertas de emplastro de la acción del aire, sin dejarlas secar libremente, como puede hacerse con algunas otras clases de esparadrapos.

Cuando se quiera un esparadrapo de óxido de zinc al caucho, habrán de tomarse las mayores precauciones, á fin de impedir las reacciones secundarias susceptibles de alterar completamente la naturaleza del esparadrapo y de evitar los efectos irritantes.

Los líquidos que se emplean para la dilución del caucho, como el sulfuro de carbono, no se emplearán sino después de haberse comprobado su pureza, neutralidad y la neutralidad del producto después de su preparación.

La elección de este líquido podrá introducir alguna variación en la preparación de la masa primitiva, y así con el sulfuro de carbono será preferible emplear la pomada de óxido de zinc á base de vaselina. Si se trata del cloroformo, siempre neutro, se evaporará completamente después de haber incorporado la masa de caucho en el emplastro. Cuando se emplee la bencina, habrá que utilizar tan sólo la que esté completamente libre de otros productos de la destilación (por más que estos últimos favorecen la dilución del caucho). Es preferible que obre sobre el caucho el éter de petróleo á recurrir de nuevo á la bencina pura; la proporción en la mezcla es de un 6 á 10 por 100. Mézclese en seguida al baño maría y evapórese suavemente.

Para el esparadrapo á base de resorcina, DEBUCHY indica lo siguiente: hágase fundir primeramente colofonia, cera amarilla (y no cera blanca, la cual con demasiada frecuencia es cera blanqueada artificialmente y no de la blanqueada por el aire, de donde proviene el peligro de contener productos residuales irritantes), y después lanolina; conseguido esto, se añadirá jabón sin glicerina, calentándolo todo poco á poco una hora aproximadamente. Pásese este excipiente por un lienzo purificado y añádase resorcina en la proporción de un 5 por 100, sin elevar la temperatura. Si la dosis de resorcina es mayor, se podrá añadir al excipiente una parte del excipiente especial al óxido de zinc, siguiendo la proporción indicada de resorcina. Para engomarlo se operará con la masa de caucho que ha servido para el óxido de zinc.

Por último, DEBUCHY indica para el esparadrapo á base de aceite de enebro la siguiente preparación: mézclese la masa de caucho con el aceite de enebro en la proporción de 2 á 1; déjese en contacto en un vaso cerrado durante cuarenta y ocho

horas aproximadamente; evapórese y extiéndase sobre tejido. El esparadrapo que se obtiene de esta manera es muy adhesivo.

Si se quiere que sea menos esponjoso, hágase una mezcla de cera del Japón, goma damar y sebo. Después de haberla fundido, se añadirá aceite de enebro.

IV. — La masa empleada por F. VIGIER se compone de:

Goma damar escogida.. . . .	50 gramos
Lainina anhidra.	60 —
Cera amarilla.	30 —
Polvo de iris.. . . .	20 —
Solución etérea de caucho al 1 por 10.. . . .	200 —

M. s. a.

Hágase fundir la goma damar y la cera, añadiendo el polvo de iris. Sostener el mortero en agua hirviendo y añadir la solución de caucho, removiéndolo hasta la evaporación del éter.

Cuando se incorpora un agente medicamentoso, el subnitrato de bismuto, por ejemplo, se pulveriza con la lainina añadiéndolo con el polvo de iris á la goma damar fundida.

E. — *Gelatinas*. — Los hidratos glicerizados de gelatina, ó colas, cuyo empleo en el tratamiento del eczema corresponde á la iniciativa de Pick y Unna, asociados al óxido de zinc dan buenos resultados en algunas formas de eczema no húmedas, ya como excipientes de sustancias activas, ya para cubrir y sostener las aplicaciones medicamentosas más diversas, ya como cura simple de las placas diseminadas en muchos puntos del cuerpo. También se emplean para proteger la piel sana que rodea á las superficies eczematizadas rezumantes, ó en las inmediaciones de los orificios naturales, en puntos donde se hacen impracticables otra clase de curas; ó bien, finalmente, como profilácticos para preservar á las superficies pruriginosas de la eczematización traumática debida á la acción de rascarse. Constituyen unos verdaderos emplastos solubles, menos irritantes que los esparadrapos, que pueden aplicarse muy sencillamente y en la forma que se desee por medio de un pincel ó con la mano ligeramente engrasada, formando capas más ó menos gruesas según lo que requieran las circunstancias de cada caso.

a)	Gelatina y glicerina. aa.	10 gramos
	Oxido blanco de zinc.. . . .	30 —
	Agua.	50 —

M. s. a.

UNNA y MENAHEM HODARA.

b)	Grenetina.. . . .	20 gramos
	Agua.	45 —
	Oxido blanco de zinc.	15 —
	Glicerina.	25 —

M. s. a.

CAVAILLÉS (Fórmula mediana de UNNA).

c)	Gelatina.	15 gramos
	Grenetina.	10 —
	Goma arábica.	0 gr. 50
	Glicerina.	aa. 30 gramos
	Agua hervida.	
	Oxido blanco de zinc.	10 —
	Fenosalol.	0 gr 20

M. s. a.

TENNESON y MILLIET.

Para aplicar las colas, se calientan al baño maría en el momento de la cura, teniendo cuidado de asegurarse, antes de hacer la untura, que la preparación es tibia y no quemante (1). Se pueden también aplicar las colas por medio de gelatinas sobre gasa, sumergidas un momento en agua caliente, y colocándolas luego *tibias* sobre la piel, á la que se adhieren.

Cuando se ha extendido la capa de la cola del espesor que se desea, se podrá adherir á su superficie, antes de su desecación, una pequeña cantidad de algodón hidrófilo que sea suficiente para que sin temor de adherencias puedan colocarse encima las ropas interiores y también para que la piel no haya de estar por mucho tiempo al descubierto. Las colas son solubles y se desprenden con bastante facilidad por los lavados con agua ó en un baño, y algunas veces en seco caen á pedazos.

F. — *Barnices y pomadas secantes* (2). — Utilizados en las mismas condiciones que las gelatinas, los barnices, blandos ó líquidos, en frío, se aplican con la mano ó por medio de un pincel y forman un revestimiento elástico, fino, soluble, empleado especialmente para el tratamiento de las lesiones que radican en las regiones descubiertas de la piel, aun cuando estén provistas de pelos lanosos ó muy cortados; dichos barnices serán transparentes ú opacos según qué medicamentos entren en su composición.

El barniz á base de caseína de Unna es una pomada barniz que contiene una gran cantidad de grasa emulsionada, y á la que pueden mezclarse las diversas especies de alquitrán ó de bálsamos, etc., hasta un 20 por 100, para los eczemas circunscritos de la cara y de las manos.

(1) CAVAILLÈS prepara las colas en forma de placas flexibles, de las que echa en el baño maría la cantidad necesaria para la curación que se va á realizar, este procedimiento es preferible al más usado, en el que toda la cola se coloca en recipientes que se calientan cada vez que va á hacerse una aplicación, pues en muy poco tiempo, por la repetición de esa operación, viene á espesarse la cola. Las razones de asepsia, por sí solas, bastarían además para conceder la preferencia al nuevo procedimiento. CAVAILLÈS prepara también las gelatinas gasas.

(2) Véase para las traumáticas y los barnices á base de acetona, el TRATAMIENTO DEL PSORIASIS.

POMADA Á BASE DE CASEÍNA

Caseína.	14 gramos
Alcalis.	0 gr. 45
Glicerina.	7 gramos
Vaselina líquida.	21 —
Acido salicílico.	1 —
Agua.	c. s. para 100 —

M. s. a.

UNNA (1).

Fórmulas de barnices solubles:

Goma tragacanto pura.	aa.	2 gramos
Gelatina extra.		
Glicerina.		5 —
Agua destilada.		100 —

M. s. a.

UNNA.

Goma tragacanto.	aa.	4 gramos
Grenetina.		
Glicerina.		10 —
Agua esterilizada.		100 —

M. s. a.

CAVAILLÈS.

G. — MEDICACIONES TÓPICAS

Como ya hemos indicado anteriormente, cuando nos encontremos en presencia de un eczema, deberá prescindirse del precepto tradicional de esperar, para intervenir, á que el proceso catarral haya desaparecido del todo, pues en el eczema, así como en el psoriasis, con las reservas precisadas en las págs. 109 y 110, la constante preocupación del médico debe ser la de procurar la curación lo más rápidamente posible.

Así, en aplicaciones bien dirigidas y graduadas debidamente, entran muy pronto en acción las distintas medicaciones tópicas, alternadas en un principio con las del período inicial; por ejemplo, envoltura húmeda por la noche, pomadas durante el día ó parte de él, con alternativas según la tolerancia, ó también curas mixtas, aplicaciones de pomadas y apósitos húmedos simultáneos, etc. Como se comprende muy bien, todas estas prácticas deberá regularlas y dirigirlas el médico.

(1) UNNA.—(*Ueber Kaseinsalben, Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1895, t. XX, página 301).

Conviene tener mucho cuidado de no añadir á la pomada á base de caseína sales de cal ni una gran cantidad de ácidos, que precipitan la caseína.

1.º Medicación anodina, oclusiva, resolutive, queratoplástica

A. — Las pomadas á base de *almidón*, de *óxido de zinc* ó de *subnitrato de bismuto* ocupan el primer lugar dentro de la medicación tópica, y habrán de ensayarse tan pronto como la acción de las cataplasmas y de las curas impermeables mediatas ó inmediatas disminuya ó parezca haberse extinguido. Su indicación reaparece, á título provisional, en el curso de las medicaciones intensivas, cuando se ha rebasado la medida de la dosificación ó en la duración de las aplicaciones, sobreviniendo en su consecuencia una exacerbación, y surge de nuevo después de esas medicaciones, cuando sólo falta obtener el retorno de la función epidérmica normal durante el período anidróxico post-eczemático.

Estas pomadas se aplican, asocian y alternan con las otras clases de curas, siguiendo el procedimiento y las reglas ya indicadas en las páginas 144, 145 y 146.

Los excipientes que se emplean en los *primeros periodos* son casi siempre las *vaselinas* amarilla ó blanca. Las *laininas*, cuya propiedad queratoplástica parece superior, se aplican más especialmente en las *fases de reparación*. Los *glicelizados* son utilizables sobre todo en los *periodos escamosos secos, anidróxicos*.

Las dosis de almidón, de óxido blanco de zinc, de subnitrato de bismuto, etc., varían en la proporción de 1 á 10 por 30 de excipiente. — La preparación más en boga es la pomada á base de óxido de zinc, 1 á 10 por 30, ó á base de subnitrato de bismuto, 1 á 5 por 30.

Cuando las superficies eczemizadas no presentan ya exudación catarral y están secas, escamosas, es costumbre emplear el *glicelizado de almidón* como excipiente y añadirle el óxido de zinc.

Glicerina neutra.	30 gramos
Almidón ligeramente hidratado.	2 —
Oxido blanco de zinc.	1 á 5 —

M. s. a.

Dentro de los mismos períodos de la eczemización, para las localizaciones múltiples, generalizadas, amorfas, difusas, son convenientes las *pastas* de zinc y de almidón, ó las pastas simples de óxido de zinc.

He aquí las fórmulas principales:

PASTA DE ALMIDÓN

	Almidón.	} aa.	25 gramos
	Vaselina, aleptina, etc.		
M. s. a.			

PASTA DE ALMIDÓN Y DE ZINC

	Almidón.	} aa.	25 gramos
	Oxido blanco de zinc.		
	Vaselina.		50 —
M. s. a.			

LASSAR.

Preferimos casi siempre la pasta de zinc simple por ser menos alterable y más oclusiva; la fórmula que hemos dado es la siguiente:

	Oxido blanco de zinc.	} aa.	25 gramos
	Vaselina, aleptina, etc.		
M. s. a.			

PASTAS DE ZINC Á BASE DE ACEITE

	Oxido blanco de zinc.	60 gramos.
	Aceite de olivas esterilizado.	40 —
M. s. a.		

LASSAR.

Esta pasta es más fina y puede aplicarse en capas más delgadas que se desprenden con facilidad.

	Oxido blanco de zinc.	30 gramos
	Aceite de olivas.	50 —
M. s. a.		

DREWS (1).

	Oxido blanco de zinc.	20 gramos
	Aceite de almendras esterilizado.	10 —
M. s. a.		

E. BESNIER y F. VIGIER.

UNGÜENTO DE ZINC

	Glicerina neutra.	} aa.	10 gramos.
	Oxido blanco de zinc.		
	Esperma de ballena.		
	Aceite de almendras esterilizado.		
M. s. a.			

B.—A todas estas preparaciones convendrá muchas veces añadir, como lo ha demostrado Lassar, de 1 á 3 por 100 de *ácido salicílico*.

(1) DREWS recomienda esta preparación como la más favorable en el eczema infantil y en el eczema crónico de los viejos. La aplica con un pincel después de haber locionado las superficies eczematosas con agua blanca.

En las eczematizaciones secundarias consecutivas á la sarna y á las diversas pitiriasis, son especialmente útiles las *pastas de zinc saliciladas*.

Excipiente.	aa.	50 gramos.
Oxido blanco de zinc.		
Acido salicilico.	1 á 3	—

M. s. a.

En los casos en que, fuera ya los parásitos, continúe un prurito bastante intenso que dificulte el sueño y motive la producción de las lesiones consecutivas á la acción de rascarse, especialmente en los viejos, el *ácido fénico* es el agente preferible:

Excipiente.	aa.	50 gramos
Oxido blanco de zinc.		
Acido fénico.	1 á 3	—

M. s. a.

C.—La pasta de zinc, simple ó asociada con alguna otra substancia, constituye un excelente excipiente para moderar notablemente la acción irritante de cualquier otra substancia activa. Sus aplicaciones son muy numerosas: ora se emplea alternándola con otras diversas preparaciones, ora superpuesta, como cubierta general, en todas las demás preparaciones que se aplican directamente sobre las superficies eczemáticas, por ejemplo, sobre las superficies tratadas por el alquitrán en el baño, según la práctica de Lassar ó al salir de él, ó también después de una fricción de aceite de enebro, sea ó no lavado, etc.

D.—En las formas de eczematización secas, pruriginosas, muy á menudo secundarias á cualquiera de las distintas clases de prurigos diatésicos de pequeña ó de gran superficie, las *colas* á base de óxido de zinc (véanse las fórmulas en las págs. 152 y 153) dan muy buenos resultados en las regiones donde precisan apósitos adhesivos, como en la parte interna y superior de los muslos. Las mismas indicaciones cumplen los *barnices solubles* á base de óxido de zinc (véase la pág. 154).

E.—Cuando las lesiones radican en regiones descubiertas ó en puntos limitados del cuerpo, y cuando el enfermo puede abandonar sus ocupaciones ó aun cuando haya de trabajar á pesar de tener placas de eczema en las manos, por ejemplo, los *emplastos* son de gran utilidad práctica. Los emplastos á base de óxido de zinc ó de subnitrato de bismuto, son los que más se usan y están indicados con mayor frecuencia.

EMPLASTOS Á BASE DE ÓXIDO DE ZINC

a)	Emplasto simple.	432 gramos
	Cera amarilla.	242 —
	Lanolina engomada.	1,800 (1) —
	Óxido de zinc.	276 —

M. s. a.

PORTES (Hospital Saint-Louis).

b)	Vaselina.	} aa.,	100 gramos
	Cera blanca.		
	Solución de caucho.		
	Oxido blanco de zinc.		30 —

M. s. a.

CAVAILLÈS.

Se tendrá cuidado de evaporar bien la solución de caucho.

EMPLASTO Á BASE DE SUBNITRATO DE BISMUTO

Goma Damar escogida.	50 gramos
Lainina anhidra.	60 —
Cera amarilla.	30 —
Subnitrato de bismuto.	20 —
Polvo de lirio.	20 —
Solución etérea de caucho al 1 por 10.	200 —

M. s. a.

F. VIGIER.

F.—Cuando en virtud de la persistencia de la infiltración, de la tumefacción y del engrosamiento epidermodérmicos se hace necesario obtener la resolución, convienen de un modo especial los *emplastos de plomo*, el *emplasto simple* y el *emplasto blanco* en capas sencillas extendidas sobre telas finas:

EMPLASTO SIMPLE DEL CÓDEX

Litargirio pulverizado.	} aa.,	10 gramos
Manteca de cerdo.		
Aceite de olivas.		
Agua.		20 —

M. s. a.

EMPLASTO BLANCO

Emplasto simple.	20 gramos
Cera amarilla.	10 —
Aceite blanco.	20 —

M. s. a.

G.—Los emplastos de plomo á base de *aceite de hígado de bacalao*, de Vidal, cumplen las mismas indicaciones resolutivas y queratoplásticas,

(1) La lanolina engomada contiene 150 gramos de caucho por 1,800 gramos de lanolina y se obtiene destilando sobre la lanolina una solución clorofórmica de caucho.

pero de un modo más acentuado; su acción se manifiesta de un modo notable en todas las eczematizaciones y eczematosoliquenizaciones secundarias á los prurigos diatésicos, pudiéndose aplicar tan pronto las superficies enfermas estén detergidas y desinfectadas, siguiendo la técnica indicada anteriormente.

EMPLASTO Á BASE DE ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO

Emplasto simple.. . . .	3,000 gramos
Cera amarilla.. . . .	1,250 —
Aceite de hígado de bacalao.. . . .	1,750 —

M. s. a.

PORTES (Hospital Saint-Louis)

El emplasto á base de aceite de hígado de bacalao del Hospital Saint-Louis no tiene ningún olor desagradable (1) y su adherencia es moderada, lo que constituye una verdadera cualidad del medicamento.

En estos emplastos no debe entrar el caucho á fin de evitar las eczematizaciones medicamentosas, y se sujetan con vendas ó por medio de mangas, polainas, cinturones, ó chalecos de envoltura, etc., ó con las colas solubles.

2.º Medicación sustitutiva, reductora, intensiva

La indicación de los modificadores enérgicos en las eczematizaciones prolongadas, rebeldes, infiltradas, liquenizadas, etc., tórpidas, parakeratóticas ó disqueratóticas, hipersteatidróicas, seborreicas, es tan claramente manifiesta como en el tratamiento del psoriasis.

Para que el éxito responda á esta medicación intensiva, es necesaria, por parte del médico, una activa intervención y vigilancia.

A. — *Jabones de potasa.* — *Emplastos de jabón salicilado.* — Cuando la eczematización crónica es localizada, rebelde, profunda, y también persiste la irritabilidad, cabe modificar el tipo distrófico con el uso del *jabón blando de potasa*, extendido sobre pedazos de lienzo, dejándolo el tiempo necesario según la acción que se desee obtener, y suspendiendo ó continuando su aplicación según el efecto producido.

En los casos en que sea insuficiente la acción del jabón de potasa, en algunas variedades hiperkeratóticas, se añadirá al jabón de 1 á 10 por 100 de *ácido salicílico* ó de *resorcina*, ó se emplearán también los *emplastos*

(1) Esta circunstancia, importante para todos los emplastos, debe exigirse respecto de los epítemas que hayan de emplearse en grandes superficies.

de jabón salicilado (Pick). Inútil es decir que estas aplicaciones deben ser lo más restringidas posible, localizadas y limitadas á los tejidos que deben modificarse, vigilándolas siempre con sumo cuidado.

Emplasto de jabón.	50 gramos
Acido salicilico.	5 á 10 —

M. s. a.

B. — *Azufre, ictiol y tiol; preparaciones mixtas.* — La acción resolutive y sustitutiva del azufre aplicada extensamente en otros tiempos al tratamiento de todos los «dartros», práctica que fué luego demasiado abandonada, — no tanto por los empíricos y por el público en general, — como por los médicos, por razón de la intolerancia bastante común que para el azufre presentan ciertas eczematizaciones, ha sido aprovechada de nuevo, pero partiendo de indicaciones menos vagas especialmente desde los trabajos de Unna acerca el eczema seborreico y con motivo de la gran aceptación del ictiol.

El azufre, pues, en los casos de eczematización limitada, seca, infiltrada, esteatidróica, constituye un agente beneficioso para los individuos que toleran este medicamento; pero desde la introducción en la terapéutica de los agentes reductores: ácido salicílico, resorcina, pirogalol, crisarrobina, etc., ha disminuído un tanto la necesidad de su empleo.

Las *pomadas azufradas*, siempre y cuando no se trate de aquellos individuos que no toleran el azufre en ninguna forma, estarán indicadas de un modo especial en los períodos de estado prolongado y de declinación de las eczematizaciones localizadas ó limitadas; en las variedades del eczema seborreico, pitiriásico, y sobre todo en aquellos eczemas cuyos bordes estén bien circunscritos aunque tengan tendencia al rezumamiento.

Las primeras aplicaciones deberán ser en poca cantidad y á escasa dosis, precedidas de *lociones jabonosas*, ó de *lociones á base de sublimado* al 1 por 2000, etc., y seguidas, cuando se preste á ello la localización anatomo-topográfica, de curas oclusivas húmedas ó secas, tal como las hemos explicado; se renovarán dos ó tres veces cada veinticuatro horas por simple fricción limitada á las superficies enfermas, pero volviendo momentáneamente á las aplicaciones anodinas, cuando las superficies se presenten irritadas.

Azufre precipitado recientemente preparado.	1 á 5 gramos
Vaselina ó glicerolado de almidón, ó man- teca de cerdo, ó pasta de zinc, etc.	30 —

M s. a.

Algunos enfermos toleran mejor el *azufre asociado al óxido de zinc*, como en la siguiente fórmula de Unna, que puede considerarse como tipo medio:

Oxido blanco de zinc.	6 gramos
Azufre precipitado.	4 —
Tierra silícea.	2 —
Manteca de cerdo benzoada.	28 —

M. s. a.

Si el prurito es muy intenso y la tensión é infiltración dérmica se presenta erisipelatoidea, estarán indicadas las *pomadas á base de ictiol*, ó bien su sucedáneo, el *tiol*, de olor bituminoso muy débil, que podrá emplearse cuando se trate de individuos á quienes el olor del ictiol se les hace insoportable.

a)	Ictiol.	1 á 3 gramos
	Vaselina.	30 —

M. s. a.

b)	Ictiol.	1 á 3 gramos
	Aceite de olivas esterilizado.) aa.	15 —
	Manteca de cerdo muy fresca.)	

M. s. a.

En las superficies desprovistas de pelo y cubiertas, los *emplastos á base de ictiol* facilitan las aplicaciones.

Goma Damar.	50 gramos
Lainina anhidra.	50 —
Cera amarilla.	30 —
Ictiol.	20 —
Polvo de lino.	30 —
Solución de caucho al 1 por 10.	200 —

M. s. a.

F. VIGIER.

Mézclese en caliente el ictiol con la lainina y procédase como en el emplasto á base de bismuto.

C. — *Alquitrán, aceites de enebro y de abedul blanco*. — Es muy clara la indicación de ensayar el alquitrán en las eczematizaciones crónicas, en las formas ó periodos secos tórpidos, en las variedades comunes no irritables seborreicas y en los eczemas liquenizados, pitiroides, queratósicos; presentándose todavía mucho más pronta y motivada dicha indicación, aun tratándose de superficies extensas, en las formas de tipo catarral acentuado y en los enfermos de los hospitales ó tratados en establecimientos particulares, precisando, sin embargo, en estos casos, un poco de arte dermatoterápico.

La mejor preparación que cabe emplear es el *alquitrán del enebro*, ó

enebro oxicedro — *aceite de enebro* (1) ó el *aceite de abedul blanco*: por medio de torundas ó pinceles de algodón neutro se practica en la superficie eczematizada una ligera embrocación primero con aceite en una proporción de 80 á 20 por 100 de aceite esterilizado simple y después con un glicerolado á base de aceite de enebro á pequeña dosis.

Aceite de enebro.	1 á 5 gramos
Extracto siruposo de madera de Panamá.	C. s. p. e.
Glicerolado de almidón.	30 gramos

M. s. a.

Lo mismo si se emplea el aceite puro que diluído, cuando la irritación es muy intensa, se lava luego con un pincel de algodón impregnado de agua hervida, y se cura con compresas húmedas ó con una pomada ó pasta anodinas; en el caso de que las superficies eczematosas alcancen una gran extensión, se dará al enfermo un baño, siguiendo la práctica de Lassar (véase anteriormente, pág. 123). En todas las formas limitadas, practicamos con una torunda de algodón seco una embrocación de aceite de enebro puro, que se secará inmediatamente después de las primeras aplicaciones, y dejándola sin secar en las siguientes una vez se ha establecido ya la tolerancia. Reglamentadas y convenientemente vigiladas esas aplicaciones constituyen una verdadera piedra de toque é indicador de la oportunidad de su empleo; si las primeras aplicaciones no mejoran el estado eczemático, es que no ha llegado el momento oportuno ó que convendrá emplearlas á débil dosis, á intervalos, de un modo limitado, ó volver otra vez, por algún tiempo, á la etapa precedente.

Las *pomadas á base de aceite de enebro* (2) ó á base de *aceite de abedul*, á dosis que varían según el grado de intensidad que se trate de obtener en la acción reductiva, se preparan fácilmente añadiendo la cantidad de jabón blando de potasa suficiente para emulsionar el aceite. Comúnmente los alquitranes se *asocian* á otras substancias, azufre, mercurio, etc., en las pomadas *mixtas*.

En algunos casos en que parece estar indicada la acción simultánea del alquitrán y del azufre, la pomada de Wilkinson activamente resolutive, muy en boga en Alemania, constituye una de las mejores preparaciones mixtas; cumple una indicación sintética aplicable á las eczematizaciones profundas (Lassar), ó sea con infiltrados linfáticos.

(1) Variando ó suprimiendo, según sea necesario, el caucho, se puede hacer cambiar el grado de adherencia de estos emplastos en cada caso particular.

(2) El aceite de enebro se falsifica frecuentemente con otros alquitranes, los que también se expenden con el nombre de aceite de enebro. Se deberá, por consiguiente, estar prevenido contra estas falsificaciones y pedir aceites de enebro de buena calidad y no quemados.

Azufre sublimado.	aa.	7 gr. 50
Aceite de abedul.		
Creta.		5 gramos
Jabón verde.	aa.	15 —
Manteca de cerdo.		

M. s. a.

En las variedades decididamente psoriasiformes, podrán obtenerse mejores resultados con embrocaciones de *colodión acetónico* que con las de *aceite de enebro* ó de *abadul* (véase más adelante).

Los *emplastos á base de aceite de enebro* para las variedades localizadas, profundas y antiguas, son también muy prácticos y muy del agrado de los enfermos: el emplasto del hospital Saint-Louis, cuya adherencia es *moderada*, conviene de un modo especial, siendo generalmente bien tolerado:

Emplasto simple.	100 gramos
Cera amarilla.	50 —
Aceite de enebro.	10 á 30 —

M. s. a.

Los *jabones de alquitrán* pueden utilizarse en muchas de las circunstancias señaladas precedentemente, por las mismas razones é igualmente recomendados; Veiel los emplea especialmente en los eczemas escamosos generalizados de los viejos, aplicándose con un pincel, dos veces al día, la espuma de este jabón sobre las partes enfermas.

D.—*Pomadas y emplastos mercuriales.*—Entre los agentes reductores de las eczematizaciones subagudas lentas y de las crónicas, en aquellas principalmente que ocupan superficies limitadas, reducidas, en las que, por ejemplo, radican en los alrededores de los orificios naturales ó en las regiones descubiertas, desempeñan un papel de importancia las sales de mercurio en pomadas ó emplastos.

La *verdadera* indicación de estas sales, no se presenta, sin embargo, con tanta frecuencia como pudiera hacerlo creer el abuso que de las mismas se ha hecho en la práctica, así por los médicos como por los empíricos, siendo necesario añadir, por otra parte, que precisamente ese abuso ha sido causa de que algunos no las emplearan en la medida conveniente según los casos.

En el eczema, el uso de las pomadas y de los emplastos hidrargíricos requiere una atenta vigilancia y prudencia en las dosis, que deben ser progresivas, ya en su composición, ya en el tiempo que debe durar su aplicación. Los resultados varían, aun cuando las condiciones de la lesión,

de la enfermedad y del enfermo parezcan idénticas: notables algunas veces, nulos ó perjudiciales otras, es preciso hacer la salvedad de que los fracasos serán tanto menos frecuentes cuanto más atenta, graduada y minuciosa sea la dirección facultativa.

Indicaciones: eczematizaciones crónicas, rebeldes, seborreicas limitadas, especialmente en las regiones pilosas, alrededor de los orificios naturales; en las variedades infectadas, impetiginosas, á nivel de los pliegues, algunas veces antes del período de estado ó de declinación, pero principalmente cuando la eczematización se ha establecido.

En los niños de muy pocos años, cuya piel presenta siempre una irritabilidad acentuada, las dosis de mercurio deben ser también siempre pequeñas é intermitentes sus aplicaciones; generalmente empleamos las embrocaciones con el linimento óleo-calcáreo esterilizado, adicionado de un 20 por 100 de *licor de van Swieten* sin alcohol, seguidas de una cura con una pomada anodina como la pasta de zinc á base de manteca de cerdo muy fresca ó de aleptina.

Los *calomelanos*, el *óxido mercuríco precipitado* (óxido amarillo), y el *sulfuro rojo* (cinabrio) son los más usados; el *protonitrato* (ungüento citrino) sólo es aplicable á superficies muy limitadas y á pequeñas dosis.

a)	Excipiente.	20 gramos
	Calomelanos.	0 gr. 10 á 1 gramo
M. s. a.		

b)	Excipiente.	20 gramos
	Oxido amarillo.. . . .	0 gr. 10 á 1 gramo
M. s. a.		

Por último, el mercurio entra en la composición de gran número de preparaciones *mixtas* empleadas contra el eczema.

a)	Excipiente.	20 gramos
	Tanino.	1 —
	Calomelanos.. . . .	0 gr. 10 á 1 —
M. s. a.		

b)	Excipiente.	20 gramos
	Aceite de enebro.	1 á 5 —
	Oxido amarillo.. . . .	0 gr. 50 á 1 —
M. s. a.		

VIDAL

En todos los casos indicados precedentemente podrá utilizarse el *emplasto de Vigo* sobre tela fina, y el *emplasto blanco*:

Calomelanos.	5 gramos
Emplasto.	15 —

M. s. a.

QUINQUAUD.

El emplasto más usado en el hospital de Saint-Louis es el *emplasto (mixto) rojo* de Vidal, preparado sobre tela fina; se aplica en el tratamiento resolutivo de las placas limitadas, siendo generalmente bien tolerado.

Minio.	5 gramos
Cinabrio.	3 —
Emplasto diaquilón.	50 —

M. s. a.

VIDAL.

E. — *Agentes de reducción.*— *Pirogalol, crisarroquina y sucedáneos.*— En la serie completa de los eczemas psoriasiformes desde un principio ó secundariamente — dentro del grupo ambiguo que reúne en nuestros días el psoriasis y el eczema haciendo muy difícil la fijación de sus límites recíprocos — dan muy buenos resultados los *ácidos pirogálico y crisofánico*, así como los sucedáneos — *aristol, antrarrobina, gallanol, naftol*, etc. Todo cuanto exponremos más adelante acerca del empleo de esos medicamentos en el tratamiento de las psoriasis es aplicable á esa clase de eczemas, pero guardando, respecto del mismo, alguna mayor reserva, moderación y vigilancia. Las dosis, á no ser que se demuestre una gran tolerancia, varían entre 2 y 5 por 100, haciéndose las aplicaciones por medio de algodón hidrófilo, de franela fina ó cepillos de piel.

Una vez terminada la fricción, se limpia bien la superficie eczemática haciendo también lo mismo con la piel sana de su alrededor; seguidamente, según los casos y las regiones de que se trate, se espolvorea la superficie con polvos de talco ó se cubre con gasa húmeda, una lámina de caucho y una venda, ó sencillamente se cubre la superficie afecta con *lint*, gasa ó con una capa de algodón hidrófilo simple.

Del mismo modo que en los casos de eczematización tratados por agentes enérgicos, no solamente podrá recurrirse en un momento dado á las pomadas anodinas, si sobreviniese alguna irritación, sino que *desde luego* podrá adoptarse esta práctica sistemáticamente, limitando la duración de cada aplicación al tiempo necesario para que no se llegue al período de *reacción* irritativa. El tiempo durante el cual podrá dejarse á la superficie eczemática en contacto con la cura, varía de media hora á varias horas; después se quita la pomada lavando la superficie, y aplicándose luego una pasta anodina, polvos ó una de las formas de cura con algo-

dón seco ó húmedo, de la que varias veces ya hemos señalado su indicación.

En las formas localizadas ó cuando la piel de las inmediaciones de la superficie afecta es irritable, y también si el empleo de la pomada ofrece alguna dificultad, podrá recurrirse á los colodiones ó á los diversos *emplastos* reductores (véase más adelante).

Estirace liquido.	20 gramos
Cera amarilla.	120 —
Lanolina engomada.	250 —
Pirogalol, crisarrobina ó aristol, etc.	43 —

M. s. a.

(Hospital Saint-Louis, PORTES (1).

Si se desean emplastos más adherentes y más finos se emplearán las fórmulas indicadas en las páginas 147 á 152.

F. — *Nitrato de plata*.— Cuando las series de los medicamentos precedentes empleados con regularidad fracasan y si se trata de eczemas localizados ó limitados, ó acantonados,—ombigo, conducto auditivo externo, etc.,—secos ó húmedos; unos persistiendo en el estado de exulceración sin tendencia á cicatrizarse, ó reapareciendo á la menor renovación funcional, al más ligero traumatismo,—eczemas recidivantes,—otros exfoliándose indefinidamente ó conservando una base dérmica infiltrada,—en este último caso después de la desoxidación por el jabón blando de potasa,—el *nitrato de plata* en todos estos casos modifica favorablemente la superficie eczemática.

Las cauterizaciones se practican mediante embrocaciones con el pincel de algodón hidrófilo impregnado de una solución acuosa de nitrato de plata cristalizado del 1 por 50 al 1 por 10; nosotros empleamos casi siempre la solución débil, y después de su aplicación pasamos por la superficie eczemática impregnada de sal argéntica un *lápiz de zinc metálico*—siguiendo el mismo procedimiento que Corradi emplea para los condilomas planos (2).—En caso necesario, se repetirá la cauterización una vez se haya eliminado la primera exfoliación argéntica, limpiándose con suavidad antes de cada cauterización la superficie eczemática con una bolita de algodón hidrófilo impregnada de agua hervida, ligeramente jabonosa ó saponinada, y locionándose luego con el licor de van Swieten. Inmediatamente después de estas aplicaciones, se pondrán compresas de tarlatana aséptica,

(1) La dosis de los elementos reductores, que en esta fórmula es de un 10 por 100, podrá aumentarse ó disminuirse según los casos.

(2) El lápiz de zinc se pasa suavemente por la superficie como si fuera un rodillo, y para conservarlo en buen estado se limpia con papel de vidrio fino.

humedecidas con agua tibia que haya sido hervida, una hoja de caucho y un vendaje; esta cura deberá examinarse una vez al menos cada veinticuatro horas.

Cuando los resultados obtenidos sean insuficientes y por lo tanto hayan de practicarse ulteriores cauterizaciones, se aumentará progresivamente la graduación de las soluciones. En el caso de existir fisuras de los pliegues dolorosas, pasamos directamente la punta afilada de un lápiz de nitrato de plata blanco mitigado y á veces después el lápiz de zinc metálico si las aplicaciones simples resultan insuficientes.

G.—Otros procedimientos de reducción podrán ensayarse, tales como: la impregnación *yódica*, las curas con *ácido pterico*, con *agua débilmente oxigenada*, con *agua bioxigenada*, etc., pero excepcionalmente y para localizaciones de escasa extensión y decididamente rebeldes.

Por último, contra una placa de eczema liquenizado rebelde, etc., se emplearán las *escarificaciones lineales* reiteradas, y más raramente la *ignipuntura* (1).

3.º Electroterapia.

La evolución de algunos eczemas tiene tan estrechas analogías con la de las neurodermias, que es muy natural pensar en el empleo de la acción eléctrica; pero la franklinización y la práctica electrostática exigen siempre aparatos especiales y una dirección competente, lo que limita forzosamente el campo de aplicación del procedimiento. En realidad, los resultados obtenidos hasta estos últimos años eran por otra parte insignificantes, y aunque repetidas veces en la clínica hemos solicitado el concurso de colegas competentes, nada decisivo se ha conseguido de semejantes tentativas.

Hoy día pueden hacerse nuevos ensayos de la electricidad sobre mejores bases, por medio de corrientes de gran frecuencia y de elevada tensión que actúen en el sentido indicado por Oudin (2), ó sea que la electricidad intervenga en el tratamiento de la eczematización á la manera de un tópico local que obre principalmente sobre la periferia nerviosa, epidermodérmica, para disminuir la irritabilidad del dermis y regularizar la nutrición.

(1) CHALOT.—*Paris médical*, Noviembre, 1881.

(2) OUDIN.—*Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, sesión del 3 de Agosto del Congreso de Lyon de 1894, y *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3ª serie, t. V, 1894, págs. 1031 á 1041. Consúltase BORDIER, Tratamiento electrostático del eczema (*Lyon Médical*, 1896, t. LXXXI, págs. 152 á 156).

He aquí el resumen de las indicaciones establecidas por Oudin.

A.—*Indicaciones generales.*—Cuando se trata de una eczematización aguda, originada por una toxemia accidental, pasajera, podrá observarse una mejoría y hasta una curación rápidas.

Si la afección data ya de algún tiempo y ha desaparecido su causa productora dejando una alteración subaguda, crónica, del dermis, se podrá observar también en este caso que la acción de la electricidad es rápida.

En condiciones opuestas, los resultados que se obtienen no pasan de una mejoría parcial y pasajera: disminución del prurito, de la rubicundez, del rezumamiento, etc. En los casos de curación de los eczemas crónicos antiguos, es probable que el elemento neurítico y trófico desempeñaban el papel más importante.

B.—*Material electroterápico.*—Corrientes alternativas de gran frecuencia y de una tensión comparable á la de las máquinas electrostáticas con una intensidad mucho mayor. Por término medio, de 150 ó 200 miliamperios con una tensión de algunos miles de volts para los aparatos médicos. La extraordinaria rapidez de sus alternancias, de algunos miles por segundo, les da propiedades físicas y fisiológicas muy especiales. Para atender á las necesidades de la terapéutica, se producen ordinariamente por medio de una bobina de Rhumkorff que da chispas de 15 á 20 centímetros.

La corriente de esta bobina viene á terminar en las armaduras internas de dos botellas de Leyden que están bastante próximas para que salten chispas de las bolas de los dos extremos del conductor eléctrico. Entre las armaduras externas se encuentra un solenoide donde se originan las corrientes de gran frecuencia. En este solenoide se coloca al enfermo que se quiere someter á la autoconducción. Las chispas que se recogerían en las extremidades de este solenoide serían demasiado enérgicas y dolorosas para que pudieran servir en las aplicaciones locales que se usan principalmente en dermatología, y con el fin de hacerlas aprovechables, se eleva mucho su tensión, disminuyendo proporcionalmente su intensidad por medio de otro solenoide de resonancia, cuya longitud puede regularse con facilidad, lográndose de este modo efluvios, penachos y chispas más ó menos extensas según cada caso particular.

C.—*Técnica.*—En el tratamiento del eczema, cuando la afección es aguda, dolorosa, acompañada de una reacción inflamatoria intensa, conviene principalmente el efluvio. Del solenoide de resonancia parte un conductor flexible que termina en un mango aislador provisto de una fuerte escobilla de hilos metálicos muy finos. Paseando esta escobilla á cierta distancia de la piel se ve saltar una verdadera lluvia de efluvios, que

se dirigen durante ocho ó diez minutos sobre los puntos enfermos. Si se trata de un eczema crónico, el pincel se pone en contacto con la piel, después de haber variado la longitud del solenoide á fin de que el efluvo quede sustituido por muy pequeñas chispas con las que se acribilla también, durante ocho ó diez minutos, la región afecta.

IV

TRATAMIENTO ESPECIAL DEL ECZEMA DE LAS DIVERSAS REGIONES

I. — Eczema del cuero cabelludo. — II. — de la barba. — III. — generalizado de la cara. — IV. — de las cejas. — V. — de los párpados: *a)* — común, simple ó propagado, medicamentoso, etc.; *b)* — conjuntivo palpebral; *c)* — de la base de las pestañas, blefaritis ciliar, ó marginalitis eczematosa. — VI. — de las orejas. — VII. — de los labios: cuatro formas principales: *a)* — del aparato labial completo, — orbicular; *b)* — hipertrofiante de los labios superior é inferior; *c)* — subnasal, — piloso de las ventanas de la nariz, del labio superior y de la barba; *d)* — de la parte encarnada de los labios. — VIII. — de los miembros superiores, de las manos, de las uñas, de las axilas. — IX. — del cuello. — X. — de las glándulas mamarias, del pezón, de la aréola. — XI. — hipersteatidróico de la región esternal y de la ranura interescapular, ó hipersteatidrosis eczemática, de parásitos esteatícolos, de las regiones pretorácica y dorsal, sitio de elección; — franelares, etc. — XII. — del ombligo. — XIII. — de la región pubiana. — XIV. — del pene y del escroto: *a)* — del prepucio y de la piel del pene; *b)* — del glande; *c)* — del escroto. — XV. — de la vulva. — XVI. — del ano. — XVII. — de los miembros inferiores: *a)* — de las piernas; *b)* — de la parte interna superior de los muslos; *c)* — de los huecos poplíteos; *d)* — de los pies.

Aunque en el capítulo precedente se han indicado los distintos elementos de que puede disponerse para el tratamiento externo de la eczematización en sus diversas formas, podría todavía no haberse especificado lo suficiente por lo que se refiere á las particularidades de aplicación que convienen á cada una de las localizaciones regionales del eczema; este capítulo viene, pues, á llenar, aunque sumariamente, todas estas deficiencias, suponiendo desde luego conocido todo cuanto se refiere al capítulo anterior, al que viene á completar, pero no á reemplazar.

I

Eczema del cuero cabelludo

El eczema del cuero cabelludo reclama la intervención directa del médico, la que, por las múltiples indicaciones de detalle que supone, se hace necesaria, si se quiere aplicar un tratamiento enérgico y de acción rápida.

La medicación externa, salvo en los niños de muy pocos años y en algunos individuos de herencia mental ó con accidentes encefálicos anteriores, deberá siempre aplicarse activamente. No se descuidará la investigación de las causas, en primer lugar, de la pitiriasis, aun en los casos en apariencia menos sospechosos; los cabellos, especialmente en las mujeres, se examinarán con mucho cuidado; en caso afirmativo, se procurará la destrucción de los parásitos, imponiéndose desde el primer momento la avulsión de las liendres. Los tintes en las mujeres y los cosméticos respecto de los hombres, etc.; la hiperidrosis y la hipersteatosis habituales, etc.

A. — *Período agudo*. — En el período peragudo ó agudo, cuando el cuero cabelludo está cubierto de exudados costrosos, sórdidos, se practicará la desinfección inmediata.

1.º Si se trata de un hombre ó de un niño, se reblandecen las costras por medio de una ducha en regadera ó merced á una pulverización de vapor tibia, después de haber embadurnado con aceite que contenga 1 por 100 de *bálsamo del Perú*, *ácido fénico* ó *naftol*, cortándose después al rape los cabellos con unas tijeras. Una vez hecho esto, se cubre la totalidad de la superficie con una cataplasma de fécula tibia, siguiendo las reglas indicadas anteriormente, y tan pronto se haya detergido y desinfectado la superficie eczematizada, se sustituye la cura húmeda por las gasas asépticas cubiertas de una hoja de caucho, y sujetándolas con una capelina.

Si esto se ha verificado con toda exactitud, se podrá simplificar la cura rápidamente aplicando una gorra de caucho elástico, adaptada á las dimensiones de la cabeza y hundida hasta el vértice. Los bordes se levantan con el objeto de que no estén en contacto con la piel sana de la frente—las orejas se separan de la región mastoidea por medio de algodón hidrófilo aséptico y la gorra se lavará aproximadamente cada cuatro horas.

Por la mañana y por la tarde se practicarán un ligero enjabonamiento y una pulverización tibia, limpiando completamente la superficie eczematizada con algodón hidrófilo bajo la ducha pulverizada. Cuando se trata de formas parasitarias, estafilocócicas simples, etc., sin foliculitis, la eczematización se atenúa de un modo rápido, necesitándose muy pocos días para llegar á la curación. Para los casos complicados ó rebeldes, se emplearán las lociones coaltaradas, hidrargíricas, etc. (véase págs. 133 y 134), envolturas húmedas y después la serie terapéutica progresiva de los períodos de estado y de declinación.

2.º En la mujer y en las jóvenes, se procurará conservar los cabe-

llos á no ser que la eczematización sea muy antigua, rebelde, ó que la cabellera se encuentre en tal mal estado que se imponga la necesidad de cortarla; pero la dificultad del tratamiento aumenta extraordinariamente.

La ducha en regadera, en lluvia fina, la ducha de vapor pulverizada tibia, simple ó adicionada (véase págs. 117 y 118) deberán emplearse hasta que se haya conseguido la más completa limpieza y desinfección.

Mañana y tarde después de la ducha y de la desinfección y limpieza consiguientes se reúnen los cabellos hacia la parte superior de la cabeza aplicando luego una gorra de caucho ensanchada en su parte superior, cuya oclusión marginal se asegura por medio de una venda de lana, separándose las orejas tal como ya se ha indicado; cada cinco ó seis horas habrá de lavarse la gorra de caucho.

3.º En los niños de muy pocos años podrá aplicarse todo cuanto hemos indicado para el adulto, pero con las atenuaciones en la práctica que reclama la edad: la gorra de caucho elástica se sustituirá por «capillos» de tela fina de caucho, formados por tres piezas simplemente adosadas y que deberán tenerse en número bastante regular para que puedan ser cambiadas cada tres horas aproximadamente, bien limpios, no volviéndose á emplear sino cuando estén bien secos y desinfectados, y aplicándose casi siempre sobre compresas humedecidas con agua hervida simple ó adicionada (véase págs. 133 y 134); cada vez que se cambie la cura se limpiará la cabeza, con torundas de algodón hidrófilo, empapadas en agua bórica templada ó agua coaltarada ó débilmente jabonosa.

B.—*Periodo de estado.*—Después de haber mejorado la superficie del cuero cabelludo y no existiendo ninguna de las contraindicaciones expuestas en las págs. 107, 109, se podrán comenzar las aplicaciones activas.

1.º En los niños de teta y de pocos años (véase pág. 109), se prolongará con prudencia la medicación del primer período con el objeto de llegar, si es posible, á la curación por los medios simples que la componen; únicamente en caso de necesidad se recurrirá á los agentes de la segunda serie, pero siempre con una atenta vigilancia y atenuando las dosis (1).

(1) En las formas comunes ó húmedas, LASSAR, después de haber hecho lavar el cuero cabelludo, dos veces al día, con la infusión de manzanilla tibia y jabón, practica después de cada lavado una untura con vaselina salicilada y benzoada.

Ácido salicílico..	1 gramo
Tintura de benjuí..	2 —
Vaselina amarilla..	50 —

M. s. a.

2.º Cuando se trate de hombres ó de jóvenes, se continuará aplicando por la noche la gorra de caucho, dándose al enfermo por la mañana y por la tarde duchas pulverizadas ó en forma de lluvia fina; se limpia con jabón ó agua coaltarada, y se seca después por medio de torundas de algodón hidrófilo humedecidas con *licor de van Swieten*. Durante el día, cuando el enfermo esté en un hospital ó no salga de casa, se le harán unturas con el *aceite de enebro* puro ó adicionado, ó con los *glicerolados* á base de *aceite de enebro* (véase más adelante); si la sensación de calor y de irritación continúa después de transcurridas media hora á una hora, se le lavará la cabeza por medio de la ducha pulverizada y se practicará luego la cura húmeda simple, recurriendo á las aplicaciones anodinas provisionales cuando el alquitrán no es tolerado por el enfermo.

3.º Una vez concluido decididamente el período agudo y no subsistiendo más que una ligera rubicundez, escamas, hipersteatosis y un poco de prurito, comienza entonces la serie progresiva de las medicaciones intensivas. Nosotros comenzamos casi siempre por la siguiente pomada, con la que se hará todas las tardes una fricción en el cuero cabelludo:

Resorcina..	aa.	0 gr. 25 á 1 gramo
Acido salicílico..		
Acéite de enebro, ó acéite de abedul, ó bálsamo del Perú..		2 á 5 gramos
Azufre precipitado recientemente preparado.		3 á 6 —
Vaselina ó lainina hidratada, ó manteca de cerdo benzoada, ó recientemente preparada, ó aleptina, etc..		45 —

M. s. a.

Por la mañana se lavará la cabeza con agua caliente y *jabón de ictiol* ó de *alquitrán*.

El *ácido pirogálico* solo ó asociado con el *ictiol* y el *ácido salicílico*, constituye, en todas las variedades rebeldes, secas, psoriasiformes, el agente terapéutico esencial, prescindiendo del *ácido crisofánico*, que se ha abandonado por la coloración que da á los cabellos y también por la

Algunos niños toleran efectivamente esta medicación, pero nosotros en la primera aplicación comenzamos por dosis restringidas:

Acido salicílico..	0 gr. 25
Tintura de benjol..	X gotas
Vaselina amarilla..	25 gramos

M. s. a.

Esta fórmula sirve para unturas que se harán con pinceles de algodón renovados cada vez, sin llevar jamás á la pomada el pincel que ya ha servido, como lo efectuarían indudablemente las madres si no estuviesen advertidas por el médico.

proximidad de los párpados, á los que irrita muy especialmente la crisarrobina.

- a) Acido pirogálico. 1 á 3 gramos
 Vaselina, ó manteca de cerdo, ó lainina hidratada. 30 —
 M. s. a.
- b) Acido pirogálico. 1 á 3 gramos
 Ictiol. } aa. . 0 gr. 30 á 1 —
 Acido salicílico. }
 Manteca de cerdo ó lainina hidratada. 30 —
 M. s. a.

Estas pomadas, cuyas dosis se establecerán siempre en cada caso, son generalmente bien toleradas por los enfermos, al menos durante algunas horas, y si se prolongase demasiado una manifiesta irritación se acudiría temporalmente al lavado, duchas pulverizadas, curas húmedas y pomadas anodinas.

4.º En la mujer y en la joven, en el caso de conservarse la cabellera, se hacen las fricciones en las rayas con muy pequeñas cantidades de pomada; los lavados se practicarán por medio de duchas pulverizadas tibias, y en su defecto, con pequeñas torundas de algodón hidrófilo impregnadas de *agua amoniacal* ó de *éter petroleico*, ó de *agua coaltarada*, ó de agua con *extracto fluido de panamá*, cocimiento caliente y jabonoso de madera de panamá, ó de *soluciones saponinadas*, etc., ó por medio de diversos jabones simples ó medicamentosos, especialmente el *jabón de ictiol*.

II

Eczema de la barba

Cuando el eczema común ó impetiginoso, agudo ó crónico, ocupa la barba al mismo tiempo que el resto de la cara, los únicos cuidados especiales que reclama la localización pilosa se reducen á la obligación de cortar la barba con las tijeras, y conservarla siempre corta hasta obtener la curación; hecho esto se podrán entonces aplicar cataplasmas mientras dure el período agudo, las curas húmedas de toda clase, y en seguida la serie graduada de las pomadas curativas apropiadas, especialmente las no tintóreas por razón de aplicarse sobre las regiones descubiertas.

La forma de eczema á que hacemos referencia en este lugar es el eczema localizado de la barba y permanente, casi siempre seco y escamoso

con series de foliculitis intercurrentes, angiofoliculitis pilosas, — afección individualizada, profunda y rebelde.

Manteniéndose los pelos cortados completamente al rape con las tijeras todo el tiempo que existe la irritación, la cual se manifiesta, ora por la rubicundez de la piel, ora por el estado vidrioso de las vainas, etc., se harán, durante la noche, aplicaciones de cataplasmas de fécula tibias, de compresas de gasa ó de *lint* impregnadas con *soluciones resorcinadas* á dosis crecientes 1 á 10 por 1000. Por la mañana y durante el día, se practicará también otra vez una pulverización de diez á veinte minutos de duración con agua templada resorcinada ó *coaltarada* á las mismas dosis, seguida de una loción rápida hecha con algodón aséptico ligeramente impregnado de *alcohol resorcinado* ó *boricado*.

Resorcina ó ácido bórico.	1 gramo
Alcohol de 90°.	100 —

Disuélvase.

Después se practicará una untura con muy pequeña cantidad de pomada que contenga poco *óxido de zinc*, secando luego la barba y espolvoreándola ligeramente. Este modo de tratamiento no obliga al enfermo á cambiar su régimen ordinario de vida, puesto que se practica solamente por la mañana, por la tarde y durante la noche. Una vez ha pasado el período irritativo, se emplearán las pomadas sustitutivas, resolutivas, reductoras; — partes iguales de vaselina y de *emplusto de protóxido de plomo* (pomada de Hebra); *glicerolado* á base de *aceite de enebro*, pomadas con *calomelanos*, *cinabrio*; y excepcionalmente *nitrato de plata*.

En los casos rebeldes, con incesantes recidivas, el único medio absoluto consiste en la *depilación metódica*, reiterada varias veces, necesitándose, aunque raramente, hacer escarificaciones lineales después de la depilación; las foliculitis intercurrentes rebeldes se dominan bastante por medio de la electrocáustica, que en aplicaciones muy superficiales podrá también convertirse en un modificador local favorable, cuando la epidermitis no ha pasado la porción canalicular del folículo.

III

Eczema generalizado de la cara

El curso generalmente agudo que afecta en los comienzos esta forma de eczema, reclama un tratamiento que consiste en *pulverizaciones* tibias simples, ó débilmente resorcinadas, aplicaciones húmedas de gasas asépticas impregnadas de agua hervida simple, de *infusiones asépticas* de flores de malva, meliloto, saúco, etc., recubiertas de una hoja de caucho, y sujetadas por medio de una mascarilla de lienzo fino atada con cordones; esta cura deberá renovarse cada dos ó tres horas. Muy pronto se darán pulverizaciones y *lociones astringentes* débiles de *tanino*, 1 por 500; *agua blanca*, 1 por 100; *resorcina*, 1 por 200, etc.; por último, se aplicarán con intermitencias compresas humedecidas con soluciones débiles de *bicloruro* ó de *cianuro de mercurio* al 1 por 10,000 preparadas sin alcohol; si se trata de casos rebeldes, se emplearán las soluciones graduadas de *sulfato de zinc* ó de *sulfato de cobre* ó también las dos reunidas—*agua de alibour* (fórmula y dosis, nota 1.^a, pág. 134). Pomadas en un principio anodinas, *cold-cream* con *óxido de zinc* y después con *calomelanos* (0^{gr}, 10 á 1 por 30), etc., según los casos y tolerancia, pomada de *óxido amarillo* á las mismas dosis, etc., y por último, las gasas-pomadas ó los emplastos de adherencia moderada.

El eczema de la cara es frecuente en los jóvenes, en los recién nacidos y niños de teta, lo que puede atribuirse á diversas causas—dentición, trastornos digestivos, esteatidrosis del cuero cabelludo, caquexia linfática, etc. En la generalidad de los casos, con las reservas ya indicadas, el tratamiento que deberá seguirse es el local emprendido activamente, y sin olvidar tampoco la medicación general—corregir los trastornos digestivos, alimentación regular, leche esterilizada poco después de haberse ordeñado, etc. El cuero cabelludo se procurará mantenerlo en buen estado; se tratarán activamente los focos seborreicos, sebáceos ó eczemáticos, sin olvidar los pliegues auriculares, que deberán mantenerse hasta la completa curación bien limpios, cuidados y vigilados, protegiéndolos con algodón hidrófilo que separe las superficies de contacto. En las dos primeras formas, eczema reflejo, digestivo ó dentario, y el eczema consecutivo á la dermatitis seborreica del cuero cabelludo, los orificios naturales y sus alrededores y hasta algunas veces el pliegue retroauricular, están generalmente intactos; pero cuando al eczema se une la caquexia linfática que

favorece las piogenias secundarias, los orificios son atacados, presentándose entonces la otorrea, catarro nasal, bléfaro-conjuntivitis á menudo graves, y adenopatías agudas. En estas circunstancias, precisa un tratamiento oftalmológico inmediato y activo, y una rigurosa desinfección de todas las superficies eczemáticas; así desde el punto de vista del tratamiento local como del general, la intervención directa del médico se hace indispensable. Se tomarán las precauciones necesarias para impedir que el niño se frote los ojos y en su consecuencia que transporte á otros puntos del cuerpo los exudados y las costras; las curas deberán ser oclusivas y de este modo vendrá á protegerse al mismo tiempo la piel abierta contra las inoculaciones secundarias de toda clase, especialmente las inoculaciones tuberculosas.

Las pomadas y emplastos á que deberemos recurrir serán en un principio los de la serie anodina, después las pomadas de la serie hidrargírica (*precipitado blanco* y *óxido amarillo*), comenzando por dosis mínimas, que se irán aumentando progresivamente, con la vigilancia necesaria.

IV

Eczema de las cejas

El eczema de las cejas unas veces forma parte integrante de un eczema generalizado de la cara, en cuyo caso su tratamiento viene á confundirse con el del conjunto eczemático, otras veces es localizado, limitado á las cejas, constituyendo entonces una de las variedades más manifiestas del eczema piloso seborreico, cuya naturaleza eczemática es discutible, pero lo conservamos á causa de su frecuencia y del gran interés práctico que presenta.

La seborrea «eczemática» de las cejas, primitiva ó secundaria, aislada ó coexistiendo con la xerodermia pilosa, con la seborrea depilante del cuero cabelludo, ó la seborrea neurótica de la cara, es una afección esencialmente crónica, depilatoria, que se convierte regularmente en una obsesión—dermatomanía. La piel está roja, escamosa, los enfermos no se atreven á tocarse las cejas, y las superficies se cubren de costras grasas y de escamas.

Para su tratamiento, después de haber reblandecido los exudados con aceite adicionado de *bálsamo del Perú*, y detergida la región por medio de algodón hidrófilo, que se empapa en agua templada á la que se ha

añadido algunas gotas de *coaltar saponinado*, se practicará una loción rápida con el *licor de van Swieten*, después una aplicación ligera, siempre con una pequeña torunda de algodón hidrófilo, de una gota de *aceite de abedul blanco*, ó de un poco de las *pomadas azufradas, saliciladas, ó resorcinadas*, que ya hemos indicado al tratar del eczema del cuero cabelludo. Cuando esta medicación se sigue con toda escrupulosidad y resueltamente, después del período de melancolía motivado por la caída de los pelos caducos á consecuencia de las primeras aplicaciones, se restablece la calma y se obtiene la curación, ó al menos un estado normal satisfactorio, si se continúa con los cuidados locales ya indicados.

V

Eczema de los párpados

A.— Eczema común, simple, propagado, medicamentoso, etc. — B. Eczema conjuntivo-palpebral.— C. Eczema de la base de las pestañas, blefaritis ciliar ó marginalitis eczematosa.

A. — ECZEMA COMÚN

Esta localización del eczema, unas veces aislada, otras formando parte de un eczema de la cara, es siempre molesta por el intenso prurito que con frecuencia determina, siendo rebelde y de difícil tratamiento; en esta localización del eczema es necesario un examen atento de los conductos lagrimales y de las cavidades nasales.

Las aplicaciones en un principio deberán ser anodinas: cataplasmas de fécula tibias, compresas de agua hervida, de solución de *sublimado* al 1 por 10,000; pulverizaciones tibias de agua hervida ó de agua con pequeñas cantidades de *resorcina*, 0^{gr},10 por 100 y pomadas que raras veces son toleradas.

Las formas intensas de esa clase de eczemas son las que más bien corresponden al oftalmólogo (1); en las variedades prolongadas, de

(1) a) «En el eczema agudo de los párpados, dice el profesor PANAS (*Traité des maladies des yeux*, 1894, tomo II, pág. 97), que casi siempre se presenta con el eczema *rubrum* de la cara, y llega hasta confundirse con la erisipela, los dos ojos se ven ordinariamente invadidos, y los párpados, que se vuelven rojos, edematosos, se cierran y ectropian hasta el punto de que es necesario valerse de separadores para mantenerlos abiertos. Al mismo tiempo la piel está muy encendida rezumando una serosidad amarillenta, que al desecarse se transforma en costras adherentes.

b) »El estado eczematoso de los párpados, que se manifiesta por las instilaciones de atro-

exfoliación furfurácea, seborreicas, el empleo de las pomadas llega á imponerse, pero es siempre delicado cuando se aplica á los párpados y da resultados inseguros; una medicación interna apropiada al estado del enfermo y el uso del *arsénico* se hacen indispensables.

B. — ECZEMA CONJUNTIVO-PALPEBRAL Ó PÁLPEBRO-CONJUNTIVAL

Este eczema, que es de los más rebeldes, unas veces toma su origen en la conjuntiva y se extiende por la piel; otras, aunque más raramente, de la piel pasa á la conjuntiva; en los dos casos se trata de un eczema *irritable*.

En el período irritativo intenso, se aplicarán por la noche cataplasmas de fécula, ó compresas de agua boricada débil, y durante el día, dos ó tres veces, se repetirán las aplicaciones de compresas. Tan pronto como disminuya la irritación por parte de la conjuntiva, sea cual fuere, por otra parte, el estado de la piel, se actuará en seguida con los antisépticos en forma de lociones tibias sobre las conjuntivas, cuyas secreciones patológicas son muy eczematizantes para la piel. Se harán, además, mañana y tarde, irrigaciones conjuntivales y se aplicarán compresas tibias con una de las dos soluciones siguientes:

Agua hervida.	500 gramos
Sublimado (sin alcohol).	0 gr. 05

Disuélvase.

ó bien

Agua hervida.	500 gramos
Cianuro de mercurio.	0 gr. 05

Disuélvase.

Esta última solución es generalmente mejor tolerada que la primera. La medicación anteriormente indicada ha sido empleada por Trousseau en nuestra clínica del hospital Saint-Louis con resultados satisfactorios, y es la que seguimos en la generalidad de los casos. En la piel, la curación se

pina en ciertos individuos predispuestos á dicha afección, cede casi siempre suprimiendo el colirio. La eserina, gasa salolada, los ácidos fénico, salicílico y el sublimado lo producen también en los individuos de piel irritable, y lo mismo sucede con la oclusión prolongada.

c) »El eczema pálpbro-facial crónico y tenaz exige, para ser modificado, que se quiten las costras y se aplique una pomada compuesta de 30 gramos de vaselina ó de lanolina y de 2 á 4 gramos de calomelanos ó de bióxido de mercurio. Los toques con una solución de nitrato de plata ó de sulfato de zinc dan también buenos resultados, siendo menos segura la acción del alquitrán y del aceite de enebro.»

obtiene por medio de pomadas, pero no se puede prescindir de la gradación y de los tanteos; su indicación corresponde casi exclusivamente á las formas tórpidas y se presenta en realidad muy raras veces (1).

Leloir ha insistido con fundado motivo sobre las formas de eczema palpebral anexas al eczema seborreico del cuero cabelludo, recordando que la profilaxia de las lesiones de los párpados implica la extinción de los focos del cuero cabelludo, según la regla muy práctica de Unna (2).

C. — ECZEMA DE LA BASE DE LAS PESTAÑAS; BLEFARITIS CILIAR ECZEMATOSA
MARGINALITIS ECZEMATOSA

Estas localizaciones, solas ó asociadas con otros eczemas, especialmente con el eczema piloso del labio superior, son muy frecuentes y reclaman á menudo la depilación, debiendo tratarse con constancia, pues á la larga conducen á la alopecia ciliar, formándose por otra parte focos insidiosos de multiplicación eczemática en el mismo punto ó á distancia. Independientemente de la higiene ocular y del tratamiento general apropiado (artritismo ó linfatismo), son indispensables los más minuciosos cuidados locales; por la mañana se secarán los bordes ciliares con algodón hidrófilo seco, lavándose después con un poco de agua hervida tibia, á la que se añade algunas gotas de *glicerina boratada*.

Glicerina.	30 gramos.
Borato de sosa.	2 —

Disuélvase.

(1) Consúltese. Del Eczema de los párpados y de su tratamiento por GALEZOWSKI (*Bullet. de la Soc. franc. de Dermat.*, 1895), y *Ann. de Dermat. et de syph.*, 3.^a serie, t. VI, pág. 300.

(2) He aquí en resumen la práctica de LELOIR acerca de este punto:

Lociones resorcinadas en solución no alcohólica (una ó dos cucharadas de café de una solución acuosa al 1 por 30 en media taza de infusión caliente de manzanilla).

Mañana y tarde se untará el borde libre con una pomada resorcinada débil, ó con la pomada al precipitado amarillo ó la pomada á base de óxido de zinc.

Cuando hay hipersecreción será útil, según los casos, tocar la conjuntiva palpebral inferior con el lápiz de sulfato de cobre ó el lápiz de nitrato de plata mitigado, el lápiz de alumbre, las instilaciones débiles de nitrato de plata y las lociones diluidas de bicloruro de mercurio. Las complicaciones más graves son de la incumbencia del oculista. El tratamiento higiénico, sobre todo en los artríticos, no deberá descuidarse. Será necesario proscribir los trabajos intelectuales, la escritura y la lectura con luz artificial, sobre todo con luz de gas; convendrá asimismo no ponerse de cara al fuego y recomendar á los enfermos que se acuesten y levanten temprano, que sólo trabajen de día y hacer mucho ejercicio al aire libre. Como régimen el de los artríticos y, según los casos, los alcalinos, arsenicales, laxantes, azufre, antisépticos intestinales, y á ser posible, la residencia en una estación termal apropiada (Uriage, Saint Gervais), y hasta, en algunos casos especiales, en las costas (*Journal des Mal. cut. et syph.*, Abril de 1895, págs. 209 y siguientes.)

Las costras se quitan cuidadosamente, lavándose los bordes ciliares con una solución débil de *sublimado* ó de *cianuro de mercurio*:

Agua hervida.	100 gramos.
Cianuro de mercurio.	0 gr. 01

Disuélvase.

Las erosiones y ulceraciones se tocan con el *sulfato de cobre* ó con el *nitrato de plata* muy mitigado; las pestañas se quitan con una pinza en los puntos enfermos.

Cuando la lesión se presenta con alguna agudez, convienen las cataplasmas de fécula una ó dos noches seguidas y durante el día se aplicarán dos veces compresas tibias de la solución indicada precedentemente, dejándolas sobre los ojos durante quince ó veinte minutos.

Así que se observe una mejoría acentuada, se prescribirán mañana y tarde lociones con glicerina boratada diluída en agua; además, por la mañana se aplicará un poco de pomada con una débil cantidad de *óxido de zinc* y por la tarde, pomada á base de *óxido amarillo*.

Oxido amarillo de mercurio.	0 gr. 05 á 0 gr. 10
Vaselina.	10 gramos.

M. s. a.

VI

Eczema de las orejas

El eczema de las orejas se presenta con mucha frecuencia precediendo, acompañando ó consecutivamente á los eczemas de la extremidad cefálica: comienza por el conducto auditivo externo ó por el pliegue retroauricular, y en estos puntos permanecen igualmente latentes los residuos, que deben tratarse hasta la curación absoluta si se quieren evitar las exacerbaciones y recidivas incesantes.

A.—Para el eczema del pabellón de la oreja, muy irritable, convendrá aplicar cataplasmas de fécula, duchas tibias pulverizadas sucesivamente anodinas, *resorcinadas*, *coaltaradas*, *hidrargíricas*; lociones y apósitos húmedos de la misma clase y graduación y pomadas, comenzando por las anodinas y siguiendo hasta las más activas según el período (1).

(1) Entre las preparaciones nuevas, el boral — boro tartrato de aluminio,— en pomada al 10 por 100, ha sido indicado como favorable y sedante, en los eczemas del conducto auditivo. (KOPEL, U. e. n. Aluminium prap., *Therap. Monatsch.*, t. IX, pág. 614).

En el eczema de los pliegues retroauriculares, las lociones se harán con mucho cuidado, así como las aplicaciones de las curas secas, húmedas, ó las pomadas, y como regla general, se separarán las superficies de contacto hasta el fondo del pliegue con algodón hidrófilo, ó con compresas de *lint* aséptico cortadas de manera que se amolden exactamente á los contornos del pliegue; las embrocaciones con las soluciones de nitrato de plata y también la cauterización de la fisura por medio del nitrato de plata, son con frecuencia necesarias.

B.—Llamamos la atención sobre el eczema que comienza por los agujeros de perforación de los pendientes ó que hayan sido atacados posteriormente, pues en los dos casos deberán quitarse los pendientes y sustituirse, mientras subsista el eczema, por anillos de hilo de seda aséptica anudados á un centímetro por debajo del lóbulo de la oreja para evitar la obliteración de los agujeros de perforación.

C.—El eczema del conducto auditivo externo se presenta con bastante frecuencia, casi siempre en la serie seborreica, y en grados muy diversos desde el catarro seco más sencillo hasta las eczematizaciones activas; muchas veces le son consecutivas las glomerulitis forunculosa y es esencialmente recidivante.—*Eczema recidivante del conducto auditivo externo, ú otitis externa eczemática recidivante.* En los individuos predispuestos, aparece ó se exaspera por efecto de trastornos digestivos ó de alimentos eczematógenos, merced á la influencia del frío, así como también en virtud de las irritaciones locales que determinan ó exasperan la negligencia en el aseo de las orejas, la acción de rascarse practicada con los monda-oidos improvisados, el contacto de líquidos patológicos provenientes del oído medio, los diversos agentes medicamentosos empleados para el tratamiento de la otitis, etc. Convendrán en estos casos las irrigaciones con soluciones *resorcinadas* débiles, aplicaciones de *vaselina boricada* simple, que se harán por medio de pinceles de algodón aséptico que servirán una sola vez; con esto y evitando los efectos del rascarse, se obtendrá rápidamente una mejoría cuando se trate de formas ligeras, completándose la curación con las pomadas débiles á base de *calomelanos* y las lociones de *glicerina boratada* ó de *aceite balsámico*.

Aceite esterilizado.	20 gramos.
Aceite de abedul blanco.. . . .	1 á 2 —

M. s. a.

En las formas húmedas, bien establecidas, convendrán las curas practicadas con mechas de algodón hidrófilo aséptico untadas con pomada á base de *óxido de zinc* ó de *subnitrato de bismuto*, y después se lavará y

locionará la región afecta con soluciones al 1 por 10,000 de *bicloruro* ó de *cianuro de mercurio*; y en los casos rebeldes, se harán embrocaciones con soluciones de *nitrate de plata* del 1 por 100 al 1 por 10 (1). También se obtendrán buenos resultados con la aplicación de pomadas á base de *óxido de zinc*, de subnitrate de bismuto, de *ácido bórico*, ó espolvoreando con polvos finamente pulverizados de *talco* y de *ácido bórico*. En los casos difíciles ó complicados, sin perjuicio de prescribir también las medicaciones internas, comunes ó especiales, se emplearán las curas según la técnica de los otólogos, y la medicación se continuará hasta la curación *completa* á fin de fijar un término (?) á los brotes eczemáticos indefinidamente recidivantes que parten del foco auditivo. Cuando la eczematización del conducto auditivo externo reduce la luz de dicho conducto hasta el punto de dificultar más ó menos la audición, se harán las curas con mechas de suficiente calibre.

VII

Eczema de los labios

Cuatro formas principales: A.—Eczema de todo el aparato, orbicular; B.—Eczema hipertrofiante de los labios, superior é inferior; C.—Eczema subnasal (eczema piloso del labio superior); D.—Eczema de la parte encarnada de los labios.

A.—ECZEMA ORBICULAR DE LOS LABIOS

Esta clase de eczema, á menudo aislada, constituye una de las manifestaciones más tenaces del eczema común, principalmente en las mujeres y en los niños; rezumante ó seco, fisurado, agrietado, dibujando en finas grietas los pliegues orbiculares, se localiza en las comisuras, en donde se eterniza, pudiendo simular placas sifilíticas comisurales; es muy moles topor lo que desfigura, por los dolores que ocasiona y el obstáculo que

(1) HERMET, en todos los grados del eczema del conducto auditivo externo, aconseja que se practique lo siguiente:

Después de limpiar y lavar el conducto auditivo con un pincel esterilizado, impregnado de licor de van Swieten puro, se introduce en él un tapón de algodón muy empapado en una solución de nitrato de plata al 10 por 100, cuyo volumen sea proporcionado al diámetro del conducto dejándolo durante veinticuatro horas. Al quitarse al día siguiente el tapón, no se encuentra ningún resto de vesículas ni de dermatitis, desapareciendo también todos los síntomas subjetivos. El conducto presenta una coloración negra uniforme. Al cabo de dos ó tres días se presenta una descamación de un color gris obscuro. El dolor que se experimenta no es muy considerable.

Cuando se reproduce el brote de eczema se recurrirá otra vez á la aplicación del nitrato de plata que dará los mismos resultados.

opone al ejercicio de las funciones propias de la boca, por renovarse incesantemente, á cada movimiento, la separación de las fisuras.

En las variedades comisurales que progresan de arriba á abajo, no olvidaremos investigar los *orígenes* bucales, sea por alteración de la saliva, sea por el uso de dentífricos irritantes para la piel — especialmente aquellos que contienen salol, substancia eczematígena en muy alto grado, etc., etc., — que se derraman por las comisuras al lavarse los dientes.

Una vez se hayan discernido y fijado las indicaciones generales, determinado el estado de la cavidad bucal y del tubo digestivo, y se hayan alejado las causas provocadoras especiales, este eczema podrá mejorarse rápidamente, aunque las fisuras plicaturarias sean numerosas y profundas; para esto, prescribiremos pulverizaciones tibias reguladas según el estado de la irritación, aplicaremos compresas húmedas de *agua resorcinada* débil— 0,10 á 0,50 por 100, sujetas con una venda de caucho de forma y dimensiones iguales á las de la superficie eczematizada, — seis á ocho centímetros de longitud por tres á cinco de anchura; su parte media, que corresponde al orificio bucal, se incindiré, sin quitar tejido, horizontalmente en una extensión de 3 á 4 centímetros; si los cordones de la venda se estiran convenientemente (de un modo moderado) el caucho se aplica perfectamente sobre las partes enfermas, pudiéndose sacar la lengua fuera de la boca, etc. (1).

Al cabo de muy pocos días, la pequeña venda de caucho podrá aplicarse inmediatamente sobre la superficie enferma y ella sola será suficiente para el tratamiento local, con tal que se lave y seque repetidas veces, como en todos los casos en que la oclusión es directa.

Cuando se trata de formas especialmente rebeldes, nos valdremos de soluciones débiles de *sublimado*, de *sulfato de zinc y de cobre* (agua de Alibour), como también de pomadas, simples ó mixtas, á base de *ácido salicílico*, *azufre*, *aceite de enebro*, *calomelanos* ú *óxido de zinc*, graduadas según la tolerancia del individuo y con la dirección conveniente, de la que depende principalmente el éxito del tratamiento.

B. — ECZEMA HIPERTROFIANTE DE LOS LABIOS SUPERIOR É INFERIOR

Este eczema, casi siempre secundario al eczema crónico ó reiterado de las fosas nasales, y dependiente del coriza permanente ó habitual de los individuos jóvenes linfáticos, presenta como carácter predominante el

(1) Nuestro aparato puede servir para sostener todas las curas de la región.

edema linfático proliferante que determina, deformando típicamente el labio superior, en cuya cara bucal se encuentran de ordinario grietas lineales ó sus cicatrices; iguales caracteres se manifiestan en el labio inferior.

La pequeña venda de caucho elástico laminado que se emplea en estos casos obra á un mismo tiempo por la compresión que produce y por su acción oclusiva directa, y haciéndola llevar á los niños durante la noche, directa ó mediatamente, hasta después de la curación del proceso eczemático, se consigue volver los labios á su estado normal.

C. — ECZEMA SUBNASAL Ó ECZEMA PILOSO DE LAS VENTANAS
DE LA NARIZ, DEL LABIO SUPERIOR Y DE LA BARBA

Esta afección, muy comúnmente observada y cuya naturaleza es de verdadero eczema, á pesar de las opiniones contradictorias sostenidas acerca de este punto, se ha confundido tradicionalmente con diversas tricofolliculitis con el nombre de sicosis y de impétigo sicosiforme, creyendo nosotros un deber individualizarla más particularmente, describiéndola con el nombre de eczema recidivante del labio superior. Es un eczema que se caracteriza por originarse en la nariz ó en las ventanas de la misma, por la región que ocupa, y por la propagación del proceso eczemático al conducto piloso,—angiofolliculitis pilosa eczemática no traspasando la embocadura del folículo sebáceo y sin perifolliculitis profunda,—y por sus incesantes recidivas. Se observa especialmente en los individuos linfáticos ó artríticos, coincidiendo comúnmente, en los primeros, con el eczema ciliar pálpbro-conjuntival —siendo su punto inicial y de origen las fosas nasales á consecuencia de corizas reiterados; y como agente irritativo provocador múltiple, las secreciones nasales, las bacterias é infecciones secundarias múltiples.

En los comienzos de la afección, se observan de momento en el infundíbulo piloso unas vesículo-pústulas muy pequeñas en cuya parte central reside el pelo; más tarde la lesión invade la epidermodermis interpilosa, manifestándose en la región subnasal y fisurando el pliegue del subtabique; de aquí se extiende más ó menos á derecha y á izquierda, por la región del bigote, propagándose raras veces hacia la barba y el mentón. Si no se somete la afección á un tratamiento determinado ni se desinfecta la región, ó bien á consecuencia de aplicaciones inoportunas, la región se cubre de costras sucias, enredadas con los pelos, presentando el conjunto un aspecto muy poco agradable.

Convendrá, pues, en este caso, desinfectar y aseptizar las fosas nasales y subnasales, alejar las causas de infección secundaria y de irritación de causa externa; instituir, si fuere necesario, una medicación apropiada según que el individuo sea artrítico ó linfático y regular el tratamiento de la forma comprobada del coriza habitual. Para el tratamiento de la lesión local en su período irritativo y sórdido, se desprenderán las costras y se cortarán los pelos con las tijeras todo cuanto sea posible; después se darán cada día dos pulverizaciones de vapor de *agua tibia resorcinada* al 1 por 100 de diez minutos de duración; por la noche cataplasmas de fécula tibia, de día *vaselina boricada á base de óxido de zinc* ó cataplasma si el enfermo está en un hospital ó se queda en casa. Transcurridos dos ó cuatro días y á menudo más pronto, se practicará la *depilación* de las fosas *nasales* y de la parte enferma del labio, avanzando hasta 2 milímetros en los pelos sanos después de lo que se rasuran las partes que han quedado sanas. Al día siguiente de la depilación, se observa un poco de rubicundez y algunas vesículo-pústulas miliares de depilación, por lo que se aplicarán todavía por espacio de cuarenta horas cataplasmas y pulverizaciones resorcinadas ó sublimadas débiles.

Después de todas estas prácticas, podrán comenzarse las pulverizaciones coaltaradas, suprimir las cataplasmas, sustituyéndolas por una pequeña venda de *lint* aséptico neutro impregnada de la solución resorcinada, cubierta de una hoja de caucho, manteniendo el apósito toda la noche y aun el día cuando sea posible por medio de una venda de caucho elástico. Después de un nuevo plazo de cuarenta y ocho horas, se aplicará directamente la venda de caucho sobre el labio ejerciendo, con la atadura de los cordones, una ligera tensión en la placa, que obra como una aplicación impermeable y como un medio de compresión. Pasada una semana, el obrero afecto de las variedades más intensas podrá volver á trabajar; continuará, sin embargo, el tratamiento, haciéndose depilar de nuevo las fosas *nasales* y la parte enferma del labio hasta la curación completa, conservando la *nariz* limpia y llevando la venda de caucho durante la noche.

En los casos en que el eczema descuidado por mucho tiempo ó sometido á un mal tratamiento ha llegado á un grado de cronicidad acentuada, convendrá el tratamiento regular de las rinitis, esto es: *conservar siempre la nariz libre de todos sus pelos* (1) *por medio de reiteradas depilaciones y mantenerla en estado absolutamente normal, merced á la limpieza aséptica que se practicará mañana y tarde*: lavado completo por medio de algodón hidrófilo con agua *lisolada* ó *coaltarada*, seguido de

(1) La destrucción electrolítica de los pelos de la *naris*, cuando puede realizarse, constituirá, en los casos rebeldes, un medio de curación absoluto.

una loción con una pequeña torunda de algodón humedecida con *alcohol boricado* al 1 por 100. Si quedan todavía focos de foliculitis pilosa, emplearemos la curas alternativas de la nariz con torundas de algodón aséptico untadas con pomada de Hebra,—vaselina y *emplasto diaquilón*, partes iguales,—pomadas *á base de calomelanos*, ó *de óxido de zinc*. La verdadera profilaxia de las eczematizaciones recidivantes del labio superior, sin perjuicio del tratamiento diatésico de los eczemasos, consiste enteramente en mantener en estado de integridad absoluta las ventanas de la *nariz* y las fosas nasales.

El eczema del mentón, algunas veces consecutivo al eczema labial, puede presentarse también aislado, siendo el tratamiento, en este caso, exactamente igual al precedente, y comprendiendo en el mismo la depilación en las formas rebeldes. ¿Equivale esto á decir que no se podrán jamás curar esas afecciones—eczemas de la barba, del labio superior, del mentón—sin acudir á la depilación? Ciertamente no, pero la depilación viene á simplificar hasta tal punto la acción de los demás agentes, y en algunos casos es tan indudable que constituye el único medio de curación, lo que nos hace difícil comprender el por qué de la oposición que se ha hecho y se hace todavía á una práctica de grande utilidad, de la cual, por más de veinte años, hemos comprobado sus buenos efectos, no cesando de demostrar su verdadero valor.

D. — ECZEMA DE LA PARTE ENCARNADA DE LOS LABIOS, ECZEMA NEURÓTICO
ECZEMA SEBORREICO

Esta forma, poco conocida aún y respecto de la que llamamos ya la atención en una época en que era del todo desconocida, es de las de más difícil tratamiento por sí y por la nervosidad acentuada de la mayoría de los individuos que de ella se ven atacados. Casi siempre,—y esto es precisamente lo que nos explica el calificativo seborreico que se da á una afección que se desarrolla en un terreno que no tiene otra esteatización que la que corresponde á la involución epitelial,—coexiste con la seborrea del cuero cabelludo y más especialmente con las neuroseborreas de la cara, aceitosas, concretas, eritematosas, y con un estado especial del sistema nervioso, que determina una de las formas más curiosas del tipo frecuente de las dermatomanías. Bateman la ha descrito en pocas palabras entre las variedades más localizadas de la «psoriasis» con la denominación de «*psoriasis labialis*.»

Afortunadamente bastante rara en sus grados más intensos, pero

muy molesta para los individuos que la sufren, fué en seguida observada y descrita por Rayer, quien, como observador experimentado, la caracterizó de momento con el nombre de *psoriasis de los labios* (1) — y más tarde, 1835, con la denominación de *pitiriasis de los labios* (2). Desde el punto de vista dermatográfico, nada hay que modificar á la siguiente descripción de Rayer:

Comienza por pequeñas manchas rojas á las que sigue una rubicundez general y una descamación continua del epitelio de los labios, y á veces de la epidermis de la piel circunvecina. Esta descamación se verifica en pequeñas hojas delgadas, poco más ó menos como la epidermis sana desecada, cuya cara interna hubiese sido ligeramente embebida de serosidad. Los enfermos experimentan calor y tensión en los labios. El epitelio se pone amarillo, grueso, se agrieta y se desprende en hojas bastante largas, sucediendo muchas veces que durante algún tiempo estas hojas permanecen adheridas por su centro; cuando esta circunferencia de epidermis está libre y seca se forma una nueva epidermis debajo de la cual está próxima á desprenderse. Muy pronto la nueva epidermis amarillea, se agrieta y rompe, cayendo á su vez para ser reemplazada por otra que sigue la misma suerte. Esta alteración, siempre larga y rebelde, presenta paroxismos en los que se nota una hinchazón y rubicundez bastante viva de los labios. Esta erupción se distingue perfectamente de otra inflamación pasajera de los labios, que va acompañada igualmente de grietas y de una descamación del epitelio y es producida por el frío ó se manifiesta muchas veces después de algunas enfermedades agudas; la duración de esta última afección es corta, mientras que la de la pitiriasis es larga é indeterminada. Las causas de la pitiriasis de los labios son á menudo oscuras, habiéndola nosotros observado en dos enfermos muy habladores y que tenían la costumbre de morderse los labios.

Esta afección se distingue perfectamente de todas las alteraciones de los labios descritas recientemente y de un modo especial de la *perlada* ó *bridou* (en lemosino) afección comisural de la boca de los niños (3), ó del *«male checorre»* llamado en Italia (4).

Se manifiesta esta afección *en los dos labios*, pero con marcado predominio en el inferior, rebasando sus límites y extendiéndose por los alrededores y hacia las comisuras. En la mayoría de los casos, va tan íntimamente unida con la seborrea del rostro, que la consideramos dependiente

(1) RAYER.—1.^a edición, t. II, pág. 49, obs. CXLIX, París, 1827.

(2) RAYER.—2.^a edición, t. II, pág. 166, 187, obs. CXXIV.

(3) Véase J. LEMAISTRE.—De la perlada ó del estreptococcus plicatilis, en-8.º, Limoges, 1886.

(4) Véase O. MORETTI.—Afección especial del labio inferior, observada durante el verano en Recanati y en sus alrededores (*Rivista clin. di Bologna*, 1886). Consúltese á FL. JAJA, in *Giorn. ital. de Malatt. ven. e d. pelle*; 1887; I. A. FORDYCE; A peculiar aff. of the mucous membr. of the lips and oral cavity. in *Journ. of. cut. and. g. u. Diseases*, Noviembre, 1896.

de un modo directo de esta enfermedad, individualizándose únicamente por su localización anatomo-topográfica.

El eczema exfoliante de los labios se presenta en todas edades; en sus grados más débiles pasa desapercibido, pero la enfermedad es permanente, aunque con paroxismos y remisiones espontáneas que hacen pasar á los enfermos y al mismo médico por repetidas alternativas de esperanza y decepción.

Su tratamiento es laborioso, obteniéndose algunas veces buenos resultados con el uso de los astringentes débiles, como la *ratania* y el *bórax*, ó con los sustitutivos, como el *jabón blando de potasa*, el *aceite de enebro* ó de *abedul*; sin embargo, la nervosidad característica de los individuos que se hallan afectos de eczema exfoliante de los labios convierte á todos estos medios en aleatorios ó de resultados inseguros. Algunos enfermos ponen en práctica simples medios paliativos, como aplicarse en la superficie de los labios, una ó dos veces al día, una capa de *traumaticina*, ó de *barniz á base de acetona*, ó una hoja de caucho, etc., simples ó medicamentosos, transparentes ó coloreados; de esta manera consiguen no solamente disimular, sino aun mejorar, merced á la oclusión permanente, el estado patológico. En los individuos que se prestan á ello, con las *escarificaciones lineales* reiteradas se obtienen muchas veces buenos resultados, y constituye en todos los casos un tratamiento siempre útil, al menos como paliativo, la aplicación de la venda de caucho durante la noche.

VIII

Eczema de los miembros superiores, de las manos

Todas las formas diseminadas de eczema pueden encontrarse en los miembros superiores, en donde son pruriginosas y alcanzan una intensidad especial, merced á la acción traumatizante del aire y demás agentes externos.

A.—En los brazos, es sobre todo su cara interna la que se ve atacada con más frecuencia, y en los antebrazos, la cara anterior, en donde la flexura del brazo reproduce las condiciones del hueco poplíteo, y tanto en uno como en otro, las formas eritemato-escamosas resquebrajadas, agrietadas, son las que más abundan. Las diversas formas de tratamiento del eczema son aplicables al eczema de estas regiones, en las que las curas se practican con facilidad y no ofrecen nada de particular.

B.—En las manos, todas las formas de eczema se desarrollan con mucha facilidad, tomando rápidamente el carácter peragudo, pero sobre todo la forma crónica es la que con más frecuencia ataca esta región permaneciendo en ella mucho tiempo. En primer término se presentan toda la serie variada de las eczematizaciones producidas por los agentes irritantes exteriores, dermatitis provocadas que subsistirían aún después de la desaparición de la causa. Los acaros, las aguas de fregar y de jabón, los productos químicos más variados, el cemento, etc., etc., determinan la aparición de epidermodermatitis, que ceden á un tratamiento apropiado aplicado con oportunidad, y en individuos que no tengan predisposición á dicha dermatosis. Lo que está indicado en estos casos es el tratamiento de la sarna si existe la supresión de las condiciones de la profesión y del trabajo; cataplasmas tibias de fécula; curas húmedas con agua hervida simple, después *resorcinada*; pomadas; emplastos anodinos y colas á base de *óxido de zinc*, que son muy convenientes después del período irritativo de los primeros días, para que el enfermo pueda dedicarse de nuevo á su trabajo.

En los casos en que una eczematización difusa de forma erisipelatosa invade las dos manos, convendrá el reposo absoluto; se aplicarán cataplasmas de féculas tibias, colocándose las manos elevadas sobre almohadas de avena, y pasándose seguidamente á las curas húmedas de agua hervida, con soluciones *resorcinadas* ó *sublimadas* débiles—envolviendo cada dedo por separado, y cubriendo cada una de dichas envolturas con una hoja de caucho. Se usarán guantes de tela fina de caucho ó de caucho laminado no vulcanizado, muy fino. Una vez haya pasado el período difuso y estén ya localizados los focos, las pomadas y los emplastos anodinos estarán de nuevo indicados,—especialmente los *emplastos á base de óxido de zinc*, que se renovarán cada doce ó veinticuatro horas después de un baño tibio de las manos y de limpiar las superficies con algodón hidrófilo mojado en soluciones débiles de sublimado.—Todas estas formas de tratamiento darán buenos resultados con la expresa condición de que el médico se encargue por sí mismo de su dirección, ejecución y sobre todo de su vigilancia, sin dejar lo más mínimo al cuidado del enfermo.

En las formas crónicas rebeldes, las pomadas y los emplastos reductores, el *aceite de enebro*, las soluciones de *nitrate de plata* encuentran su aplicación bien fundamentada, pero siempre dependerá su buen resultado de la intervención y vigilancia del médico.

Contra los eczemas de las manos y de los dedos, en los obreros, Unna emplea las pastas siguientes:

Oxido de zinc.	40 gramos.
Creta.	20 —
Agua blanca.	20 —
Aceite de linaza.	20 —

Cúbrase con papel gutapercha. M. s. a.

Contra los eczemas que ya datan de algún tiempo, emplea el lápiz de *crisarrobina* y después las pastas y el papel de gutapercha. Si el enfermo se ve obligado á continuar su trabajo aplica la siguiente pomada:

Ungüento de zinc.	} aa 10 gramos.
Resorcina.	
Tierra silícea.	
	2 —

M. s. a.

C.—O. Lassar (1) ha estudiado detenidamente una forma de eczema producida por el empleo excesivo de los antisépticos, la que se presenta con molesta frecuencia en aquellos cirujanos y comadrones que por una predisposición personal son eczematizables por la acción de los irritantes químicos. En su opinión, el agua templada, el cepillo, el agua de Colonia, un jabón de buena calidad y el jugo de limón, bastan para poner asépticas manos y uñas, y antes de secarse las manos se untarán con una mezcla á partes iguales de aceite de olivas, glicerina, lanolina y vaselina, con 2 por 100 de *resorcina*. Como tratamiento curativo del eczema producido con ocasión de las prácticas quirúrgicas, recomienda el mismo autor que se aplique al anochecer sobre la piel enferma una gruesa capa de *aceite de enebro*, la que se quitará al cabo de media hora con jabón y agua tibia, aplicándose después, y manteniendo toda la noche, una gruesa capa de *pasta de zinc salicilada*, al 2 por 100, espolvoreándola con óxido de zinc y cubriéndola con una ligera venda de algodón. En las formas rebeldes, indica las pomadas á base de *precipitado blanco* y de *ácido pirogálico*, etc.

Lo que aconsejaremos principalmente á los que tengan predisposición para esta dermatosis, es que procuren no emplear más que los antisépticos *indispensables*, limitar su uso á lo estrictamente *necesario* y utilizar la grasa aséptica resorcinada al 1 por 100 antes de secarse las manos, no solamente en los preliminares de una operación, sí que también en las distintas veces que se lave las manos durante el día. El preservarse es lo verdaderamente esencial.

(1) LASSAR. — *Das Eczem. der Chirurgen* (Dermatolog. Zeitschr., 1894, t. I, pág. 24); Anal. p. DOYON, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3.^a serie, t. VI, 1895, pág. 133.

D. — En los eczemas crónicos psoriasiformes de la palma de las manos, el tratamiento es exactamente idéntico al de la psoriasis de la misma región; *aceite de enebro*, *pomadas pirogálicas* al 5 y al 10 por 100; *emplastos pirogálicos*, con aplicaciones intercurrentes de pomadas anodinas en el caso de que las reacciones irritativas fuesen demasiado intensas.

La profilaxia desempeña un papel de grande importancia en esas afecciones por ser esencialmente recidivantes, y á este fin aconsejaremos que se suprima el uso del jabón y se empleen guantes de protección en todas las profesiones en que hayan de manejarse sustancias irritantes ú objetos especiales, como lanas, cuero, trapos, empaquetar el azúcar en las refinerías, etc., etc. En ciertos casos no habrá más remedio que proscribir en absoluto el ejercicio de la profesión.

IX

Eczema de las uñas y distrofias ungueales de los eczematosos

El verdadero eczema de las extremidades de los dedos, cuando no es de muy larga duración, apenas altera el tejido de la uña, lo que acontece, por el contrario, en las formas graves de los tipos seborreicos generalizados intensos, ó en algunas especies ambiguas, psoriasiformes.

A. — *Eczema de las uñas*. — Las lesiones del tejido de la uña que coinciden con lesiones periungueales, dependen de dermatitis eczematoideas más profundas que la eczematización epidermodérmica común. Las onixis y las perionixis alteran la nutrición de la uña, observándose más á menudo á consecuencia de dermatitis de los dedos de causa mecánica ó química, como en los impresores, albañiles, mecánicos, confiteros, drogeros, fogoneros, cocineros, fregadores, devanadores de capullos de seda, hiladores y trabajadores del lino, etc., etc. El eczema de las uñas cuando se presenta aisladamente comprende dos tipos principales: *a)* el eczema perionixico con lesiones ungueales subagudas, separación parcial lateral, etc., erosiones, deformación sin aumento del grosor—eczema cutáneo-ungueal; *b)* y el eczema ungueal propiamente dicho, subagudo ó crónico, sin rubicundez aparente, ó con rubicundez marginal en sus comienzos. Este eczema determina variadas y profundas alteraciones de la nutrición de la uña, la cual sufre la decorticación fibrilar, la exfoliación laminar, desprendiéndose á algunos milímetros de la lúnula, ó hacia los ángulos ó

por el borde libre; sin embargo, el desprendimiento propiamente dicho de la uña corresponde más á menudo á la psoriasis de las uñas que al eczema. Estas variedades del eczema ungueal llevan un curso lento, pero se llega á la curación; su verdadera interpretación no se ha dado todavía, refiriéndolas nosotros generalmente á la psoriasis ó al eczema, y aunque se tarda en conseguir la restitución *ad integrum*, no es esto excepcional. Otras veces sucede que la uña se rompe vertical ó transversalmente á manera de un resquebrajamiento ó grieta; otras se engruesa, se comba ó excava, torciéndose á veces y haciéndose rugosa, etc., deformándose con gran riqueza de detalles de muy diversas maneras. Estas últimas variedades son extremadamente lentas, progresivas, ordinariamente simétricas, á veces sucesivas y en algunos individuos se hacen permanentes con períodos de calma y de exacerbación. La curación, ó bien se obtiene por completo sin que deje ninguna huella, ó va seguida de deformaciones, de onicogrifosis, y hasta de la destrucción definitiva de la uña si la enfermedad ha evolucionado desde la infancia.

B. — *Distrofias ungueales de los eczematosos*. — En los individuos que tienen ó han sido atacados por eczema, ó que quizás más adelante lo tengan, especialmente en las manos, aunque también en otras regiones, sin que en ellos se haya manifestado nunca un proceso ungueal declarado como en los casos precedentes, es muy frecuente encontrar deformaciones diversas de las uñas no dependientes exclusivamente de la afección eczematosa propiamente dicha. Consisten éstas en prominencias lineales ó depresiones sulciformes, regulares ú onduladas, en punteados discretos ó muy numerosos, como podrían hacerse en la cera con un punzón. Bazin, habiendo creído observar que las lesiones eran transversales en la psoriasis y verticales en el eczema, atribuía á su dirección un valor positivo para el diagnóstico, pero unas y otras se manifiestan en cada una de las dos enfermedades, lo mismo que las estrías, y las distintas marcas ó dibujos irregulares ó alineados sistemáticamente, etc., etc.

La verdadera causa de esas alteraciones se desconoce todavía y no se logra tampoco esclarecer mucho la cuestión admitiendo, con Kaposi, que se desarrollan «por vía simpática». Lo que convendría saber es si dependen de un proceso eczematígeno local, latente, ó si indican solamente un trastorno general de la nutrición, ó también si derivan de lesiones centrales del mismo género de las que pueden regir algunos eczemas, etc., etc., pero á todas estas cuestiones no es posible por ahora dar ninguna contestación categórica.

La verdadera importancia de las distrofias ungueales desde el punto de vista que la consideramos es que permite afirmar desde luego la

naturaleza crónica, inveterada, de un eczema en apariencia agudo, sub-agudo, como se observará con frecuencia en los individuos afectos de eczema profesional. Cuando estos enfermos continúan ejerciendo la profesión, sometiendo sus manos á sufrir la acción de las causas irritantes, que para ellos resultan mucho más nocivas que para la generalidad, la enfermedad es poco menos que incurable (1).

C.—La acción directa que ejerce la terapéutica sobre las alteraciones ungueales no es muy intensa ó se verifica muy lentamente. Siempre y cuando exista dermatitis ó epidermitis periungueales, la medicación se regulará según el período y la forma de la dolencia, estando indicados en estos casos los maniluvios, lociones *hidrargíricas* débiles y curas hechas con las *soluciones de zinc y de cobre* (véase anteriormente, nota 1, pág. 134); además deberán ponerse los enfermos dedales de caucho, al menos como protectores, y se practicarán cauterizaciones con las soluciones de *nitrato de plata*, así como también se recurrirá á las curas con el *alcoholado de alquitrán* á partes iguales y el *aceite de enebro*. Los *emplastos salicilados*, *pirogólicos*, á base de *enebro* y los anodinos, según sea el estado irritativo, podrán también emplearse prácticamente en forma de pequeñas vendas ó de placas, limpiándose aséptica y completamente la región y practicando raspaduras y cortes en el intervalo de las curas.

Varias veces las onixis crónicas que se suponen de naturaleza eczematosa son tricofíticas, fávicas ú originadas por otras causas que conviene determinar, y para que la terapéutica resulte acertada, siempre y cuando se ofrezca alguna duda, habrá de hacerse el examen histológico y micológico. De este modo sabremos si podemos recurrir al menos perjudicial de los antitricofíticos, el *yodo*, en aplicaciones reiteradas, que se regularán por la tolerancia del individuo, tratamiento que podrá ensayarse además en los formas ambiguas rebeldes.

X

Eczema de las axilas

El eczema de las axilas, que se observa con frecuencia, sobre todo en la mujer, es casi siempre hipersteatidróico, constituyendo ordinariamente el origen de periadenitis y adenitis sudoríparas. En el período de irritación viva, que siempre es accidental,—debido á aplicaciones intempe-

(1) Consúltase DELIGNY, El eczema de las uñas (*Union médicale*, 1887, pág. 817), y F. DE LA HARPE, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1889, n.º 2.

tivas, á la compresión ejercida por vestidos demasiado estrechos, principalmente en la estación calurosa, etc.,—están indicadas las aplicaciones comunes á todos los eczemas intertrigos y pilosos, curándose con relativa rapidez, cuando han desaparecido las condiciones que han sido causa del mismo, merced á las pomadas de *azufre*, *resorcina* y de *aceite de enebro*:

Azufre precipitado fresco.	1 á 3 gramos
Aceite de enebro.	1 á 5 —
Jabón.	c. s. p. e.
Resorcina.	0 gr. 30 á 0 gr. 60.
Vaselina.	30 gramos

M. s. a.

En las formas recidivantes de la mujer y á título profiláctico, se practicará lo siguiente:

A.—Tres veces al día, después de lavar toda la región con jabón blanco, se hará una aplicación ligera de *pomada á base de óxido de zinc*, secando después y espolvoreando la región con una bolita de algodón hidrófilo que se cambiará cada vez.

B. — Convendrá, además, quitarse los pliegues de los vestidos, las mangas de la camisa ó de franela, forros de caucho, etc., que estén impregnados de sudor más ó menos alterado, siendo necesario, respecto de estos puntos de higiene de la región, que después de haber examinado las condiciones del individuo se den las prescripciones oportunas con toda la precisión que exigen las circunstancias.

XI

Eczema del cuello

Este eczema, que afecta ordinariamente la forma simétrica, en collar, y se observa más especialmente en la mujer, de ordinario se liqueniza, formando, unas veces en sus comienzos, otras á su terminación, placas pruriginosas, secas, resquebrajadas y liquenoides.

Cuando se encuentra en los primeros períodos, una cura inoportuna puede provocar una intensa exacerbación, imponiéndose, por tanto, la mayor circunspección. Los polvos inertes, las curas húmedas y las telas muy finas de caucho están indicados en estos casos, así como también primero las pomadas anodinas y después las activas, pero volviendo otra vez á las aplicaciones calmantes si se nota la menor exacerbación. En

las formas liquenizadas en placas, los *emplastos de óxido de zinc* y de *aceite de hígado de bacalao* constituyen una forma de tratamiento fácil y que casi siempre da buenos resultados.

XII

Eczema de las glándulas mamarias, del pezón y de la areola

A. — Frecuente en estado subagudo en las mujeres hipersteatidró-sicas que no observan los cuidados de limpieza que son del caso, el eczema del pezón ataca la areola á la primera irritación séptica y da origen á los eczemas comunes fisurarios, orbiculares, de las mujeres que lactan.

Si durante el embarazo se pusiera cuidado en dar los consejos necesarios para la *toilette* aséptica de la región, se podría abrigar casi la seguridad de que no aparecerían grietas ni eczematización, como tampoco durante la lactancia, si se practicara un lavado local después de cada tetada y otro aséptico de la boca del niño antes de tomar el pecho si presentase la menor irritación.

En cuanto se manifieste el eczema en estado agudo, á menudo agravado por aplicaciones inoportunas, se tratará conforme á las reglas generales del tratamiento del eczema agudo, por curas con algodón y manteniendo elevado el pecho con vendajes apropiados.

Convendrá, pues, la limpieza aséptica del pezón por medio de algodón hidrófilo, con agua hervida, *agua boricada* ó *resorcinada*, y las pulverizaciones tibias simples, ó ligeramente astringentes con las soluciones débiles de *tanino* del 1/2 á 1 por 100.

Están indicadas asimismo las pomadas anodinas á base de *óxido de zinc*, de *subnitrato* ó de *carbonato de bismuto*, las pomadas débiles á base de tanino, y las curas húmedas en el intervalo de las tetadas. Contra las fisuras se emplearán la pomada á base de tanino, cauterizaciones ligeras con el *lápiz de nitrato de plata blanco* mitigado, las aplicaciones de una hoja de caucho perforada sobre el pezón durante las tetadas, renovadas cada vez, ú otros diversos protectores, etc.

B. — Las galactorreas y los diversos rezumamientos de los conductos galactóforos fuera de la lactancia, que no son raros en las proximidades de la menopausia, dan origen á diversas eczematizaciones, que reclaman un examen atento de la *causa*, puesto que muchas veces son el preludio de manifestaciones del tipo epiteliomatoso, ya en la superficie — enfermedad

de Paget — ya en la profundidad. Basta llamar la atención sobre estos puntos para que el médico precavido encuentre en el examen atento de cada caso particular, — lo que será mejor que un tratamiento estereotipado de la eczematización, — las condiciones de higiene local y la profilaxia esencial para las manifestaciones más graves, superficiales ó profundas que acabamos de indicar.

C. — La dermatitis eczematosa del pezón y de la areola, que aparece regularmente en la acariosis, se cura de ordinario sin incidentes de ninguna clase, merced solamente al tratamiento de la sarna; pero en algunos individuos sobrevienen á veces, á consecuencia de la misma, eczematizaciones irritables y rebeldes que reclaman, para su tratamiento, las series sucesivas y graduadas de la medicación del eczema. En los períodos avanzados de esas formas rebeldes están directamente indicados la pomada y los emplastos *pirogálicos*, y en segundo término las aplicaciones de *nitrate de plata*.

D. — La región de los pliegues submamarios en estado normal — focos hiperidrósico é hipersteatósico — reclama, especialmente en los obesos, idénticos cuidados de limpieza que todos los grandes pliegues; con este objeto se lavará todos los días con jabón, espolvoreando después la región con polvo de *talco* ó de *subnitrate de bismuto*; algunas veces también, para conservar la piel en buen estado durante la estación calurosa, será necesario hacer una untura con un poco de *pasta de zinc* ó de *bismuto* y mantener separadas las superficies de contacto con un poco de *lint* ó de algodón aséptico.

Una vez establecida la eczematización, los medios indicados constituyen también la base esencial de la medicación local, haciéndose indispensables las abluciones jabonosas, así como la interposición de un aislador neutro, sea cual fuere la medicación que se ponga en práctica.

Cuando por cualquier circunstancia se tarda en conseguir la restitución de la región al estado normal, está indicado el empleo limitado de las pomadas á base de *óxido amarillo* simples ó con *aceite de enebro*, la pomada á base de *cinabrio*, las pomadas *pirogálicas*, *crisofánicas* y de *nitrate de plata*, practicando siempre lavados, el aislamiento de las superficies de contacto, las curas anodinas alternantes, etc.

XIII

Eczemas hipersteatidróxicos de la región esternal y de la ranura interescapular, ó hipersteatidrosis eczemáticas por parásitos esteaticolas de las regiones pretorácica y dorsal, como sitio de elección. — Eczemas producidos por las franelas, etc.

Estas formas de eczema frecuentes que se han descrito anteriormente (véase nota 1, pág. 74 y págs. 68 á 79) en individuos predispuestos para esta dermatosis por la alteración de los ácidos grasos del sudor — artríticos hiperidróticos, — manteniéndose y agravándose por el contacto de las ropas interiores, especialmente las de franela, impregnadas de los productos de la secreción cutánea, son en general de fácil curación.

La profilaxia en estos casos consiste enteramente en los cuidados de limpieza más elementales; esto es, lavados con agua caliente y jabón de cualquiera clase, interposición de lienzo *apropiados* entre las franelas y la piel, y espolvoreo con polvos inertes, bastando esto muchas veces para el tratamiento propiamente dicho de esa variedad del eczema, pues los parásitos esteaticolas *no se reproducen* en estas condiciones de limpieza local.

En los casos en que se presenten con mayor tenacidad, se añadirán á los cuidados indicados, el lavado de la región con *jabón de ictiol* ó de *alquitrán* y agua caliente.

Por último, si el eczema resiste todavía á esos últimos medios, se empleará por la noche la siguiente pomada:

Resorcina.	aa. 0 gr. 50 á 1 gramos
Acido salicílico.	
Aceite de enebro.	2 á 5 —
Jabón.	c. s. p. e.
Azufre precipitado recientemente preparado.	3 á 6 gramos
Manteca de cerdo ó vaselina.	50 —

M. s. a.

Se practicará por la mañana un lavado con agua caliente y jabón, espolvoreando seguidamente la región é interponiendo siempre entre la franela y la piel un lienzo fino, que se renovará ó lavará cada día en agua hirviendo.

XIV

Eczema del ombligo

La eczematización de la región umbilical, algunas veces única, aislada, más á menudo asociándose con los más diversos eczemas, diseminados á los que precede, acompaña ó persiste aún después de su desaparición, por su localización y en virtud de ciertas conformaciones individuales, toma un carácter especial y ofrece también especial resistencia. La región presenta casi siempre un terreno apropiado para la afección eczematística, pues el lavado apenas se practica y en cambio el sudor es muy abundante, de suerte que si las paredes se tocan, como ocurre en los obesos, se encuentran reunidas todas las circunstancias favorables para su desarrollo.

La eczematización, si bien radica en el fondo de saco y en el canal, se observa rápidamente una eflorescencia á su alrededor, formando una areola más ó menos regular. Una vez han pasado los períodos de irritación aguda y de rezumamiento coagulable, la piel se vuelve roja, infiltrada, escamosa, grasa, del tipo claramente seborreico, y la alteración por su aspecto se confunde muchas veces con psoriasis, la que, lo mismo que el eczema, tiene en el ombligo su sitio de elección.

Para tratar esta localización eczematística, podemos emplear toda la serie de curas del eczema en general y especialmente del eczema seborreico, pero en todas las formas sin excepción se llegará más rápidamente á la curación si en vez de dar una prescripción general se enseña al enfermo á limpiarse completamente el infundíbulo con pinceles de algodón hidrófilo montados sobre bastoncillos, y á hacerse las aplicaciones medicamentosas después de este lavado, que se practicará, y se obtendrán muy buenos resultados, con el *agua jabonosa* ó el *agua coaltarada*; si á esto se añade la separación de las superficies enfermas llenando completamente la cavidad umbilical con algodón hidrófilo, nos sorprenderá la rapidez con que frecuentemente se obtiene la curación de una alteración que parecía absolutamente rebelde.

Para prevenir con seguridad las recidivas, bastará que el enfermo esté dispuesto á practicar regularmente la *toilette* de la cavidad umbilical, manteniendo en ella una pequeña torunda de algodón aséptico.

XV

Eczema de la región pubiana

El eczema de la región pilosa prepubiana se presenta más frecuentemente en la mujer que en el hombre, ya como una localización de un eczema diseminado ó también como extensión del eczema vulvar; es pruriginoso en mayor ó menor grado, viniendo á menudo á complicarlo la foliculitis pilosa y la hidradenitis.

Con las pulverizaciones se obtienen muy buenos resultados y constituyen un gran recurso, puesto que no es necesario así cortar los pelos de la región afecta; las pomadas, una vez sean toleradas, constituyen la aplicación esencial, ayudada siempre por la acción de las pulverizaciones, lavados jabonosos y polvos inertes.

XVI

Eczema de la vulva

El eczema de la vulva frecuentemente es urinario ó leucorreico, afección que se cura con rapidez practicando debidamente el lavado local después de cada micción aplicando las lociones coaltaradas débiles, y la pomada á base de óxido de zinc, manteniendo separados al mismo tiempo los labios de la vulva con pequeñas cantidades de algodón hidrófilo simple.

En todos los casos convendrá investigar si existe alteración en la orina, hiperuria, glucosuria; corregidas estas alteraciones y con los cuidados anteriormente expuestos, basta muchas veces para conseguir la curación de dicho eczema.

En las formas intensas, de gran extensión y pruriginosas, se emplearán cataplasmas de fécula, curas húmedas *resorcinadas*, pulverizaciones con soluciones débiles de *bicarbonato de sosa*; se practicarán lociones *coaltaradas* ó *sublimadas* débiles *después de cada micción*, y por último se hará una untura con un poco de *pasta de zinc boroboratada*. Inmediatamente después de todas estas operaciones, se protegerán todas las superficies enfermas de contacto, caras interna y externa de los grandes labios, abertura vulvar, etc., con finos cuadrados de algodón hidrófilo, sostenido todo por medio de un vendaje en T de tres ramas.

Cuando la leucorrea coincide con una eczematización vulvar, el primer elemento de curación es el tratamiento de la forma especial de metritis ó de vaginitis que lleva la enferma, siendo los cuidados locales los mismos que para la eczematización urinaria.

En los casos, aún más raros de lo que comúnmente se cree, en que por un atento examen no hemos podido descubrir ninguna afección uterina, vaginal, urinaria, etc., estarán perfectamente indicadas las pulverizaciones, las aplicaciones húmedas de toda la serie progresiva y las pomadas reductoras. Podrán también emplearse como alivio inmediato todos los medios locales y generales que se aplican contra el prurito vulvar, el que por otra parte puede presentarse sin la eczematización propiamente dicha: aplicaciones *cocainizadas*, lociones con *cloral*, *bromuro*, etc.; pero hemos de aconsejar con verdadero empeño que ante todo se diagnostique el *verdadero* estado útero-vaginal y se procure principalmente combatir la *causa*.

XVII

Eczema del ano

El eczema anal, sea proveniente de un eczema del escroto ó vulvar, sea directamente provocado por las varices del recto, la septicidad fecal, la contractura ordinaria del esfínter, etc., puede limitarse á la areola marginal ó invadir el recto esfínteriano, el periné por delante y el espacio interglúteo por detrás, elevándose algunas veces hasta las regiones superiores y constituyendo una típica faja eczemática. Poco apreciable en algunos casos y en desproporción con la intensidad del prurito, puede en otros revestir todos los caracteres de la eczematización aguda, para muy pronto persistir crónicamente con liquenización más ó menos extensa, engrosamiento hipertrófico de los pliegues radiados, fisuras, etc.

La eczematización puede afectar todos los tipos, comprendiendo también el de la seborrea eczemática figurada, pero de ordinario se presenta bajo la forma de un tipo morfológico muy común, derivado de la unidad de localización y de condiciones funcionales.

En general, en todos los casos deberá regularse con cuidado la evacuación y la antisepsia de las vías digestivas; con el *naftol* no se obtienen muy buenos resultados, siendo el mejor medio de antisepsia intestinal el *subnitrito de bismuto* mezclado en proporciones variables con el *carbón de Belloc* y la *magnesia decarbonatada*. Antes de la

defecación se evitará el contacto de las superficies enfermas con las materias fecales por medio de una mezcla á partes iguales de lanolina y vaselina *resorcinadas* al 1 por 100, la que se quitará después, lavándose el enfermo seguidamente de haber concluido con agua tibia, sea ó no boricada. La limpieza de la región se practicará con algodón hidrófilo empapado en agua débilmente *coaltarada*.

Con esas medidas, que son las que prescribimos primeramente en todos los casos de eczema anal, y la supresión de los alimentos irritantes, picantes, especiados, etc., basta á veces para producir una mejoría inmediata. Cuando resulten insuficientes y la eczematización es aguda, se comenzará el tratamiento por la aplicación durante la noche de cataplasmas de fécula tibias, curas húmedas ó pomadas anodinas durante el día, como también serán buenos los semicupios y las pulverizaciones tibias.

Tan pronto como el período de estado se haya establecido, si bien se continuarán por la noche las cataplasmas, ó las curas húmedas, ó las pomadas anodinas, deberá practicarse durante el día la oclusión impermeable directa. Por medio de un vendaje en T, ó de una sencilla tira que se bifurque solamente en el punto donde se encuentran las bolsas, se aplicará sobre la región perineo-anal una larga tira de tela fina de caucho, que se quitará cada cuatro ó cinco horas para lavarla con agua fría sin jabón (véase anteriormente, págs. 135 á 140); con esta cura el enfermo puede dedicarse á sus ocupaciones. En las curas hechas con pomadas, se colocará entre las superficies de contacto del pliegue anoglúteo una tira de algodón hidrófilo sostenida por un vendaje en forma de T.

Del mismo modo que si se tratara del eczema vulvar, en los casos *verdaderamente* rebeldes del eczema anal, se acudirá á los antipruriginosos en forma de lociones, pomadas, ó en aplicaciones húmedas, y cuando no se logra con lo indicado ningún resultado, lo que es bastante raro, recurriremos á los agentes de reducción propiamente dichos, y de un modo especial á las *pomadas crisofánicas* al 5 por 100, de las que es dable esperar muchas veces un éxito considerable, pero reclaman una real y efectiva dirección ó vigilancia facultativa. En segundo término emplearemos las aplicaciones de *nitrato de plata*. De ordinario, sin embargo, la medicación que verdaderamente da mejores resultados es la que, tomando en consideración las indicaciones hechas precedentemente, busca la *causa* directa ó remota de la eczematización, á fin de combatirla eficazmente. La higiene local y general de los artríticos y de los hemorroidarios está completamente indicada en estos casos; en algunos muy extremados, se practicará la dilatación del ano ó la cura radical de las hemorroides.

XVIII

Eczema del pene y del escroto**A. — ECZEMA DEL PREPUCIO Y DE LA PIEL DEL PENE**

La eczematización del prepucio y de la piel del pene puede constituir parte integrante de un eczema generalizado que haya atacado esas regiones, aunque lo más ordinario es que sea de origen urinario.

Esta forma es muy frecuente en los niños cuyo prepucio es largo y estrecho, sobre todo cuando este defecto es bastante acentuado para determinar la incontinencia de orina, y como en esta edad se hace difícil la práctica de los cuidados de limpieza que son del caso, de ahí provienen las recidivas incesantes, reclamando á veces una operación quirúrgica. En el otro extremo de la vida, en la vejez, la insuficiencia del esfínter vesical y la atonía general del individuo dan lugar á alteraciones idénticas, siempre que el prepucio por ser largo y estrecho cubre permanentemente el glande. El medio de tratamiento más activo para prevenir la aparición de esas eczematizaciones, que dependen absolutamente de la causa que las produce, consiste en proteger el prepucio por medio de lociones reiteradas, *polvo de bismuto* y separar el prepucio del glande con algodón hidrófilo, que deberá renovarse frecuentemente.

Otra variedad de ese eczema es aquella en que la eczematización procede primordialmente de diversas alteraciones de la orina, entre las que la glucosuria ocupa el primer lugar, aunque no exclusivo, pues la hiperuria de los artríticos puede también provocar su aparición. Lo que caracteriza esas formas de eczema, es que la afección se localiza principalmente en el orificio del prepucio: eczema orbicular con fisuras y rápidamente esclerosis y estrechamiento del orificio — fimosis eczematoso de los glucosúricos y algunas veces de los hiperúricos. En estos casos, sin emplear otra medicación que la rectificación del estado de la orina, las inyecciones intraprepuciales y las lociones alcalinas hechas después de cada micción, se consigue también *rápidamente* reducir el eczema leñoso del prepucio. Así que se logre rebajar el prepucio, se darán baños locales alcalinizados, se espolvoreará la región con polvos de bismuto y se envolverá el glande con un poco de algodón hidrófilo seco, sobre el que se deslizará el prepucio; después de cada micción se lavará de nuevo la región, reconstituyendo la cura.

B. — ECZEMA DEL GLANDE

El eczema del glande puede limitarse á su superficie en forma difusa ó en discos aislados; en general, no es rezumante; si el glande permanece descubierto, tiene aspecto dudoso, psoriasiforme ó sifloide. Es de los más rebeldes. — Para su tratamiento se emplearán baños tibios locales *coaltarados*, embrocaciones con *aceite de abedul* puro ó diluído, siendo las pomadas de difícil aplicación; para los casos más rebeldes, se usarán curas locales permanentes, emplastos finos preparados especialmente para estas localizaciones.

En las formas comunes, urinarias, el eczema ocupa simultáneamente el glande y el prepucio, siendo su máximum de localización el surco balano-prepucial. Para su tratamiento se emplearán los baños locales *coaltarados*, se procurará evitar el contacto de la orina y se espolvoreará ligeramente con *subnitrate de bismuto*, interponiendo entre el prepucio y el glande una pequeña cantidad de algodón hidrófilo. En estas últimas formas, siempre y cuando se den al enfermo los consejos que las circunstancias reclamen y los practique con conocimiento de causa, se obtiene la curación de un modo rápido.

C. — ECZEMA DEL ESCROTO

En un gran número de casos, principalmente en los individuos «prostáticos» y en los que padecen de estrechez uretral, el eczema del escroto es de origen urinario. Después de cada micción, la orina, siendo ó no anormal, rezuma, irrita el prepucio y la piel del pene á lo largo del rafe, avanza hasta el pliegue escrotopeniano, y constituye una primera localización intertriginosa en los puntos de contacto. La alteración se extiende desde este foco eczematógeno al escroto y ulteriormente al periné y al espacio inguino-crural, invadiendo más tarde otras regiones más distantes. En todos estos casos, es de gran importancia investigar la causa productora y practicar una perfecta protección de las superficies con el fin de evitar el contacto de la orina, lo cual constituye una condición absoluta para poder curar este eczema.

Sin embargo, no todos los casos de eczema del escroto reconocen esta causa; no obstante, en los casos rebeldes se procurará investigar *con cuidado*. Muchas formas no son más que una localización de un eczema

de causa general, ó de tipo seborreico, pero todas ellas son muy pruriginosas, molestas y rebeldes.

En los períodos peragudos, el tratamiento local consistirá, durante la noche, en pulverizaciones templadas simples ó débilmente resorcinadas y cataplasmas tibias; durante el día, se practicarán curas húmedas recubriéndolas con una hoja de caucho, sosteniéndolo todo con un vendaje en T ó con suspensorios apropiados.

Una vez hayan ya desaparecido los fenómenos más agudos, las curas húmedas se aplicarán por la noche, y durante el día el enfermo llevará un suspensorio cuya cara interna esté guarnecida con tela fina de caucho ó hecho todo de esta tela, y provisto además de aletas crurales y placas anoperineales, siempre y cuando el eczema se extienda hacia el periné y ano. En algunos enfermos cuya piel es tolerante y son suficientemente cuidadosos para tener en buen estado los aparatos, puede el suspensorio ser de caucho elástico laminado, no vulcanizado, fino; pero en un gran número de individuos, estos suspensorios determinan una epidermitis lisa no resolutive. En ambos casos, para conseguir buenos resultados, se seguirá como condición absoluta la estricta ejecución de las reglas que anteriormente ya hemos expuesto referente al empleo de las curas impermeables.

Cuando todas estas aplicaciones se practican debidamente, cesa la comezón una vez colocado el aparato y sólo reaparece al cabo de varias horas, pudiendo en consecuencia el enfermo dedicarse á sus ocupaciones.

En los casos no muy frecuentes en que además de una medicación general apropiada, las pulverizaciones, más eficaces que los semicupios, las curas con soluciones débiles de *sublimado* ó de *cianuro de mercurio* (0.05 por 500) no sean suficientes para calmar el prurito, se recurrirá á las pomadas *morfíadas* ó con *cocatna* cuya acción inconstante da lugar á numerosos fracasos. En este período de la afección, pueden emplearse las embrocaciones con el *extracto siruposo de murtilla*, de Winternitz (1) que con Doyon hemos puesto en práctica, pero con resultados no del todo satisfactorios.

Convendrá también la serie de las pomadas, el agua de Alibour y las ligeras embrocaciones de nitrato de plata del 1 por 50 al 1 por 20.

Después de emplear cualquiera de esas diversas aplicaciones, se espolvorea generalmente la región con almidón ó con polvos de talco, bismuto, etc.; pero nosotros preferimos casi siempre cubrir las superficies enfermas, después de la aplicación de las pomadas, ó luego de

(1) WINTERNITZ. — *Wiener Klin. Wochensh.*, 1895, pág. 222, *Anal. franç.*, por DOYON, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3.^a serie, 1895, pág. 580.

practicar las cauterizaciones, etc., con compresas húmedas de gasa aséptica impregnada de agua hervida débilmente resorcinada, exprimiéndolas bien y recubriéndolas de una hoja de caucho ó simplemente de algodón hidrófilo aséptico, fijando todo el apósito por medio de un sencillo suspensorio provisto también del mismo algodón aséptico.

XIX

Eczema de los miembros inferiores

A.—Eczema de las piernas; B.—Eczema de la parte superior interna de los muslos en la mujer; en el hombre; C.—Eczema de los huecos poplíteos; D.—Eczema de los pies.

A.—ECZEMA DE LAS PIERNAS

La historia del eczema de las piernas va ligada casi en su totalidad con la de las varices profundas ó superficiales, cutáneas, de los miembros inferiores. Su aparición y desarrollo ha de *preverse* en todos los individuos que presenten alteraciones del sistema venoso de los miembros inferiores, y á fin de asegurar ó poco menos en estos casos la profilaxia, se tendrá cuidado en ordenar á los enfermos que se laven cada día piernas y pies con jabón blanco, espolvoreándolos después con polvo de talco y cubriéndolos con gasa fina, ó por medio de unas polainas de punto fino tenue muy limpio, además de llevar una media ajustada ó de goma elástica ó un vendaje en espiral.

Este eczema presenta á menudo un comienzo insidioso, en forma de pequeñas placas escamosas aisladas, de las que el enfermo sólo se preocupa por el prurito que le ocasionan; en este estado, el traumatismo local más insignificante, sobre todo si va seguido de aplicaciones intempestivas debidas ordinariamente á las múltiples recomendaciones que se hacen á los enfermos en esos casos, da lugar á una dermatitis aguda en foco, de la cual arranca y se extiende rápidamente una eczematización difusa. En estas circunstancias, es posible todavía volver á la normalidad de un modo bastante satisfactorio, con tal que el enfermo se mantenga en el reposo más absoluto, la pierna levantada apoyándola en una almohada de avena, y sustrayéndola por espacio de una ó dos semanas á los efectos de la posición declive. Generalmente, sin embargo, las cosas ocurren de distinta manera; los amigos y demás personas que rodean al paciente le proponen las más variadas aplicaciones y los emplastos más inoportunos, todo lo que da por

resultado que se desarrolle una vasta eczematización sostenida por una dermatitis profunda ulcerativa en su centro. De este modo ha quedado constituida la primera fase de la úlcera varicosa, y á partir de este momento la curación se hace mucho más laboriosa, pues el *foco* eczemático se ha establecido ya, y sea por el motivo que se quiera, lo cierto es que el individuo á consecuencia de esta infección ó por vía refleja, ve con frecuencia desarrollársele eczematizaciones á distancia en el momento en que se produce, merced á diversas influencias, una exacerbación del eczema.

Durante los paroxismos determinados por la fatiga, los traumatismos, el abandono de la afección ó la aplicación de curas inoportunas, el tratamiento local varía según que la eczematización sea peraguda, roja, rezumante, ó costrosa, estando indicados, según los casos, las cataplasmas de fécula, aplicaciones húmedas y pulverizaciones tibias, así como también el reposo absoluto y la elevación del miembro y en el intervalo de las curas, lociones *resorcinadas* ó *sublimadas*. En el período subagudo convendrá aplicar sobre la región tela fina de caucho limitada á la superficie enferma, ó mejor *lint*, ó gasa, humedecidas en las soluciones débiles indicadas anteriormente, ó en agua hervida simple, cubriéndola con una hoja de caucho, y siguiendo en un todo las reglas que expusimos al tratar de las curas húmedas (véanse págs. 131 á 134).

En el período de dermatitis y de paraqueratosis crónicas convendrán los *emplastos á base de óxido de zinc*, de *aceite de hígado de bacalao*, ó al *diaguilón*, etc., aplicados en forma de vendas *verticales* que rodeen la superficie enferma sin estar completamente juxtapuestas; encima se colocará una capa ligera de algodón hidrófilo ó una compresa de *lint*, sosteniéndolo todo con una media bien ajustada ó de goma elástica. Las pomadas y los emplastos á base de *dermatol*, de *airol* (1), al 5 y al 10

(1) Señalado por VEIEL como sucedáneo del yodoformo, el airol (oxi-yodo-galato-básico de bismuto), que no despidе ningún olor ni es tampoco irritante ni tóxico, se emplea en las mismas dosis que el dermatol. Su acción antiséptica y antiflogística se utiliza en nuestros días para el tratamiento de las blenorragias.

POMADA Á BASE DE AIROL

Excipiente.	30 gramos
Airol.	1 á 3 —
M. s. a.	

EMPLASTO Á BASE DE AIROL

Vaselina.	} aa. 33 gramos.
Resina.	
Solución de caucho.	
Airol.	5 á 10 —
M. s. a.	

Sobre tela fina.

CAVAILLÉS.

por 100, resultan, al parecer, muy á propósito para la localización especial de los miembros inferiores. Las aplicaciones de pomadas reductoras ó de más aplicaciones activas, como aceite de enebro, etc., únicamente podrán aconsejarse al enfermo con la condición de vigilar su empleo y suspenderlo á la más pequeña exacerbación que se note.

Las lesiones consecutivas de esclerosis ó de paquidermia cutánea reclaman cuidados especiales apropiados, médicos ó quirúrgicos.

B. — ECZEMA DE LA PARTE SUPERIOR DE LOS MUSLOS

1.º Los eczemas discoides ó difusos de la porción superior interna de los muslos abundan, sobre todo en la mujer, siendo generalmente de causa urinaria en todos los casos en que la conformación especial de los individuos, los obesos por ejemplo, y la falta de cuidados necesarios, ponen continuamente la orina en contacto con la piel. Las formas liquenizadas, — pseudolíquenes, — son muy comunes.

Lo que primeramente convendrá procurar en estos casos es proteger la región contra las consecuencias de la micción y del contacto de las superficies afectas, bastando muchas veces esto solo para determinar la curación; la protección se conseguirá por medio de los emplastos aisladores simples ó de las aplicaciones de *colas á base de óxido de zinc*, y en casos de insuficiencia ó de intolerancia, se procurará proteger la región con medios calzoncillos de punto, cuya superficie externa sea de tela fina de caucho mantenida en estado de limpieza absoluta; el caucho de este modo está separado de los calzoncillos, y la parte engomada de la tela corresponde á su cara externa.

2.º Cuando el eczema de la región superior interna de los muslos se manifiesta en el hombre, su sitio de preferencia son los pliegues inguinales, principalmente del lado izquierdo, donde el contacto entre la piel del escroto y la del muslo es constante. Merced á esta influencia, nada hay tan común como el presentarse, sobre todo en los hiperidrósicos y especialmente en aquellos que descuidan la *toilette* de la región, indispensable en esos casos, y en los que usan ropa de lana ó calzoncillos de punto, una placa eritematosa intertriginosa en la que el microsporo de Eischtedt y de Burkardt, los tricoftos y todos los eczematícolas, encuentran un terreno muy favorable para su desarrollo.

La profilaxia de esta afección, como de todas las eczematizaciones de este género, es muy eficaz; se suprimirá todo contacto ó relación con ropas, vestidos etc., que no estén completamente *limpios*, llevando el in-

dividuo un suspensorio que también procurará siempre *conservarlo en perfecto estado de limpieza*: se practicarán dos veces al día lociones jabonosas y después unturas ligeras con *pasta de bismuto*, espolvoreando posteriormente la región con talco.

Cuando se trata de formas agudas, marginadas y de evolución excéntrica, siendo la piel intolerante, se emplearán curas húmedas con agua *sublimada* al 1 por 10,000, *resorcinada* débil ó simplemente hervida, aplicando después pomadas anodinas. Si el médico puede *por sí mismo* practicar y vigilar las curas, se usarán las aplicaciones *yodadas muy superficiales* — alcohol de espliego y tintura de yodo recientemente preparada, partes iguales, — espolvoreando después con talco ó aplicando la pasta de zinc, y manteniendo siempre separadas las superficies de contacto; si se trata de las variedades que daten ya de algún tiempo y de carácter seborreico muy pronunciado, se emplearán las *pomadas mercuriales*:

Óxido amarillo de mercurio.	0,50 á 1 gramos.
Aceite de enebro puro.	1 á 3 —
Vaselina.	20 —

M. s. a.

VIDAL.

En todos los casos, comenzaremos por dosis débiles, alternando las curas con las pastas anodinas y vigilando muy atentamente todas estas prácticas; la *pomada pirogálica* podrá emplearse en las mismas condiciones y bases de indicación.

C. — ECZEMA DE LOS HUECOS POPLÍTEOS

Los huecos poplíteos, son, entre las distintas partes del cuerpo, la que con preferencia se ve atacada por la eczematización de toda especie, y siempre y cuando se trate de un eczema verdadero, ó de una eczematización diseminada, podrá afirmarse, con las excepciones que pueden señalarse siempre en medicina, que los huecos poplíteos se encontrarán atacados de dicho proceso morboso: constituyen muchas veces el *foco* inicial ó el *residuo* de la enfermedad. La finura de la piel de esta región, así como su movimiento incesante y su hiperidrosis, convierten en tenaces y rebeldes todas las afecciones que en ella se desarrollan.

Las curas que se emplean en el tratamiento de los diversos eczemas en sus diferentes períodos, dando la preferencia á las más simples, son perfectamente aplicables al eczema de la región poplítea, en la que se

sostendrán fácilmente por medio de rodilleras apropiadas, ajustadas ó elásticas; el uso del caucho limitándolo á la superficie enferma y siguiendo en un todo las reglas indicadas anteriormente, por lo regular resulta favorable, siendo bien tolerado. Los emplastos deberán aplicarse en tiras separadas por un espacio lineal, no superpuestas ni verticales, y esto por las razones expuestas al tratar de la técnica ó modo de emplear los emplastos.

D.—ECZEMA DE LOS PIES

El eczema de los pies comienza por los espacios interdigitales, siendo muy común en los artríticos que no observan los cuidados de limpieza que les son necesarios de un modo especial, ó en los que usan, durante la estación calurosa, calzado que apriete demasiado, ó que sea impermeable.

En estos casos, también la profilaxia desempeña un papel de gran importancia y en este sentido se aconsejará á los pacientes que todos los días se laven con jabón y agua caliente los espacios interdigitales (el agua débilmente coaltarada, ó lisolada, conviene de un modo especial), después de lo cual se untarán muy ligeramente con la *pasta de zinc salicilada*, que se *seca* por sí sola, espolvoreándose luego los espacios interdigitales con los polvos de almidón ó de talco, ó de subnitrato de bismuto. Por último, se colocarán entre los dedos y en los pliegues metacarpofalángicos y plantares, pequeños trozos de *lint* aséptico ó de algodón hidrófilo.

Con estos cuidados y con el uso de calzados ligeros y descubiertos, los pediluvios templados con *agua coaltarada* (10 á 20 gramos por 1000) ó *lisolada* (1 á 2 gramos por 1000), ó cuando el rezumamiento (hiperidrosis ó eczematoso) subsiste, las embrocaciones con el *extracto siruposo de murtilla*, *pasta de zinc salicilada*, etc., etc., resultan á menudo suficientes para reducir las eczematizaciones rebeldes, suponiendo que las reglas para aplicar el tratamiento se hayan dado y cumplido fielmente. En el período peragudo, están indicados todos los medios de acción aplicables á las eczematizaciones agudas en general, con el reposo absoluto y elevación del miembro. En las formas crónicas rebeldes, convienen los agentes de resolución y de reducción, acudiendo en caso de necesidad á las cauterizaciones con las soluciones de nitrato de plata; no se descuidará, sin embargo, el emplear de un modo permanente los agentes y medios indicados antes como aplicables á todos los períodos y casos de la eczematización.

La planta de los pies, parcialmente ó en su totalidad, constituye el

sitio de elección de las eczematizaciones mixtas, en las que la hiperqueratosis desempeña un papel de importancia, siendo á veces un obstáculo casi absoluto para el éxito de las diversas medicaciones empleadas—eczemas calloso, córneo, queratodérmico, ó queratodermias eczematizadas de las caras plantares. Las alteraciones son casi siempre simétricas y bilaterales, y en el caso de ser unilaterales, se confunden — hasta el punto de hacerse á menudo muy difícil distinguirlas — con las sifilodermias queratósicas, ó las queratosis parasifilíticas de las regiones laterales y plantares del pie. La intervención directa del médico se impone en estas circunstancias, y consistirá en una medicación interna apropiada al estado particular del individuo, ensayando también algunas veces el tratamiento mercurial, y dando inyecciones de calomelanos á los individuos sifilíticos. Se impone asimismo la regularización del calzado, de las condiciones de la marcha y de la estación bipeda.

En las formas crónicas hiperqueratósicas, procuraremos el reblandecimiento de las capas córneas con pediluvios boratados prolongados, aplicaciones húmedas boratadas, y el jabón blando de potasa salicilado aplicado sobre vendas de franela; las capas córneas una vez reblandecidas se rasparán sucesivamente con la cucharilla, untándolas después con *pomada de Lailler*—jabón negro, alquitrán, aceite de enebro y azufre precipitado en partes iguales — y por último, se emplearán los *emplastos mercuriales, pirogólicos, crisofánicos*, pero con la vigilancia que requiere el uso de esos medios curativos.

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO DEL IMPÉTIGO

POR

L. BROCC

Médico del hospital Broca-Pascal

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Con el nombre de impétigo designamos una dermatosis caracterizada por la formación rápida, en determinadas regiones del cuerpo, casi siempre en la cara, de vésico-pústulas de volumen variable, superficiales, cuyo contenido se concreta en costras amarillas, melitagnosas, características, que en pocos días terminan por la curación completa sin cicatrices consecutivas.

Se cree conocer muy bien la naturaleza del impétigo; es sabido que comúnmente se trata de una afección inoculable y autoinoculable, contagiosa, y los dermatólogos de nuestros días han llegado á demostrar que es una enfermedad perfectamente distinta del eczema, con el que se había confundido por largo tiempo. A pesar de esto, su historia presenta todavía algunos puntos oscuros, que debemos señalar. Cuando se leen con detención los últimos trabajos publicados sobre esta materia, se observa que algunos autores sufren una lamentable preocupación, confundiendo el impétigo verdadero, el ectima y las foliculitis, confusión favorecida por el hecho de que la mayor parte de los bacteriólogos creen que el agente activo del impétigo es el mismo del ectima y de las foliculitis, ó sea el *staphylococcus pyogenes aureus*; por último, hay todavía dermatólogos que describen diversas variedades de impétigo, especialmente un impétigo *simple* y un impétigo *contagioso*.

En esta obra consagrada á la terapéutica, no nos es posible entrar en la discusión de esos puntos tan controvertidos, limitándonos á declarar que, á nuestro entender, se trata de una dermatosis muy especial, que se distingue claramente, desde el punto de vista objetivo, del ectima, de la foliculitis, de los eczemas, etc., y que para nosotros merece el nombre de impétigo verdadero. Comienza por verdaderas vesículas ó vésico-ampollas superficiales, transparentes desde su aparición, pero cuyo contenido se altera rápidamente, convirtiéndose entonces en vésico-pústulas, que dan lugar á la formación de costras de un color amarillo de oro, parecidas á miel desecada, consideradas generalmente como características del impétigo. Cuando esta dermatosis evoluciona en estado de pureza, constituye una lesión eminentemente superficial que continúa siempre lo mismo y desaparece sin dejar la menor cicatriz. Por más que en la actualidad parece admitirse que esta lesión reconoce por causa el mismo agente patógeno del ectima, nada podemos afirmar categóricamente sobre este punto, á causa de algunas discrepancias que existen entre los autores (Unna, Leroux, Frank Brocher, etc.), y cedemos la palabra á los bacteriólogos que no han llegado todavía á entenderse, queriendo unos que el impétigo dependa de un microbio especial, de un estreptococo de virulencia muy atenuada (Frank Brocher), afirmando otros que el impétigo, desde el punto de vista patológico, sólo difiere del ectima por una inoculación más superficial del mismo estafilococo, y sosteniendo otros, por último, que existen diversas variedades de impétigo, cada una de las cuales reconoce por causa patógena un microbio especial.

Pero lo que nosotros creemos poder afirmar de la manera más categórica es que, bajo el punto de vista clínico, el impétigo verdadero es una afección bien distinta. Por desgracia está con frecuencia más ó menos alterada por inoculaciones accidentales de ectima, foliculitis, panadizo, por eczematizaciones y por las múltiples complicaciones de absceso, linfangitis, adenitis. Además la erupción de impétigo verdadero se acompaña con frecuencia de conjuntivitis, estomatitis, vulvitis, etc., las que algunos autores tienden actualmente á reconocer como simples localizaciones de la afección.

II

Tratamiento

El impétigo es una afección *inoculable*, y en consecuencia puede ser transmitido del individuo enfermo al sano, siendo este concepto, por lo que respecta á la profilaxia, de una capital importancia, por lo que los individuos afectos de impétigo, en las familias y en las escuelas, deberán ser vigilados atentamente y aislados del modo debido. El individuo sano no podrá utilizar los distintos utensilios de mesa y de tocador que emplea el enfermo, como, por ejemplo, tenedores, cucharas, vasos, toallas, peines, cepillos, peinadores, etc., etc. Además, para mayor seguridad, todos los niños deberán cuidadosamente lavarse y ser examinados todas las mañanas, siendo de utilidad el que de vez en cuando se les friccione con *agua bórica*, *agua de Colonia*, *alcohol alcanforado*, ó también con soluciones débiles de *sublimado*. A los muchachos se les cortará siempre los cabellos á rape y á las jóvenes se les inspeccionará á lo menos dos veces por semana su cabellera con el mayor cuidado, pues sabido es que con mucha frecuencia las erupciones de impétigo del cuero cabelludo y de la cara coinciden con la pitiriasis del cuero cabelludo.

Es también el impétigo una afección *autoinoculable*, por lo que el individuo afecto de esta dermatosis puede propagarse su enfermedad por el simple frote ó también por la acción de rascarse; así, pues, rascándose puede muy bien el enfermo con las uñas sucias de costras y productos purulentos que se desarrollan en las lesiones de impétigo, inocularse pústulas de ectima, onixis, forúnculos, etc. (estafilococia). Convendrá, pues, que los enfermos afectos de impétigo observen, convencidos del gran beneficio que les puede reportar, las mismas medidas profilácticas que indicaremos en el capítulo del ectima; se procurará que las uñas se lleven bien cortas y sean cuidadosamente desinfectadas con jabón, cepillo, y después con antisépticos. El enfermo cuidará de no frotar ni rascar las superficies enfermas; pero si se tratase de un individuo demasiado joven para poder comprender la importancia de semejante recomendación ó no sea muy obediente, se envolverán las partes afectas con vendajes herméticamente oclusivos.

El impétigo verdadero se presenta á veces con una viveza é intensidad especial en los individuos que hayan observado alguna transgresión en su régimen ordinario de vida (I. *a potu* de los ancianos), obteniéndose

en estos casos buenos resultados con la administración de los *laxantes* y sometiendo los enfermos á un riguroso *régimen alimenticio*.

Con bastante frecuencia los individuos en que se desarrolla el impétigo son en apariencia débiles, de piel blanca, fina, transparente y con voluminosos ganglios, etc., presentando en resumen los caracteres exteriores del llamado linfatismo. Puede también suceder que, en ciertos casos, por un simple tratamiento local sea bastante difícil la curación rápida de las erupciones cutáneas, conviniendo entonces modificar el terreno con el fin de que al microbio le sea más difícil su reproducción. Con este objeto se han propuesto (R. Saint-Philippe) el empleo al interior del *licor de Donovan*, el *jarabe de yoduro de hierro*, el *jarabe yodotánico* ó el *aceite de hígado de bacalao*.

A menudo también el impétigo tiende á complicarse con eczematisaciones y en general constituye en los individuos predispuestos una especie de preparación ó punto de partida para la evolución del eczema. En estos casos convendrá, pues, tonificar á los enfermos y prescribirles un régimen alimenticio de los más rigurosos, como el que, por ejemplo, se emplea para los eczematosos.

No tenemos necesidad de advertir que, en presencia de un caso de impétigo, convendrá investigar la coexistencia de cualquier parásito, en especial los piojos: en el caso de encontrarlos, lo primero que deberemos hacer es limpiar completamente al enfermo de estos animales.

Lo mismo que para el tratamiento del ectima, tratándose del impétigo deberemos procurar: 1.º deterger las superficies afectas; 2.º curar las lesiones producidas.

1.º *Deterger las superficies afectas*. — Cuando las superficies impetiginosas están cubiertas por costras gruesas podrán detergerse por distintos medios: se emplearán las *pulverizaciones* más ó menos prolongadas con *agua bórica tibia* ó las *cataplasmas de fécula de patata* ó de *harina de linaza sin aceite* hechas con agua bórica, cambiándolas cada dos horas y lavando la parte afecta cada vez que se cambia la cataplasma, con *agua de flores de manzanilla* ó con *infusión de saúco boricada*; también, por último, puede envolverse la región afecta con compresas de tarlatana dobladas en ocho ó diez pliegues, mojadas en agua de salvado ó en cocimiento de flores de manzanilla ó de saúco adicionado de ácido bórico, *exprimiéndolas* bien antes de colocarlas y recubriéndolas después con un tejido impermeable cualquiera, tafetán engomado, gutapercha laminada, mackintosh, caucho, etc.; esta cura se cambiará cada seis horas hasta que las superficies afectas queden completamente limpias de todo producto impetiginoso.

Cuando el exudado es muy abundante y las costras demasiado gruesas, podrá sustituirse el agua de saúco ó de manzanilla por las lociones ó envolturas con *cocimiento de raíz de énula* ó de *hojas de nogal boricado*.

2.º *Curar las lesiones producidas.* — Cuando las partes enfermas son bien detergidas y están muy inflamadas, tumefactas, de un color rojo intenso y muy rezumantes, se podrán continuar todavía las aplicaciones precedentes; casi siempre será preferible, sin embargo, aun en las circunstancias indicadas, ensayar las *pomadas boricadas*, ó las *lociones astringentes* (*agua de hojas de nogal boricada*, *agua de Alibour* (Sabouraud), *solución de nitrato de plata*), continuando su uso si son bien toleradas; pero si los tegumentos se irritan, se alternarán con las aplicaciones emolientes que acabamos de indicar. Efectivamente, no es raro observar cómo aumentan rápidamente y se inflaman cada vez más las erupciones de impétigo merced á la influencia de los tópicos llamados calmantes, y retroceder, por el contrario, así que se someten á la acción parasitocida del ácido bórico, de los dos sulfatos, y de los compuestos mercuriales ó del nitrato de plata. Las vesículas y las vésico-pústulas completamente formadas se abren cuidadosamente con una aguja pasada por la llama, vaciándolas y lavándolas con algodón hidrófilo empapado en agua boricada.

Una vez las costras se han desprendido, si las superficies enfermas son rezumantes y están algo inflamadas, aconsejamos lo siguiente: 1.º limpiarlas mañana y tarde en un principio con *vaselina boricada* para quitar más fácilmente los diversos tópicos que se han aplicado anteriormente y después con agua de manzanilla boricada; 2.º aplicar en seguida una pomada que contenga 1 gramo de ácido bórico porfirizado, 3 gramos de óxido de zinc por 16 gramos de vaselina, espolvoreando después por encima de esta pomada para que se mantenga aplicada, con polvos de almidón.

Si se observase que los tegumentos se irritan, se disminuirá la dosis de ácido bórico, aplicando también de vez en cuando cataplasmas ó compresas húmedas de tarlatana (véase anteriormente); cuando, por el contrario, los tegumentos toleran bien el tópico, pero sin que se note una mejoría rápida, se duplicará la dosis de ácido bórico contenido en la pomada, llegándose algunas veces hasta emplear únicamente la simple vaselina boricada al 1 por 10 ó bien se cambia la cura.

En el caso de que no produzcan ningún resultado las pomadas boricadas ó no sean bien toleradas, aconsejamos lo siguiente:

A. — Cuando se trata de personas que dispongan de medios suficientes para poderlo practicar, se obtendrán buenos resultados aplicando todos los días ó bien cada dos en la región afecta el *agua de Alibour* diluída

en cinco ó tres veces su volumen de agua hervida (Sabouraud) ó las soluciones de *nitrato de plata*, variando en sus proporciones desde 1 por 30 al 1 por 15, y hasta con el lápiz de nitrato de plata según la tolerancia de los individuos. Se deja secar durante tres ó cuatro minutos, aplicando después la pomada á base de *óxido de zinc*.

B.—O bien se empleará la pomada á base de *calomelanos* al 1 por 40, 1 por 20 y 1 por 10, ó la pomada á base de *óxido amarillo de hidrargirio* al 1 por 40, 1 por 30 ó 1 por 20, según también la tolerancia de los tegumentos; en los casos rebeldes se conseguirá que esas preparaciones obren con mucha más eficacia, añadiéndoles *alquitrán* ó *aceite de enebro*; así, por ejemplo, óxido amarillo de mercurio de 50 centigramos á 1 gramo; aceite de enebro verdadero, de 1 á 4 gramos; jabón negro, cantidad suficiente para emulsionar el aceite, y vaselina pura, 20 gramos, ó el excipiente que se prefiera.

Este es el sistema por nosotros seguido.

Algo hemos de decir, sin embargo, de la práctica de otros dermatólogos.

Han sido recomendados por algunos, como en el ectima, los emplastos oclusivos, siendo también el preferible en esos casos el *emplasto rojo* de E. Vidal, cuya fórmula algunos médicos la prescriben en forma de pomada: minio, 2^{gr},50; cinabrio, 1^{gr},50; ungüento diaquilón y aceite, aa 13 gramos (esta preparación resulta verdaderamente muy eficaz).

Se han encomiado también las *lociones fenicadas*, las lociones á base de *sublimado* al 1 por 1000 y hasta el 1 por 500, las lociones de *agua de saúco boricada* (Éloy); asimismo las pomadas que tienen en su composición *ungüento de Vigo* (E. Besnier), y las que contienen á la vez ungüento de Vigo y ácido bórico (vaselina, 30 gramos; ungüento de Vigo 5 gramos; ácido bórico, 1 gramo); sea cual fuere de esas preparaciones, se extienden sobre un lienzo fino, aplicándose después en forma de emplasto sobre la superficie enferma (Éloy).

He aquí la fórmula preconizada por Dubreuilh:

Vaselina.	} aa.	50 gramos
Manteca de cerdo.		
Óxido de zinc.		20 —
Acido salicílico.		2 —
Acetato de plomo cristalizado.		1 —

H. s. a. Pomada.

Este autor insiste y con razón en la circunstancia de que es preciso ante todo impedir que las costras se reproduzcan, á cuyo fin se embadurnará la región enferma con una capa gruesa del tópico, cubriéndola con

un lienzo untado igualmente del mismo tópico, y se sostendrá toda la cura con un apósito apropiado, ó cuando éste no sea posible, se renovarán con mucha frecuencia las aplicaciones, limpiándose y secándose la región cada vez que aquélla se verifique.

En el cuero cabelludo, el óxido de zinc no resulta práctico, porque aglutina los cabellos; por el contrario, con vaselina boricada, y sobre todo con la pomada á base de óxido amarillo, se obtienen muy buenos resultados.

Cuando el impétigo, después de su curación, deje como residuos algunas pigmentaciones oscuras, deberá aconsejarse al enfermo que hasta lograr su desaparición se aplique en las mismas por la noche una pomada á base de *calomelanos*, por ejemplo: calomelanos, de 1 á 2 gramos; óxido de zinc, 4 gramos; vaselina pura, 20 gramos.

No nos incumbe dar cabida en este artículo al tratamiento de las lesiones oculares, bucales y vulvares que se han hecho depender del impétigo.

CAPITULO X

TRATAMIENTO DEL ECTIMA

POR

L. BROCC

Médico del hospital Broca-Pascal

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Mucho tiempo antes de los actuales estudios bacteriológicos, nuestro malogrado maestro E. Vidal había establecido sobre bases precisas é indiscutibles la existencia de una afección cutánea esencial, el ectima, demostrando que la pústula característica de esta afección era inoculable y autoinoculable. Viene á ser esta enfermedad el prototipo de las dermatosis que Leloir ha designado con el nombre de piodermitis, y esencialmente está constituida desde el punto de vista objetivo, por una pústula redondeada con tendencia á extenderse por inoculación periférica subhipodérmica, de base indurada é inflamada con una coloración roja intensa en cuyo centro se forma progresivamente una costra de un color moreno más ó menos obscuro, que se extiende á medida que la pústula adelanta en su proceso evolutivo; esta lesión cura transcurrido un lapso de tiempo variable, dejando en pos de sí cicatrices más ó menos visibles según que el proceso haya sido más ó menos intenso.

Desde el punto de vista etiológico y patogénico, el ectima parece ser el resultado de la inoculación del *staphylococcus pyogenes aureus*, pero de una inoculación superficial, que interesa solamente la epidermis. Según la naturaleza del terreno en que esta lesión evoluciona, se multiplica con

mayor ó menor facilidad, toma más ó menos incremento y extensión, profundizando también de un modo variable en los tejidos. Es probable que las distintas asociaciones microbianas desempeñen igualmente cierto papel en esas diversas evoluciones, debiéndose precisamente á esas circunstancias el que los autores antiguos describan varias especies de ectima.

II

Tratamiento

Las breves nociones expuestas precedentemente inducen á creer que, propiamente hablando, no existe un tratamiento interno del ectima. De todos modos, en ciertos casos de relativa gravedad, cuando las inoculaciones se van multiplicando y las ulceraciones profundizan cada vez más, convendrá investigar si el estado general del enfermo puede influir en algo en esta anormal evolución de la dermatosis, dirigiéndose entonces los esfuerzos á modificar el terreno con el fin de favorecer la pronta restauración.

A los individuos linfáticos se les administrará el *aceite de hígado de bacalao* puro ó *yodado*, el *jarabe yodotánico*, el *jarabe de rábano yodado*, etc. Se prescribirá la permanencia en los pueblos de la costa ó también las aguas apropiadas como las de los manantiales de *Uriage*, *Luchón*, *Salies-de-Béarn*, *Salins-Moûtiers*, *Biscous-Biarritz*, *Salins-Jura*, *Besançon*, *Kreuznach*, etc.

A los caquéticos se les administrarán los tónicos enérgicos como la *quina*, la *quinina*, los *fosfatos* y los *glicerofosfatos* en todas sus variadas formas.

Si se trata de un individuo sifilítico, se procurará que la medicación sea al mismo tiempo antisifilítica y tónica, y si es alcohólico, se tendrá buen cuidado de aconsejarle una higiene alimenticia bien regularizada.

En general, se recomendará á todos los individuos los más minuciosos cuidados de limpieza. Las uñas se cortarán lo más cortas posible, lavándolas y cepillándolas mañana y tarde con *agua bórica* y *licor de van Swieten* ó con *alcohol alcanforado*. Si la piel del enfermo no es irritable y no viene á complicarse cualquiera otra dermatosis, se lavará también todas las mañanas la superficie de los tegumentos con algodón hidrófilo boricado empapado en alcohol alcanforado; pero cuando el empleo de esta substancia produjese demasiada irritación, podrá reemplazarse por el *agua de Colonia*, el *licor de van Swieten*, por una solu-

ción de *ácido fénico* á 1 por 100, por el *agua bórica* ó también por el *agua de Alibour* diluída en agua hervida. Si la presencia de algún parásito, como por ejemplo los piojos ó los ácaros, pudiera considerarse como la causa principal de la erupción, se impone en este caso la desaparición del mismo, precisando en consecuencia como primera práctica la eliminación de dicha causa.

Teóricamente, la cura de las lesiones cutáneas es muy sencilla: se procurará primeramente deterger la superficie afecta, quitando en la medida de lo posible la materia inoculable; se impedirán después las nuevas inoculaciones, y se facilitará la rápida cicatrización de las lesiones ya producidas.

1.º *Deterger las lesiones.* — Cuando estas lesiones son muy numerosas, recubiertas en parte por costras muy adherentes y sangrando á veces con mucha facilidad, se obtendrán buenos resultados administrando *baños emolientes* ó *boricados* prolongados con el fin de conseguir la caída ó desprendimiento de todo cuanto cubre las superficies ulcerativas. Podrán también conseguirse los mismos resultados con las *pulverizaciones boricadas*, las aplicaciones de *cataplasmas* tibias de fécula de patata ó de harina de linaza recientemente preparadas con agua bórica, ó también con las envolturas de tarlatana, previamente hervida para quitar el apresto, doblada en ocho ó diez pliegues y empapada en *agua de manzanilla boricada*, exprimiéndola después ligeramente y cubriéndola con tafetán engomado ó gutapercha laminada. Estas aplicaciones húmedas no se continuarán una vez se haya obtenido la limpieza completa de las úlceras del ectima. Ciertamente, pueden observarse algunos casos en que esta dermatosis se cura completamente y con rapidez bajo la sola influencia de las envolturas con tarlatana boricada, hechas como hemos indicado y renovándolas cada seis horas, constituyendo esta cura uno de los procedimientos más cómodos y prácticos, y que nunca se recomendarán lo suficiente cuando se trate de los casos más sencillos; á veces, sin embargo, las aplicaciones húmedas prolongadas retardan de un modo especial la cicatrización del ectima.

Constituída ya completamente la pústula del ectima, sin costra central ó con un ligero vestigio de la misma, se procurará abrirla con una aguja previamente pasada por la llama, desgarrarla y con las tijeras curvas se quitará toda la epidermis desprendida, después de cuya pequeña operación se lavará bien con algodón hidrófilo boricado empapado en cualquier líquido aséptico, colocando inmediatamente un apósito antiséptico y oclusivo.

2.º *Impedir la producción de las nuevas inoculaciones y procu-*

rar la rápida cicatrización de las úlceras ya existentes. La cura antiséptica y oclusiva es en realidad la única que puede cumplir todas estas indicaciones.

Con las curas boricadas anteriormente expuestas se pueden obtener estos mismos resultados, siendo éste el motivo de que en bastantes casos se hayan empleado; pero el tópico que recomendamos con preferencia en la generalidad de los casos, por parecernos mucho más práctico, menos embarazoso y más eficaz, es el *emplasto rojo* de nuestro malogrado E. Vidal, cuya fórmula es la siguiente: minio 2,50; cinabrio 1,50; emplasto diaquilón 26.

Este emplasto se aplicará todas las mañanas, y si las úlceras supuraran demasiado, se practicará la cura mañana y tarde. Con este fin se quitará el emplasto que se haya puesto la vigilia y se limpiarán con *vaselina bórica* los tegumentos circunvecinos siempre que estén más ó menos cubiertos por alguna pequeña cantidad de materia del emplasto. Para esto bastará frotar ligeramente con el dedo impregnado con esta vaselina hasta que quede completamente disuelta la materia adherente, secando después y colocando un trozo de tela fina y usada, teniendo mucho cuidado en no tocar la úlcera, puesto que no conviene ni excoriarla, ni que sangre.

Acto seguido se limpia la úlcera con algodón hidrófilo boricado empapado en una solución de *cloral* al 1 por 200, ó de *ácido fénico* al 1 por 100, de *sublimado* al 1 por 1000 ó también de *agua de Atibour* diluída en agua hervida.

Después se cubre exactamente la lesión rebasando tan sólo algunos milímetros de sus bordes, con un pedazo de emplasto rojo de E. Vidal recientemente preparado.

Esta sencilla operación deberá repetirse en cada una de las lesiones de ectima, por muy pequeñas que fueren, pues una sola de estas lesiones cuya cura se descuidase bastaría para que se eternizaran las inoculaciones.

Pero si, por el contrario, todas estas lesiones se cubren completamente, se comprende muy bien que el enfermo no pueda de ningún modo al rascarse inocular á las demás partes del cuerpo el pus de sus procesos ulcerativos.

Si la cicatrización tardase en producirse, — generalmente el ectima, siguiendo este procedimiento, se cura en un lapso de tiempo que varía de seis á doce días, según su extensión y profundidad, — se tocarán las úlceras después de haberlas lavado y antes de aplicar el emplasto, con una solución de *nitrato de plata* al 1 por 20 ó al 1 por 10.

En el caso que no fuere el emplasto rojo bien tolerado, lo que en general es muy raro, se practicará la cura, bien con los *emplastos á base de ácido bórico, óxido de zinc boricado, aristol, dermatol, yodol, airol* ó con las *envolturas* de tarlatana empapada en agua bórica (véase anteriormente) ó también con *polvos secos de yodol, dermatol, aristol, eurofeno y subcarbonato de hierro.*

En los niños, convendrá insistir mucho acerca la necesidad de tomar los mayores cuidados para obtener la limpieza más minuciosa. Con este objeto se lavarán con *agua de hojas de nogal boricada*, espolvoreándolos con *carbonato de bismuto* ó de *magnesia*, cubriendo las úlceras con *polvo de corteza de encina, de café tostado, de quina* ó de *ratania.*

Estas mismas prescripciones habrán de seguirse en los casos de ectima profundo ó ulcerativo; además, siempre y cuando las lesiones radiquen en las piernas, se impondrá al enfermo el *reposo* absoluto y en posición horizontal, y si la ulceración es atónica, se emplearán como soluciones *vino aromático, alcohol alcanforado, jugo de limón alcanforado*, haciendo las curas con polvo de *yodoformo* (caso de ser tolerado) ó con *subcarbonato de hierro y eurofeno*, de los que se llenará la cavidad constituida por el proceso ulcerativo, colocando después encima de estos polvos un trozo de *lint* ó de tarlatana aséptica doblada en varios pliegues, empapada en agua bórica y exprimida después fuertemente; cubriéndolo todo con un tejido impermeable; por último, si á pesar de todos esos medios no se consigue, al parecer, un resultado satisfactorio, con el fin de despertar la vitalidad de los mamelones carnosos, se curará con *ungüento estirace*, mezclado en partes iguales con polvos de subcarbonato de hierro, eurofeno, aristol ó yodoformo, procurando siempre estar precavidos, á fin de evitar la acción irritante de este tópico.

Si las ulceraciones tienen tendencia á ser hemorrágicas, se tocarán con soluciones concentradas de *antipirina*, ó también pueden espolvorearse con un poco de antipirina antes de practicar la cura.

CAPÍTULO XI

TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

POR

ERNESTO BESNIER

Médico del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

RESUMEN NOSOGRÁFICO Y NOSOLÓGICO

I. Elemento psoriásico. — Tipo y anomalías. — II. Curso. — Duración. — Remisiones. — Intermitencias. — III. Breve resumen de diferenciación clínica: psoriasis y eritrodermia. — Psoriasis y pitiriasis. — Psoriasis y eczema. — Psoriasis y liquen, «liquenes», liquenizaciones. — Psoriasis y sífilodermias. — Psoriasis y lupus eritematoso, seborreas concretas, tricofitias. — IV. Naturaleza de la psoriasis. — Contagiosidad. — Inoculabilidad. — Herencia. — Teorías nerviosa, parasitaria, etc.

La psoriasis, que parecía una de las dermatosis mejor reguladas, ha venido á ser una de las más discutidas, pues todo en ella es materia de controversia: histología comparada, naturaleza de la enfermedad, relaciones con el eczema, casos mixtos, asociados, casos ambiguos y de transición, influencia de la esteatidrosis, predisposición vascular constitucional, papel que desempeña el sistema nervioso, hematología, transmisibilidad, papel de las bacterias, etc., etc. Acerca de todos estos puntos nos limitaremos á dar las nociones que sean necesarias, para formarse un concepto claro del estado actual del asunto en sus relaciones con la terapéutica.

I

Elemento psoriásico.—Tipo y anomalías

A. — La psoriasis normal, catarro seco de la piel, se parece, especialmente en sus lesiones elementales, al eczema, catarro húmedo de la piel, y sus manifestaciones son las siguientes:—paraqueratosis, desarrollo considerable de la red ecilla é hipertrofia edematosa de las papilas, ectasia y congestión venosas intrapapilares; en los casos antiguos é intensos, se observa una proliferación conjuntiva de la red dérmica superficial, con hipertrofia de la capa superior del corion ó dermis subpapilar é interpapilar. Se dará la nota característica de esta enfermedad, desde el punto de vista de las indicaciones terapéuticas deducidas de la anatomía, diciendo con Loewe (1), que la psoriasis no es una afección del tipo flegmático, sino una anomalía (una perturbación) del proceso de queratinización, acompañada de una hiperemia venosa de las capas profundas del dermis y de una congestión arterial, con infiltración moderada de células linfoides en sus capas superiores; proliferación de la zona córnea media de Unna, y descamación.

La superficialidad del proceso se comprueba por la ausencia de lesiones definitivas y por la integridad de los folículos pilosos, hasta en los casos de duración más prolongada, etc.

B. — El elemento psoriásico clínicamente considerado, se manifiesta en la piel, cuyo alrededor está sano, primeramente bajo la forma — que en los casos dudosos se muestra claramente rascando con la uña — de un punto disqueratósico liso ó ligeramente prominente, de una mancha lenticular plateada, formada por un estrátum epitelial seco, disociado, enfisematoso blanco plateado ó blanco grisáceo, que parece una mancha de cera ó una gota de yeso.

En sus comienzos, está constituido por un punto escamoso seco, sin prominencia ni rubicundez; pasados algunos días, se manifiesta claramente el estado hiperémico y si la dehiscencia de su capa superficial no se ha producido, la más pequeña rascadura lo determina; la alteración evoluciona rápidamente del centro á la periferia, convirtiéndose el punto en una mancha lenticular, una «gota». — *Psoriasis punteada, lenticular, en gotas.*

(1) LOEWE.—Zur. Anat. der Psoriasis. *Mittheilungen a. d. Dermat. Klin. d. K. Charité Krankenhauses z.*, Berlín, 1887.

Transcurrido muy poco tiempo, de una á tres semanas, la mancha lenticular se extiende en todas direcciones, se eleva muy ligeramente formando discos y placas numulares, de las dimensiones de una moneda regular. En esta fase de la evolución, el proceso excéntrico uniforme ó bien se detiene ó bien se acrecienta, merced á la adición de nuevos elementos—placa compuesta. En algunos casos, el proceso retrocede hacia el centro, formando un anillo por la continuación de la alteración en la periferia; en otros casos, las gotas que vienen á añadirse y los discos son los que determinan la formación de anillos, figuras en forma de ocho de guarismo, estrías alineadas, rastros giroideos, superficies festoneadas á consecuencia de la fusión de las gotas ó discos primitivos, cuyos bordes marginales desaparecen por los contactos, ó finalmente, yesosos conglomerados, difusos ó multiformes. — *Psoriasis anular, circinada* (Lepra de Willan, L. vulgar), *figurada, numular, geográfica, en placas, en cuadros, giroidea, difusa, amorfa*, etc.).

C. — La profundidad de la infiltración dérmica, muy variable según los casos, deberá precisarse por lo que atañe al pronóstico, á la duración del tratamiento, y para escoger el mejor de los antipsoriásicos y regular las dosis.—*Psoriasis lisa, superficial; Psoriasis prominente, papulosa; Psoriasis gruesa, en placas, profunda*.

En cuanto al espesor del estrátum escamoso del elemento psoriásico, varía también desde el grado más ligero y más común.—*Psoriasis pitiriasiforme*—hasta los conglomerados más gruesos, tal como se observan en el cuero cabelludo, en cuya superficie se les ve formar prominencias conchiliformes. De esta clase existen numerosas variedades, que difieren por su consistencia, la manera de verificarse su dehiscencia, la cantidad de escamas estratificadas, por sus dimensiones y por su disposición sistemática ó amorfa; pero todas ellas se caracterizan por ser siempre típicamente secas, no esteatóticas.

D. — La masa epitelial unas veces es pulverulenta y sin cohesión, otras consistente, formando capas regularmente estratificadas que pueden desprenderse como si se deshojaran. En algunos casos no solamente se distinguen los estratos sino que pueden observarse las formaciones concéntricas sucesivas bien individualizadas y demostrativas, que dibujan en la superficie de la placa contornos conchiloides finos y elegantes, á veces con cúpula en el centro, y más á menudo con superposiciones decrecientes del centro á la periferia. — *Psoriasis rupioide*. — En la superficie, la adherencia de las escamas es muy débil, desprendiéndose con bastante facilidad rascando con la uña; su cohesión aumenta recordando la superficie psoriásica, y muchas veces introduciendo la uña bastante profunda-

mente por debajo de la placa plateada se arranca por completo en una sola pieza.

En estado normal, la exfoliación propiamente dicha y la mudanza epitelial del elemento psoriásico son moderadas, pues los productos que se desprenden no llenan las ropas de la cama, los vestidos ni el suelo. De ocurrir lo contrario indica una fase especial ó una forma individualizada, peculiar de ciertas variedades exfoliatrices graves, pero no de una manera absoluta. La exfoliación psoriásica de ordinario, aunque bajo aspectos extremadamente diversos y variables, recorre un indefinido número de grados desde el tipo pitiriásico más ligero. — *Psoriasis pitiriasiforme* — hasta los conglomerados gruesos y conchiloides de la *psoriasis rupioide*. Si se reunieran en fila cien individuos afectados de psoriasis, todos presentarían alguna particularidad individual que los distinguiría.

En muchas variedades falta la forma dehiscente, el revestimiento es córneo, verrugoso, sólido, adherente, resistente á la acción de rascarse y á la avulsión, alcanzando á veces extraordinarias proporciones. — *Psoriasis córnea, verrugosa, papilomatosa*. Estas formas, que pueden ser generalizadas, se observan especialmente en las manos, caras dorsal y palmar, diferenciándose completamente de la proliferación queratopapilar de las placas de la psoriasis inveterada, la que, á nivel de los extremos articulares y de los huesos, guardan mucho parecido, á primera vista, con los conglomerados del liquen plano córneo.

E. — Si en vez de levantar con cuidado y por entero la capa superficial yesosa, se la descama con la uña hasta llegar á la cutícula paraqueratósica inmediata á las papilas y al cuerpo mucoso, excoriándola ligeramente, se produce un ligero exudado sanguíneo — signo del sangrar, — cuya importancia desde el punto de vista del diagnóstico de la psoriasis, ha sido puesta de manifiesto por Hebra y Devergie. Este síntoma, que los mismos enfermos ponen en evidencia espontáneamente al rascarse si la psoriasis es pruriginosa, no tiene un valor patognomónico absoluto.

Cuando por rascaduras repetidas se han desprendido á pedazos las escamas friables de la superficie del elemento psoriásico, ó se ha levantado el conglomerado en masa colocando la uña debajo de la placa epitelial, aparece la superficie psoriásica como un disco rojo esponjoso, punteado de finas prominencias rojas, en su mayoría excoriadas y sanguinolentas, reluciente, rezumante, parecido al granito, con los orificios foliculares visibles; es algo pegajoso al tacto y con las impresiones de las zonas epiteliales concéntricas que acaban de arrancarse. Va cubierto á la manera de un barniz, por una laminilla epitelial delgada y frágil, transparente-

cutícula subescamosa de L. Duncan-Bulkley (1),—cuyo valor diagnóstico es positivo aunque no absoluto.

Clínica y anatómicamente considerada, la paraqueratosis precede, real ó aparentemente, á la infiltración hiperémica del dermis y á la rubicundez, sea ó no prominente, que la pone de manifiesto. Únicamente cuando el elemento psoriásico se ha constituido de un modo definitivo, por completo, en vías de progreso ó irritado, su superficie subepidérmica se pone enteramente de un color rojo obscuro—rubicundez psoriásica, que se parece mucho al color rojo cobrizo de las sífilodermias—más ó menos disimulado por la acumulación de las escamas, pero muy manifiesto cuando por el rascarse se desprende el revestimiento que lo cubría ó se hace transparente con los baños, la glicerina, las grasas, etc. Ulteriormente la rubicundez rebasa los límites del elemento epidérmico, formando á su alrededor un anillo hiperémico de un color rojo característico, — orla psoriásica, — el cual no se eleva nunca á nivel del elemento, ni de la superficie psoriásica, y no forma rodete ni aun ribete. La intensa coloración de esta orla sólo indica que el elemento psoriásico está en vías de desarrollo activo ó de evolución permanente, al paso que su decrecimiento, desaparición ó sustitución por un anillo blanco, — corona anémica de curación, — revelan que el proceso psoriásico toca ya á su término, signo clínico de la mayor importancia.

F.—En la superficie tegumentaria, el número, la disposición y la distribución de los elementos psoriásicos varían dentro unos límites muy extensos.

La psoriasis típica radica con preferencia, y tiene como localización inicial de elección, las prominencias, — codos, rodillas, — en donde será preciso siempre buscarla desde un principio, pero sin que la integridad de estas regiones sea un dato negativo absoluto. Algunas veces la disposición eruptiva es irregular, otras sistemática,—semipsoriasis, psoriasis en zonas, etc.,—de ordinario la psoriasis es simétrica.

Es raro y hasta *excepcional* que sólo exista *una* placa de psoriasis, y cuando este caso se presenta, es preciso fijar mucho más la atención, practicando un examen más riguroso del enfermo, y observando *toda* la superficie de su cuerpo; si efectivamente la placa de «psoriasis» es única, será necesario, antes de establecer el diagnóstico, eliminar la serie de afecciones que pueden ser *psoriasiformes*, como el eczema, las sífilides, el lupus eritematoso, el liquen, etc.

En algunos casos, el tipo normal puede aparecer completamente alte-

(1) L. DUNCAN-BULKLEY. —*Note on a hitherto undescribed point in the diagnosis of Psoriasis* (Archives of Dermatol., 1879, pag. 129).

rado, como, por ejemplo, que los pliegues de flexión y las superficies de contacto estén ocupadas, total ó parcialmente, simétrica ó asimétricamente, por las eflorescencias psoriásicas, quedando indemnes el lado de la extensión y las articulaciones. Estas formas *atípicas* son generalmente rebeldes é interminables, presentando además ambigüedades especiales que dificultan el diagnóstico, obligando á muchas reservas antes de establecerlo. Iguales restricciones hay que tener en cuenta en todas las localizaciones solitarias y muy discretas: unas y otras reclaman un trabajo de *selección* severo y una rigurosa diferenciación entre las formas de eczema psoriasiforme, sebáceo, laminoso, á las que Bazin ha recurrido principalmente para constituir la *psoriasis artrítica*,—variedades escarlatiniforme y numular,—cuya inmensa mayoría pertenecen evidentemente al tipo de *eczema* seborreico nuevo.

Muy á menudo la cara, la piel de las manos y las plantas de los pies quedan indemnes, siendo muchos también los casos de psoriasis, hasta de los muy extensos, en que una línea imaginaria supramaleolar y suprarra-diocarpiana aisla las extremidades. Esta disposición se observa asimismo aun cuando, como ocurre de ordinario, algunos puntos ó algunas gotas aparecen como errantes por el dorso de la mano ó de las falanges, ó se corren hacia el borde interno del pie, por delante del maléolo interno. En otros casos, por el contrario, la psoriasis se acumula en el dorso de los dedos y de las manos, mientras que aparece más ó menos discreta en el resto del cuerpo; mas aunque esté limitada á la palma de las manos ó á la planta de los pies, la orladura roja limitante se ve corriendo á lo largo de la línea de separación de las caras dorsal y plantar.

G.—Por efecto de diversas circunstancias, cuyo número es bastante considerable, el elemento típico presenta también distintas anomalías:

1.º Por causa del movimiento, se producen frecuentemente á nivel de las placas, especialmente anhidróicas, y en el sentido casi siempre de la extensión por más que no es regla absoluta, rupturas lineales profundas, sanguinolentas y dolorosas.—*Fisuras, fajas psoriásicas*.

2.º El prurito, que es esencial en los catarros húmedos de la piel, falta típicamente en el catarro seco, pero si es raro que se presente primitivamente, en cambio es muy frecuente que se manifieste de un modo secundario por la acción de los antipsoriásicos, especialmente de la crisarrobina y del pirogallol, sobre todo cuando la piel de alrededor de las superficies enfermas no está convenientemente protegida; prodúcese también merced á la influencia de diversas causas generales ó locales,—prurigo, pitiriasis, etc.—Sea cual fuere la causa del prurito, una vez establecido, se instala á menudo de un modo permanente, y en estos casos, excoriaciones

sanguinolentas ocasionadas al rascarse cubren las superficies enfermas, y el traumatismo de la piel sana favorece la producción de nuevos elementos.—*Psoriasis pruriginosa, prurigo psoriásico.*

3.º Por la acción de diversas irritaciones, de aplicaciones medicamentosas demasiado enérgicas ó muy prolongadas, etc., las superficies psoriásicas y los espacios interpsoriásicos, pueden sufrir un proceso de eczematización aguda.—*Psoriasis eczematizadas.*

4.º Ya espontáneamente ó á consecuencia de la irritación producida por la presión prolongada á nivel de las eminencias óseas, las placas de psoriasis rebeldes, *cuya intensidad persiste*, inmovilizadas, se *liquenizan* más ó menos formando superficies de hiperdermia, romboidales, cuadriculares, cuyo diagnóstico clínico, basado en un elemento *aislado*, sería las más de las veces impracticable en un examen momentáneo.

5.º En el período de declinación y bajo la acción de condiciones sórdidas, la psoriasis liquenizada puede paquidermizarse.—*Psoriasis elephantíaca ó elephantiasis psoriásica.*

6.º La localización en los pliegues de contacto y el estado intertriginoso, modifican los elementos psoriásicos, dando lugar á un rezumamiento con descamación.—*Psoriasis intertrigo, húmeda, rezumante, eczematoide.*

7.º La hipersteatidrosis determina el estado exudativo de las placas, y el grasoso de las escamas.—*Psoriasis seborreica, eczemato-seborreica.*

La identidad ó analogía que en su aspecto presentan el elemento psoriásico y el elemento eczemático, merced á estas últimas influencias, hace muchas veces más ó menos difícil la determinación de las dos alteraciones; es raro, sin embargo, que los elementos psoriásicos pierdan todos sus peculiares caracteres, y el análisis clínico permite, aunque no siempre en el acto, pero sí con una observación atenta, establecer su verdadera naturaleza.

8.º A consecuencia de las foliculitis que aparecen en el curso del tratamiento de la psoriasis,—especialmente por el alquitrán, pero también por la acción de otros irritantes, é independientemente de las dermatitis psoriásicas de las que hablaremos en seguida,—pueden observarse formas complicadas de pustulación general repululante, cuya interpretación y tratamiento son extremadamente difíciles.—*Psoriasis pustulosa.* Cabe también observar casos del todo extraordinarios de erupciones deformantes diversas (1), cuyo diagnóstico es difícil de momento.

(1) Véase. Lección clínica del profesor KAPOSI.—*Zur Therapie der Psoriasis* (Wiener med. Presse, 1896, págs. 473 y 510).

9.º El aspecto del elemento psoriásico puede también verse modificado y desnaturalizado en virtud de variadas condiciones episódicas, cuya investigación será siempre necesaria en estos casos; así, por ejemplo, las aplicaciones terapéuticas, los baños, la sudación propia de la estación ó provocada, las unciones grasas, etc. En este sentido, será preciso reconocer las modificaciones típicas que producen en los elementos y en su periferia, los agentes reductores, entre los que ocupan el primer lugar el pirogalol y la crisarrobina.

10. Por último, á fin de hacer un diagnóstico completamente acertado, se procurará investigar si la psoriasis está en sus comienzos, es flórida, ó si se encuentra en el período de estado, en paroxismo ó en decadencia, etc. Los elementos psoriásicos, casi siempre más ó menos lentamente, raras veces con rapidez, *evolucionan* recorriendo los períodos de ascenso, estado y declinación. En el primer período, los elementos se multiplican ó crecen, dibujándose claramente sus bordes eritematosos. En el período de estado, pueden inmovilizarse y perder su anillo hiperémico; pero otras veces, ó bien en puntos distintos, la placa se eleva, la cutícula es más resistente y la individualidad de los componentes se atenúa. La chapa psoriásica compuesta, haciéndose irregular ó continuando discoide, es sobre todo notable por la exageración de los pliegues de la piel en su superficie; presenta el aspecto de una placa de «liquen», es liquenoide, está *liquenizada*.

En la fase de declinación de la psoriasis, el anillo hiperémico desaparece, aplanándose un tanto la región afecta; la exfoliación, siendo cada vez menos acentuada, acaba por cesar del todo; el nivel normal se restablece y en el sitio del elemento psoriásico ya no se encuentra más que una mácula hiperémica oscura, reemplazada luego por una mancha pigmentaria, cuyas huellas duran meses, y más todavía, sobre todo en el tronco y en los miembros inferiores (1). Los enfermos deberán estar advertidos de este fenómeno, sabiendo además que, cuando al rascarse no se descubre ya la descamación, es inútil continuar el tratamiento á nivel de las placas eritematosas ó pigmentadas. Durante un tiempo variable la piel de estos

(1) DEVERGIE, KAPOSÍ y otros autores, han considerado la medicación arsenical como productora de hipererematosis consecutivas á las lesiones psoriásicas, como también sucede en los individuos no psoriásicos. En realidad, unas y otras máculas pigmentarias dependen principalmente de la *facultad pigmentaria* individual, por la *excitabilidad cromatógena* propia de ciertos individuos en los cuales cualquier traumatismo, lesión sífilítica, psoriásica, etc., el vesicatorio, la tintura de yodo, la compresión de un vendaje, etc., etc., determinan la aparición de máculas extremadamente persistentes.

HALLOPEAU ha hecho notar la posibilidad de alteraciones inversas, es decir, de máculas acrómicas que persisten en las regiones ocupadas anteriormente por el elemento psoriásico.

puntos queda un poco gruesa, apergaminada, reluciente y anhidrósica; después vuelve al estado normal, de ordinario solamente por un determinado tiempo.

Los tres períodos,—ascenso, estado y declinación,—es necesario que se determinen bien para instituir el tratamiento, el cual, para ser oportuno, no puede ser el mismo en todos ellos.

El proceso psoriásico es á veces sensiblemente sincrónico en todas las regiones del cuerpo, esto es, en todas ellas recorre á un mismo tiempo ó armónicamente los períodos de ascenso, estado y declinación; esto, sin embargo, dista mucho de ser la regla general, pues es muy común observar en un mismo individuo máculas de curación, placas en período de declinación y al propio tiempo surgen elementos nuevos en mayor ó menor número. — *Psoriasis subintrante*.

II

Curso.—Duración.—Remisiones.—Intermitencias.

Regularmente el curso de la psoriasis, más ó menos lento, es crónico en el sentido más absoluto de la palabra, evolucionando por brotes ó paroxismos, intensos ó ligeros, cuyo encadenamiento, raras veces interrumpido, es lo que constituye la enfermedad, que no debe confundirse con un «brote» aisladamente considerado. Este concepto de la enfermedad no lo tienen siempre presente los que hablan de la «curación» de la psoriasis, cuando se trata solamente de la cesación de una erupción, ó de la terminación de cualquiera de las fases de la dolencia. La *real* curación de una psoriasis *verdadera* se consigue muy raras veces.

A.—A veces la enfermedad comienza á manifestarse, con ó sin reacción general, de un modo agudo, viéndose en diferentes puntos del cuerpo desarrollarse simultáneamente y con actividad los elementos psoriásicos. En los individuos jóvenes, y en las jóvenes especialmente, se produce, con ó sin mancha inicial, ó sin manifestaciones anteriores, un verdadero brote de psoriasis de pequeños elementos, no superando las dimensiones de la gota típica. Algunas veces la erupción conserva poco más ó menos el mismo carácter todo el tiempo de su duración, retrocediendo después para no volver á aparecer ó, lo que es desgraciadamente más frecuente, toma la forma común más ó menos rápidamente, reproduciéndose después en los tipos vulgares.

B.—La duración de la verdadera psoriasis es ilimitada é interrumpida.

pida únicamente por remisiones ó intermisiones, raras veces completas. Es también excepcional que el examen de la totalidad del cuerpo de un psoriásico que se supone curado, nos dé un resultado absolutamente negativo *cuando este examen es verdaderamente completo* renovándole en distintas ocasiones algo distanciadas.

Las remisiones ó intermitencias que se producen en el decurso de la psoriasis, á veces espontáneamente, es decir, sin causa determinada, atribuyéndose regularmente á las últimas medicaciones empleadas, siendo así que en algunos casos están en íntima conexión con las oscilaciones de la nutrición ó de la inervación generales, de cualquier origen y naturaleza, con tal que sean de alguna intensidad. Que esos trastornos sean agudos ó crónicos, simples ú orgánicos; que se trate de una pneumonia, de un ataque de asma grave, de una fiebre tifoidea, de una pleuresía ó de un cáncer visceral, de una escarlatina ó de una caquexia mercurial, arsenical, yódica, etc., el resultado siempre es el mismo. Bajo todas esas influencias, puede producirse una verdadera *delitescencia* de elementos psoriásicos, aun de los muy antiguos y que se habían hecho rebeldes hasta entonces á las medicaciones más diversas — *delitescencia* en el sentido verdadero y absoluto de la palabra, pues el retorno á la integridad se verifica á veces con una rapidez que sorprende, hasta después de haberla observado diferentes veces. Generalmente no se trata más que de un descanso, y más ó menos pronto, si la nutrición se reanima, vuelve á florecer la psoriasis, de manera que nunca hemos podido observar la desaparición *definitiva* de esta enfermedad, cuando nos ha sido posible continuar viendo al enfermo años sucesivos.

Por un fenómeno vital del mismo orden, en el límite de la decadencia nutritiva de la edad, cuando el viejo psoriásico entra en el decaimiento arterial periférico definitivo, la lesión cutánea experimenta una atenuación proporcional y acaba por constituir sólo un estado pitiroide, ictiosioide, que guarda mayor ó menor analogía con la xerodermia senil ó caquética (anhidrosis y esteatosis) que se conoce con el nombre de pitiriasis de los tabescentes.

Todo lo expuesto viene á deslindar bien claramente la *enfermedad* psoriásica de los eczemas de toda clase, demostrando de un modo bien palmario que es necesario conservar, en la práctica, la distinción entre la psoriasis y los diversos complejos de que la eczematización puede formar parte, sin vacilar por las dificultades que puede presentar el diagnóstico en un caso particular.

III

Breve resumen de diferenciación clínica: psoriasis y eritrodermias. — Pitiriasis rubra pilosa, pitiriasis rosada de Gilbert. — Psoriasis y eczemas. — Psoriasis y liquen, «liquenes», liquenizaciones. — Psoriasis y sifliodermias. — Psoriasis y lupus eritematoso, seborreas concretas, tricofitias.

A. — *Psoriasis y eritrodermias*. — La psoriasis puede muy bien simular, revistiendo sus caracteres, la mayor parte de las afecciones paraqueratóticas ó, por el contrario, estas últimas manifestarse con todas las apariencias de aquella enfermedad, por lo que un breve resumen bastará para darnos una noción general aclarando estas dificultades.

1.º En el curso de una psoriasis reciente ó de larga fecha sin causa conocida ó producida por la acción de irritaciones externas ó autógenas — alteraciones en el régimen, intoxicaciones medicamentosas ó auto-intoxicaciones, choc nervioso, etc. — ó también por las más diversas aplicaciones irritantes, puede observarse la aparición y el desarrollo de una dermatitis eritematosa, ó exfoliante, más ó menos intensa, grave ó benigna.

2.º El tipo leve se caracteriza por el molimen eruptivo efímero, la persistencia de algunos islotes y exfoliación ordinariamente limitada á los focos psoriásicos. El reposo y la supresión de las causas irritantes, las unturas anodinas abundantes, la dieta y el régimen lácteo, etc., conducen muy rápidamente á la declinación de la enfermedad, volviéndose al estado precedente ó también produciéndose una de esas curaciones provisionales, de sorpresa, que se manifiestan después de un «brote», lo que en muchos casos hace muy difícil la apreciación exacta de los efectos terapéuticos en la psoriasis.

3.º El tipo intenso ó grave se distingue por el carácter más acentuado del proceso dermatítico y por su completa generalización — *psoriasis absoluta*. A primera vista, el enfermo no presenta ninguno de los caracteres del tipo normal de la psoriasis, y si no se le hubiese observado anteriormente, podría creerse que se trata de una dermatitis exfoliatriz ordinaria ó de una dermatitis escarlatiniforme (1) pro-

(1) Esas erupciones han sido estudiadas y descritas por DEVERGIE, (*Traité*, 2.ª edición, 1857, pág. 467) con el nombre de *psoriasis aguda*, ó de *psoriasis rubra*, pero no guar-

piamente dicha, no existiendo en estas circunstancias verdaderamente ningún medio por el que pueda afirmarse pronto y con seguridad cuál es la naturaleza de la eritrodermatitis, la que podrá ser idiopática ó secundaria á otra dermatosis como el eczema, el pénfigo, la pitiriasis rubra pilosa, etc.

4.º Otra variedad que presenta todavía mayores dificultades es la que, en el curso de una psoriasis aguda ó normal se desarrolla, insidiosamente y sin producir trastorno general en la salud del individuo, una eritrodermitis exfoliante pitiriasiforme absoluta; en su primer aspecto el diagnóstico de pitiriasis rubra se impone necesariamente. Los elementos iniciales aparecen rápidamente y poco á poco la piel de la totalidad del cuerpo toma un tinte rojo vinoso, descamándose uniformemente en láminas finas y regulares. Al mismo tiempo van dibujándose, considerablemente aumentados, los relieves de las líneas papilares, lisos, continuos, y los surcos que las separan, constituyendo un tipo ordinario de liquenización, que es común á una serie de lesiones cutáneas y de eritrodermatitis. Los ganglios se infartan de un modo lento y sucesivo.

Existe además prurito y criestesia moderados, pero positivos: caída de los pelos, parcial ó total, pero siempre temporal en las eritrodermatitis *verdaderamente* psoriásicas; lesiones variadas de las uñas, y producción de finos surcos, etc. Esta forma se confunde generalmente, aunque no de un modo absoluto, con la eritrodermitis común generalizada de la pitiriasis rubra pilosa, conservando como ésta su carácter originario de su larga duración — durante años — sin que se produzca ningún trastorno profundo, aparente, en la nutrición general ni en las grandes funciones orgánicas.

Juntamente con estas eritrodermatitis exfoliantes psoriásicas se mencionan por una parte las que son *secundarias* de diversos estados patológicos de la piel perfectamente diferenciados — eczema, liquen, pénfigo, etc. — individualizadas por Bazin con el nombre de *herpétides malignas exfoliatrices*, y de otra parte, las eritrodermatitis idiopáticas, dermatitis exfoliatrices, pitiriasis rubra. Ya en otra ocasión propusimos reunir las

dan ninguna relación con lo que BAZIN ha designado con la denominación de *psoriasis escarlatiniforme*.

Según BAZIN, la «psoriasis escarlatiniforme» es la primera variedad de la psoriasis «artrítica» desarrollándose «simultáneamente en la planta de los pies, en la palma de la mano, en la raíz de los cabellos y en los órganos genitales; sin embargo, puede también aparecer en esas regiones sucesivamente ó limitarse á algunas de ellas». La psoriasis escarlatiniforme de BAZIN sólo puede referirse á ciertas variedades de psoriasis intertrigo, ó de psoriasis irritada accidentalmente, quizá á la psoriasis irritable y principalmente á los *eczemas psoriasiformes*.

con el nombre de *eritrodermias* (1) *exfoliantes*, no para formar un grupo nosológico sino con el fin de englobar el difícil estudio de diferenciación de esas dermatitis y facilitar por consiguiente su análisis integral.

(1) En una de las lecciones clínicas más notables é importantes acerca el tratamiento de la psoriasis (*Zur Therapie der Psoriasis, in Wiener med. Presse*, 1896, págs. 413 y 510), el profesor KAPOSI, después de haber demostrado cuán difícil era precisar con seguridad una psoriasis generalizada, porque una serie de diversos procesos se presentaban con idéntico aspecto, añade lo siguiente:

«Los franceses,» cuya lengua es tan flexible que les permite muy fácilmente disfrazar con palabras las ideas oscuras, se han acostumbrado, en estos últimos años, á emplear en casos semejantes el término eritrodermia, esto es, una palabra griega con la cual el vulgo,—«Laie,» laico, profano, en este caso el paciente,—se da por satisfecho.

«Die Franzosen deren gefügige Sprache so sehr dazu verleitet, unklare Begriffe durch die Sprache zu decken, haben sich sogar in den letzten Jahren gewöhnt, in ähnlichen Fällen die Diagnose Erythrodermie zu machen, also ein griechisches Wort für das, was uns der Laie selbst angibt.»

Esas frases son tanto menos comprensibles cuanto que precisamente en las notas de la traducción de la obra del profesor KAPOSI, hemos explicado extensamente el sentido, la significación y el valor nosológico ó nosográfico del término recientemente empleado, Bastarán algunos párrafos para su demostración:

«La pitiriasis rubra de Hebra dista mucho de ser considerada como la única afección que en un momento dado de su evolución puede manifestarse por la rubicundez generalizada con exfoliación fina, prurito, hipertermesia y lesiones de las faneras; y en la larga serie de meses y hasta de años, que muchas veces transcurren antes de que la afección se someta á una observación competente, es á menudo difícil reconstituir los hechos pasados.

«El médico, pues, que observe por primera vez á un enfermo y lo encuentre ya en el período verdaderamente pitiriásico, se hallará extremadamente perplejo si no tiene presente y le es familiar la noción precisa y completa de las afecciones encarnadas, escamosas.

«Con el fin de hacer más fácil el análisis clínico de los casos de este género desde largo tiempo hemos propuesto reunir todas esas afecciones del tegumento, encarnadas, escamosas con el nombre de *Eritrodermias exfoliantes*, no para formar con ellas un grupo nosológico sino simplemente á título provisional y para facilitar su estudio.

«De estas eritrodermias, unas son de fácil diferenciación y no guardan ciertamente ninguna relación de naturaleza y de síntomas con la pitiriasis rubra; por el contrario, existen otras, como veremos, cuya analogía objetiva es tan estrecha, que se confunden constantemente, relacionándose con la pitiriasis rubra de tal manera que inteligentes observadores han llegado á preguntarse si unas y otras no son otra cosa que formas ó variedades de una misma y única enfermedad.

«En este sentido y con este objeto, y á fin de reunir solamente algunos datos útiles para el estudio ó la práctica, hemos escrito este apéndice, declarando de antemano que, desde el punto de vista de la relación nosológica propiamente dicha, las consideraciones expuestas son un tanto platónicas, no pretendiendo tampoco haber dicho la última palabra sobre una cuestión para cuya solución nadie posee todavía los datos indispensables.

«La primera división que puede establecerse entre las *eritrodermias exfoliantes*,—enfermedades encarnadas descamativas más ó menos generalizadas,—es la de separar las secundarias de las primitivas.»

Después de esto describimos con mucha extensión: 1.º las *eritrodermias exfoliantes secundarias de la psoriasis, de la pitiriasis rubra pilosa, del eczema, de los liquenes y del pénfigo*, unas accidentales ó episódicas, otras terminales, esquécticas, perniciosas ó malignas;—2.º las *eritrodermias exfoliantes primitivas, idiopáticas*:—*E. iniciales larvadas; eczema, psoriasis, pénfigo, liquen*; las *E. descamativas escarlatiniformes y las dermatitis exfoliatrices agudas ó subagudas*;—y 3.º las *eritrodermias exfoliantes, lentas ó crónicas, idiopáticas, primitivas*.

«En este grupo, tan artificial como los precedentes, colocamos: a) Las dermatitis crónicas de comienzo variable, larvado, las que, después de un período de duración más ó menos largo, determinan un estado en apariencia semejante al de la pitiriasis rubra ó de la dermatitis exfoliatriz.—b) Una serie variada, todavía en estudio, de dermatitis de evolución lenta, del tipo linfóide simple ó asociadas á la leucemia, á la linfadenia, á la micosis fungoide, las que no se confunden con las alteraciones eczemáticas ó de otra clase que preceden, de muchos años, á diversas formas

Las eritrodermatitis psoriásicas son generalmente rebeldes y no corresponden, no siendo por consiguiente de su dominio, á las medicaciones antipsoriásicas propiamente dichas, imponiéndose su dirección en todos los casos de complicación irritativa ó flegmática aguda generalizada.

B. — *Psoriasis y pitiriasis*. — 1.º En ciertos períodos y en algunas regiones determinadas, la pitiriasis rubra pilosa reproduce con bastante analogía la morfología de la psoriasis difusa y antigua, por lo que la individualidad absoluta de las dos afecciones parece muy indeterminada. Algunas veces las asperezas queratósicas de los orificios foliculares están muy próximas á los puntos iniciales de la psoriasis; las placas agranitadas de los miembros ó del tronco, las de las eminencias articulares, y, en algunos casos, las exfoliaciones fisurarias de la palma de las manos y del tejido peri-ungueal quedan también en lo posible afectas de psoriasis. Sin embargo, el cono doblado de la pitiriasis, hundido por su segmento inferior en el infundíbulo folicular, cuando por casualidad se parece á un punto psoriásico, no se exfolia de la misma manera, y puede siempre distinguirse por medio de un fácil examen histológico — véanse los notables dibujos de Boeck (1) — siendo raro también que sangre por la avulsión. Cuando en el momento de la observación existen, como único elemento cutáneo, las placas parecidas al granito frustradas de la pitiriasis, es cierto que su diferenciación momentánea podría ofrecer dificultades; esto no obstante, sucede pocas veces, y otras alteraciones que se descubren en los mismos puntos del cuerpo ó en otros diferentes nos aclararán estas dificultades facilitando en consecuencia el diagnóstico.

Cuando la psoriasis radica en las regiones pilosas, es muy raro que imite el aspecto de granito característico, y si esto ocurriera, bastará para su interpretación el saber que es posible tal semejanza, pues esto sólo se manifiesta parcialmente y como una excepción. Idénticas consideraciones pueden establecerse respecto de las lesiones ungueales, palmares, plantares, etc.

2.º La pitiriasis rosada de Gibert, espontánea ó provocada por las aplicaciones externas, cuya multiplicidad de formas es ilimitada, se parece tanto algunas veces que casi se iguala con ciertas formas pitiroides

de dermatosis todavía no descritas.—c) *Las dermatitis generalizadas encarnadas, más pronto vislumbradas que conocidas, que proceden de infecciones crónicas á menudo latentes, de supuraciones profundas ó de lesiones orgánicas de la vejiga, del riñón, del útero, etc.*—d) *La pitiriasis rubra folicular que ha alcanzado su completo desarrollo, ó, por el contrario, la que se encuentra en ciertos períodos intermedios, esto es, que presenta grandes ó pequeñas superficies encarnadas, escamosas, según el tipo pitiriásico, las cuales han sido causa muchas veces de su confusión con la pitiriasis rubra verdadera.*»

(1) CÉSAR BOECK.—*Ein Fall. v. Pit. pil.*, Monatsch. f. prakt. Dermat. B., VIII, n.º 3, 1889.

de psoriasis frustrada ó delitesciente, de psoriasis aguda que está en sus comienzos, ó con una variedad de psoriasis frustrada insidiosa que se observa principalmente en los niños é individuos jóvenes, y en especial en las jóvenes. Cuando las primeras manifestaciones de la psoriasis afectan la forma peraguda, con congestión dérmica moderada y una paraqueratosis pitiroide, las lesiones difieren muy poco de las que corresponden á determinadas variedades de pitiriasis dudosa, ó de eczema seco, presentándose frecuentemente las mismas dificultades en las regiones pilosas, en las que casi todas las alteraciones patológicas pueden determinar paraqueratosis. En todos los casos dudosos de esta clase, la conclusión sólo podrá obtenerse después del análisis clínico comprobado y suficientemente prolongado de cada caso particular.

C. — *Psoriasis y eczemas*. — La psoriasis y el eczema en sus tipos clínicos normales, completos, son absolutamente distintos; en las dos afecciones se encuentran, sin embargo, variedades larvadas, formas de transición ambiguas ó de caracteres dermatográficos mixtos. Así, por ejemplo, la psoriasis y el eczema diseminado de forma discoide y escamoso en su primera manifestación y en sus comienzos, no pueden ser diferenciados en el acto tan sólo por sus caracteres dermatográficos. El estado eczemático, en todas sus fases, ó sea la humedad, el rezumamiento y las costras exudativas pueden sobrevenir eventualmente en el curso de la psoriasis — *psoriasis húmeda, eczematosa, eczematoide, eczematizada*—y del mismo modo los caracteres de la psoriasis, es decir, la sequedad y la exfoliación, pueden aparecer en una fase del eczema ó corresponder á una forma de esta afección — *eczema seco, psoriásico, psoriasiforme, psoriasizado*. Estas dificultades y vacilaciones para establecer un diagnóstico directo ó inmediato, se presentan constantemente en la práctica.

A pesar de esa aparente confusión de las dos afecciones en algunas de sus formas, ¿podrá decirse que esas simil-psoriasis y esos simil-eczemas pierden su propia individualidad hasta el punto de representar las «transformaciones» de una especie en otra (1)? De ninguna manera,

(1) Las formas dermatográficas que derivan de la asociación y evolución simultánea de dos procesos morbosos, no constituyen transmutaciones de una especie en otra sino asociaciones ó superposiciones de lesiones. Una especie, cualesquiera que fuese, puede asociarse á otra ó ser destruida por ella, pero la transformación de una en otra no se da en la naturaleza, y si se quiere hablar en un lenguaje verdaderamente científico hay que abandonar esos términos.

El cáncer que se desarrolla sobre una placa de psoriasis no transforma los elementos psoriásicos, sino que los reemplaza por otros. La enfermedad eczematoide de Paget puede desarrollarse sobre un elemento eczemático en apariencia — hasta admitimos en realidad, lo que no pasa de ser la excepción—pero nunca es un *cáncer eczema* ni un *eczema-cáncer*, sino un cáncer que simula más ó menos un eczema, etc.

pues la psoriasis eczematizada continúa siendo una psoriasis y volverá á tomar sus caracteres, así como el eczema liquenizado no se ha convertido en un liquen, sino que ha tomado simplemente su aspecto, no del liquen normal, sino del liquen liquenizado á consecuencia de un proceso irritativo ordinario, propio de varias afecciones distintas.

Esa especie de conflicto eczemato-psoriásico no se detiene en estas dificultades nosológicas; ha venido á complicarse singularmente desde que entró en el cuadro de la dermatología el eczema seborreico de Unna, cuyos procedimientos eruptivos guardan tanta analogía con los de algunas formas psoriásicas, que la expoliación de la psoriasis á expensas del eczema ha sido extraordinariamente fácil. En estado actual, mientras la anatomía patológica y la bacteriología no proporcionen sólidas bases en que fundamentar la distinción, habrá de suspenderse la discusión sobre el fondo de la cuestión y colocarla solamente en los caracteres clínicos, consistentes, no en un fenómeno dermatográfico aislado, sino en el conjunto de los síntomas y de la evolución. Lo expuesto es suficiente para las indicaciones del pronóstico y de la terapéutica.

Antiguamente hubiera podido sostenerse que la prueba terapéutica, es decir, la tolerancia, por una lesión eczematoide, de los agentes de reducción, denotaba su naturaleza psoriásica; pero hoy día es notorio que varias formas de eczema ó diversos eczemas en un período avanzado curan por los antipsoriásicos más conocidos, teniendo por consiguiente este criterio sólo un valor relativo. Ciertamente es, sin embargo, que en la mayoría de los casos, salvo en algunas regiones especiales como la palma de las manos ó la planta de los pies, las orejas, la cara y el glande, la psoriasis se manifiesta claramente con sus caracteres típicos. Nunca las falsas psoriasis, los eczemas psoriasiformes ó psoriasizados son tan tenaces ni recidivan con tanta frecuencia, ni crecen progresivamente con el número de erupciones como se observa en la psoriasis verdadera; y aunque objetivamente su distinción en el acto es á menudo difícil, el análisis clínico sirve casi siempre para establecer su verdadera individualidad. No hay, pues, razón para suprimir la psoriasis, haciendo de ella una forma del eczema.

D. — *Psoriasis y liquen, líquenes, liquenizaciones.* — El liquen verdadero — *L. ruber* ac. y pl., — y los «líquenes» diversos — pseudo-líquenes, liquenizaciones secundarias de origen múltiple — se distinguen fácilmente de la psoriasis cuando esos diversos estados patológicos se presentan en su normalidad. Pero de cada uno de esos estados patológicos y de sus paratipos resulta una numerosa serie de casos ambiguos, de los

cuales, sin embargo, pueden restablecerse casi siempre y con facilidad sus orígenes y naturaleza. En cuanto al liquen verdadero — L. de Wilson — en el que la paraqueratosis es poco acentuada, las dificultades comienzan con sus variedades anulares ó marginadas discretas, ó también con algunos casos, verdaderamente de ardua resolución, del liquen palmar ó plantar, ó por último, con el liquen liquenizado limitado á la parte anterior de las piernas, en forma de placas queratósicas ambiguas, pero nunca comparables típicamente á la psoriasis normal de la región.

Entre los «liquenes», la variedad de prúriga diatésico, tan bien descrita por Vidal y por Brocq con el nombre de liquen simple crónico — neurodermitis crónica circunscrita — se distingue casi siempre fácilmente por la ausencia de descamación propiamente dicha, el estado papuloso, la zona pigmentaria, el prurito paroxístico, etc. No obstante, en las formas solitarias, algunas localizaciones, como por ejemplo, delante de la tibia, en el cuero cabelludo, la apófisis mastoidea, la región olecraniana, el vértice del sacro y la región palmar, pueden hacernos vacilar un momento en el diagnóstico, principalmente cuando las lesiones son antiguas, profundamente liquenizadas y atípicamente descamativas. El tener conocimiento de esas dificultades basta ordinariamente para hacer la diferenciación exacta en virtud de los caracteres actuales y el análisis clínico integral, tal como se hace, por ejemplo, entre una placa de psoriasis inveterada *liquenizada* y un eczema en forma de disco, que han sufrido el mismo proceso secundario, pareciéndose á veces en tal grado que resulta muy difícil, consideradas aisladamente, distinguirlas á primera vista. En esas diversas circunstancias se recordará que la psoriasis discreta es muy rara, y que se observan casi siempre en algún otro punto elementos típicos que permiten establecer su verdadera individualidad.

En ciertos individuos, especialmente los de piel ictiósica, por la acción de los irritantes externos ó de presiones reiteradas, se forman en las rodillas ó delante del tendón rotuliano, en los codos, en el dorso de las articulaciones metacarpofalángicas ó falángicas, etc., liquenizaciones paraqueratósicas que recuerdan á veces bastante las variedades frustradas ó deformes de la psoriasis inveterada. Respecto de las alteraciones descritas por Bazin con el nombre de «psoriasis de causa externa» — artificial, de los devotos (la rodilla), de los amasadores de pan (el dorso de las falanges), etc., — los caracteres siempre incompletos que presentan y su localización especial, serán suficientes para llamar la atención del médico y ponerle en camino del diagnóstico.

E. — *Psoriasis y sifilodermias*. — Todo un capítulo sería conveniente consagrar al estudio ó análisis comparativo de las lesiones psoriási-

cas y de las sífilodermias, estudiándolas por categorías y por regiones anatomotopográficas; pero en este breve resumen pocas palabras bastarán para esclarecer el asunto.

Las sífilodermias que descaman más de lo ordinario y las alteraciones psoriásicas cuya exfoliación es escasa ó desaparece por un momento, se asemejan muchas veces extraordinariamente, y en los establecimientos especiales, como en los hospitales ó clínicas dermatológicas, no es raro observar que un mismo caso sea diagnosticado por un médico de "psoriasis" y por otro de sífilide." ¿Y qué es esto todavía al lado de la confusión reinante entre los médicos que consideran la palabra psoriasis como sinónima de una lesión, no de una enfermedad, y que admiten diversas clases de psoriasis, unas sífilíticas y otras no?

Como consecuencia de lo expuesto añadiremos que, exceptuando los casos en que sea necesario hacer de momento un diagnóstico decisivo y muchas veces basado en un solo elemento, casi siempre será posible, aunque no en todos los casos, formularlo por medio de un atento análisis que comprenda el examen de la totalidad del cuerpo, la cronología de los fenómenos eruptivos con relación á la época de aparición de la sífilis, los resultados de los tratamientos anteriormente seguidos, etc., aun cuando la evolución simultánea y superpuesta de los dos procesos morbosos constituya erupciones asociadas ó complicadas. Por otra parte, las sífilides ordinarias pueden ser modificadas en su aspecto por un proceso intercurrente de paraqueratosis psoriásica determinado por la acción irritativa ó traumática de la lesión específica; esto se observa principalmente en los *puntos* sujetos á *presión*, en las eminencias articulares, precisamente en las regiones en que las mismas condiciones favorecen el desarrollo de la paraqueratosis psoriásica.

Solamente en determinadas regiones es donde se presentan constantemente las dificultades para la diferenciación clínica, siendo á veces insuperables, como, por ejemplo, en las caras palmar y plantar, órganos genitales, puntos de contacto intertriginosos, en los cuales las placas psoriásicas pueden, en un momento dado, confundirse con las placas sífilíticas, etc.

En las regiones palmar y plantar, la diferenciación ha de establecerse, no solamente entre la psoriasis y las sífilides, sí que también entre las demás alteraciones de dicha región, pues en estas partes, como en la lengua, la especialidad anatómica regional es tan acentuada y sus elementos de estructura tan individualizados, que las alteraciones producidas por las causas más diversas pueden confundirse, presentándose con el mismo aspecto el eczema, las dermatitis sudorales artificiales, todas las disquera-

tosís, el liquen y los «líquenes», así como algunas variedades de tricoftosis. Hemos dicho el mismo aspecto, porque ninguno de los caracteres que se han considerado exclusivos de una ú otra de las afecciones indicadas resiste al examen de la observación (1), por lo que será necesario buscar siempre las coincidencias inmediatas ó remotas, las onixoqueratosis para la psoriasis, las lesiones de la lengua para la sífilis, etc., etc., y aun recordando que hasta las coincidencias morbosas pueden ser insuficientes para toda conclusión absoluta.

Es indudable que se observan á veces localizaciones palmares verdaderas en el curso de una psoriasis normal, pero esto es raro y es excepcional que se presente como manifestación única de la psoriasis. Esta rareza se tendrá siempre presente, extendiendo el análisis clínico á todas las afecciones indicadas; no es que haya de negarse la existencia de la psoriasis palmar solitaria, de la que creemos haber referido algunas observaciones positivas, pero fuerza es reconocer su extremada rareza y guardar reserva en una cuestión sobre la que no se ha dicho todavía la última palabra.

En algunos individuos, la localización de los discos psoriásicos en las regiones génito-anales é inguino-crurales determina la producción de epidermitis secundarias rezumantes y fétidas, que pueden momentáneamente engañarnos, creyendo que se trata de placas sifilíticas, equivocación que es más fácil por ser la localización en el glande, debajo del prepucio ó en la región vulvo-anal ya de por sí sospechosa.

El examen histológico, tal como podría practicarse en fragmentos de piel íntegros, no resultaría del todo ineficaz para establecer la verdadera naturaleza de las alteraciones morbosas, pero en este caso se trata de un examen de urgencia, rápido, no presentándose con frecuencia la posibilidad de practicar dicho examen con la debida detención. Si á esto se añade que, para obtener resultados que sean del todo concluyentes y satisfactorios, es preciso disponer de algún tiempo y tener una competencia histológica especial, se comprenderá que la dificultad queda en pie tratándose de la práctica corriente.

Hay más todavía: la prueba terapéutica, que en otro tiempo se consideraba completamente decisiva, ha ido perdiendo su valor desde que nuevos estudios han venido á demostrar que el proceso psoriásico puede modificarse por el yoduro de potasio y que el mercurio obra á veces activamente sobre la congestión epidermodérmica y sobre la paraque-

(1) Véase J. DARIER. — «De la psoriasis palmar á propósito de tres casos de psoriasis atípica localizada en la mano,» y para la discusión, véase BROcq, *Société française de Dermat. et de Syph.*, Abril de 1896.

ratosis de la psoriasis para hacer desaparecer la lesión cutánea. Por último, en algunos casos raros en que los dos procesos coexisten en una misma región, si el tratamiento mercurial no obra más que sobre la neoplasia sífilítica, la prueba puede dejarnos en iguales dudas. Basta lo dicho para que el médico se entere del estado actual de la cuestión y quede informado de las dificultades que pueden presentarse.

F.—*Psoriasis, seborreas, lupus, micodermias*. — Las psoriasis atípica regional, deformada, de la cara, á causa de su secreción sebácea ó sudoral—psoriasis acneica, *seborreica*—pueden simularla algunas formas de seborrea luposa correspondientes al lupus de Cazenave; pero el saber simplemente que es posible que se presente esta dificultad bastará para evitar la confusión por el análisis clínico normal.

Quando se trate del cuero cabelludo, será preciso á veces distinguir la psoriasis de las formas raras de tricofitosis, ó de la seborrea amiantácea, ó también de las formas de la tiña favosa, formas que deberán tenerse presente al proceder á diagnosticar la afección.

IV

**Naturaleza de la psoriasis.—Predisposición
Contagiosidad.—Inoculabilidad.—Herencia.—Teorías
nerviosa, parasitaria, etc.**

Nada más difícil que investigar las causas y la naturaleza de la psoriasis, pues si bien es cierto que la enfermedad es *individual*, que todos los individuos al parecer no tienen aptitud para contraerla ó producirla, y que sus factores son múltiples, ¿cuál es, sin embargo, entre esos diversos factores, el agente patogénico absoluto, sin el cual la enfermedad no se hubiera manifestado, ni aun en los individuos que por la constitución original de su tegumento estarían naturalmente predispuestos?

A.—En el orden jerárquico, ó si se quiere cronológico, aparece ante todo la predisposición (1) representada no metafísica, sino materialmente por un estado especial de la piel, por ejemplo, una paresia constitucional

(1) La predisposición de un individuo para determinadas afecciones se ha demostrado en nuestros días sin dejar lugar á duda, pues se manifiesta del modo más evidente respecto de las enfermedades de naturaleza bacilar, por ejemplo, en la tuberculosis, cuyo bacilo sólo puede ser activo y vivir en individuos predispuestos. En las enfermedades de este género, la gravedad é incurabilidad son extremadas á causa, no del elemento extrínseco, sino del terreno en que se ha implantado, cuya naturaleza sería preciso cambiar para ser estéril á la vida del microbio.

de la red venosa superficial que determina una anormal nutrición del estrátum córneo, lo que facilita su efracción y consiguiente invasión por un elemento extrínseco.

B.—Si se pudiera afirmar de una manera indiscutible la *contagiosidad* ó la *inoculabilidad* de la psoriasis, vendría á admitirse en consecuencia la existencia de un elemento ó factor extrínseco de la enfermedad, pero en ambos casos es difícil juzgar la cuestión. Respecto de la contagiosidad, se cuentan algunas observaciones, pero ni son bastante comprobadas, ni en número suficiente, y en cuanto á los hijos de psoriásicos lo mismo que de leprosos ó de tuberculosos *viviendo con sus padres* que han venido á ser leprosos, tuberculosos y psoriásicos, la discusión queda todavía en pie, pues, ¿quién nos dirá si la causa de su lepra, tuberculosis ó psoriasis ha sido la predisposición heredada, ó la transmisión en la concepción, ó el contagio después del nacimiento?

C.—Idénticas reservas deben mantenerse respecto de la facultad de transmisión de la psoriasis por *inoculación*, pues los experimentos hechos en animales son insuficientes para que aquélla pueda afirmarse (1). En el hombre ó cuando menos en individuos predispuestos por herencia ó estado constitucional, no nos creemos autorizados para intentar tales experimentos. Un distinguido colega intentó resolver la cuestión haciendo el experimento en sí mismo, y no lo consiguió, pues aunque el resultado fuese favorable á la hipótesis, sabido es que en un psoriásico en potencia, predispuesto ó ya declarado, todos los traumatismos—presión prolongada, rascaduras, excoriaciones de toda especie, ventosas escarificadas, tatuajes, vacunaciones, picaduras de sanguijuelas, de mosquitos, toxidermias diversas, etc.,—pueden producir un foco de psoriasis, y éste convertirse en el punto de partida de una psoriasis evolutiva (2).

D.—La herencia como medio de prever los acontecimientos es una base menos obscura: la predisposición del tejido, la vascularidad atáxica y la vulnerabilidad de los epitelios constituyen ciertamente los atributos

(1) Tocante á los experimentos hechos en animales, véase LASSAR, *Berlin. klin. Woch.*, 1895, n.º 47; TOMMASOLI, *Sulla Transmiss. d. Ps. nel coniglio* (*Gaz. de Osp.*, 43, 44, 1886); estos experimentos hasta el presente no demuestran la transmisibilidad de la psoriasis de un hombre á otro.—Consúltase: AUGUSTO DUCREY, *Sulla voluta contagiosita della Psoriasi. Rich. speriment. present. al XII Congresso med. di Pavia*, Septiembre, 1887 (*Giorn. ital. d. Malatt. Ven. e d. pelle*, 1887, p. 328), *Anal. franç. (Ann. de Dermat. et de Syphilis)*, por SIRE-DEY, 2.ª serie, t. IX, págs. 401, 410, 1888, etc.

(2) DESTOR (de Lyon) —Transmisión de la psoriasis por inoculación (*Province médicale*, número del 8 de Junio, y *Lyon médical*, n.º del 18 de Agosto de 1889, y posteriormente la colección del *Lyon médical*. — BOULAY, Naturaleza y tratamiento de la psoriasis, Revista general en la *Gazette des Hôpitaux*, Septiembre de 1889, pág. 1001.

Consúltase G. RIOBLANC, Sobre un caso de psoriasis de la vacuna, *Ann. de Dermat. et de Syph.* 3.ª serie, 1895, pág. 880 y siguientes, y véase más adelante, nota 2, página 296.

propios de la mayoría de los individuos psoriásicos de buen semblante, floreciente, «artríticos», lo cual ha dado lugar á que se designase á la psoriasis como enfermedad de los robustos. En este mismo orden de ideas se recordará la frecuente coincidencia de la obesidad y de la glucosuria con la psoriasis, confirmando una vez más las relaciones de esta enfermedad con el estado constitucional, la diátesis, etc. (1). Sea de ello lo que fuere, los trastornos vasculares y epiteliales que respecto de la lesión constituirían el intermediario obligado, el elemento inmediato, podrían ser primitivos, y para tener de ello una noción menos vaga, sería preciso profundizar algo más la cuestión, buscando, por nuevas observaciones convenientemente dirigidas, lo que hay de cierto sobre el papel que en la formación de las anomalías del tejido desempeña el sistema nervioso central y los centros epidermotróficos.

E.—Las teorías nerviosa y neurotóxica de la psoriasis han tomado incremento desde que nosotros con nuestros alumnos creamos una forma neurotrófica de la psoriasis, á la que, atendiendo á la lesión capital, designamos con el nombre de psoriasis artropática, pero comprendiendo además las melalgias, mialgias, neuralgias, disonicotrofias, etc. (2). La serie sintomática de estas formas es principalmente hiperalgésica y distrófica; las disestesias vienen en segundo término, si bien se observa con bastante frecuencia en el centro de los elementos de psoriasis centrífuga una analgesia más ó menos profunda, lo cual, observado probablemente de antiguo y aproximándose á la disposición excéntrica del tipo eruptivo, constituye quizá una de las causas que han contribuido á denominar «lepra» á las variedades circinadas de la psoriasis (3).

(1) La herencia en la psoriasis, sea paterna ó materna, no es dudosa; pero no se presenta de un modo constante y necesariamente; no todos los hijos de psoriásicos se convierten en psoriásicos, y dentro de una familia uno solo puede verse atacado de la enfermedad, quedando los demás indemnes.

Cuando la herencia se manifiesta, su mecanismo no es ciertamente sencillo, pues supone principalmente la transmisión, por constitución, de una disposición material — predisposición — que pone al individuo en condiciones de sufrir la acción de un agente exterior. En los niños que nacen con esta *predisposición*, ¿se desarrolla la enfermedad en virtud de una transmisión que puede atribuirse á la vida en común? Este es un punto que las nuevas investigaciones que se hagan en este sentido podrán contribuir á esclarecer. De todas maneras hasta que se disponga de pruebas, será prudente tomar con los niños algunas medidas de protección encaminadas á modificar la nutrición de la epidermodermis, restituyendo á la red venosa la tonicidad que le falta. Por último, se protegerán de un modo eficaz contra las exfoliaciones psoriásicas de los padres, los que también deberán ser tratados activamente.

(2) Véase CH. BOURDILLON, Psoriasis y artropatías, *Thèse de Paris*, 1888. Consúltese BRISSAUD, Teoría nerviosa de la psoriasis, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n.º 9, 1.º de Marzo de 1889, pág. 134, y COFFIN, Estudio de la patogenia de la psoriasis, *Ibid.*, n.º 32, 12 Agosto de 1893, pág. 374, y más adelante pág. 350.

(3) Véase H. RENDU, Investigaciones acerca las alteraciones de la sensibilidad de la piel, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1.ª serie, t. V y VI, 1873-74.—L. JACQUET y LIEFERING,

En el terreno patogénico, las relaciones nerviosas de la psoriasis es un hecho positivo, pues ningún observador puede desconocer el papel que desempeñan los traumatismos ó los trastornos morales, ya en su primera aparición, ya en el retorno de los paroxismos; y por más contingente que sea el proceso patogénico de esos fenómenos, el hecho es constante, faltando solamente que la fisiopatología dé la explicación. Tampoco cabe negar las relaciones evidentes que la psoriasis presenta á veces con un distrito nervioso determinado (1).

Por último, la observación continuada por largos años de los enfermos psoriásicos, siguiéndoles hasta el término de su existencia, al permitirnos estudiar atentamente el desarrollo de las formas graves, irritables, malignas, notar las coincidencias ó las alternancias morbosas y ver evolucionar las mialgias, las neuralgias, las artropatías, etc., nos obliga á considerar como verdaderas las relaciones de la psoriasis con un estado patológico del sistema nervioso. Desde el advenimiento de la época bacteriana, este estado patológico no puede ya considerarse como esencial, ni como *primitivo*, más bien parece corresponder al género de las neurotoxinias (2).

F.—Sin embargo, faltando el verdadero elemento demostrativo ó sea el microbio patógeno, es muy difícil disertar sobre la naturaleza bacteriana de la psoriasis ó mejor sobre el papel que desempeña una bacteria en la producción, é incesantes recaídas ó recidivas de dicha enfermedad; y á pesar del considerable número de trabajos que se han hecho en este

Lesiones medulares en la psoriasis artropática, en el *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 9 Enero de 1896.—REBBREYEND y LOMBARD, Psoriasis y zona, *Progrès médical*, 3.^a serie, t. IV, n.º 49, pág. 429, Diciembre de 1896.

(1) G. THIBIERGE, Un caso de psoriasis con localización predominante en el territorio del nervio safeno interno izquierdo, etc. *Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, París, 1893, pág. 479. — Consúltase MARTIN KUZNITZKY, *Psor. unilat. u. die Theor. u. Aetiol. d. Psor.*, *Monat. f. prakt. Dermat.*, tomo XXIII, 1896; y KUTZNITZKY, KÖBNER, WOLTERS, UNNA, NEISSER, KROMAYER.—*Cong. d. méd. all., Francfort-s.-M.*, 22 septiembre 1896; *Arch. f. Dermat. u. S.*, t. XXVII, pág. 266; *Anal. franç.*, por DOYON. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, Enero 1897.

(2) Véase BERNAY y PIÉRY.—*Presse médicale*, 1896, págs. 521 á 525.

«1.º En los momentos actuales es todavía temerario pronunciarse en favor de una ú otra de las teorías nerviosa ó parasitaria de la psoriasis;

2.º La teoría parasitaria parece, no obstante, contar en su activo un número más considerable de argumentos, dando además la solución de casos que la teoría nerviosa no puede explicar;

3.º El agente patógeno de la psoriasis no ha de buscarse en la superficie de la pápulo-escama, sino más bien en la sangre de los individuos afectos;

4.º La psoriasis parece ser, en efecto, una infección microbiana general, cuya única manifestación clínica ordinaria es la erupción pápulo-escamosa más ó menos generalizada ó limitada á los puntos de elección, la cual, sin embargo, puede á veces complicarse de dolores articulares ó de una serie de síntomas nerviosos debidos probablemente á la acción ejercida sobre los nervios periféricos ó el eje cerebro-espinal por el agente patógeno por sí mismo ó por las sustancias tóxicas que puede segregar.»

sentido desde más de veinte años atrás (1), hasta las últimas investigaciones del profesor de Hamburgo, no se ha precisado nada todavía. La *Lepocolla repens*, así como el *epidermofiton* han caducado, y el *morococo* está todavía en primera instancia. Unna, consultado por nosotros al tiempo de escribir estas líneas, declaró que encontraba el morococo en los casos de psoriasis en evolución progresiva, pero en tan pequeña cantidad, que sólo se ponía de manifiesto en los *cultivos* de escamas, ó en las escamas conservadas en gelosa durante veinticuatro horas, como se obtiene también con las escamas de los eczemas muy secos. La bacteriología, pues, no se halla en condiciones de establecer la línea de separación precisa entre la psoriasis y el eczema. Lo que caracterizaría el tipo psoriásico sería una condición individual, problemática, de debilidad de la red capilar venosa coincidiendo con un aumento de resistencia de la epidermis (Unna).

G. — Aunque la no contagiosidad de la psoriasis se hubiese demostrado y establecido, no podría servir de argumento contra las teorías bacterianas. En efecto, el parasitismo de una enfermedad no implica necesariamente la contagiosidad *de sus lesiones*, y la dificultad de encontrar una bacteria patógena es menor que la que ofrece la investigación de su manera especial de implantarse ó de transmitirse. El estado refractario del individuo sólo indica la falta de predisposición, mientras que la perennidad de la enfermedad confirma la suposición de su naturaleza parasitaria. Una vez los microorganismos han invadido el ser vivo y se han ya instalado, proliferado y germinado en el mismo, por más que se destruyan en crecido número merced al tratamiento mecánico ó químico, siempre quedan los suficientes para desarrollarse y multiplicarse, produciendo las recidivas y las recaídas. En resumidos términos, el parasitismo de la psoriasis es verosímil; pero, para que quede perfectamente demostrado, falta encontrar el elemento esencial, la bacteria, y sin embargo, casi todos estamos de acuer-

(1) DEVERGIE ha dicho á propósito de la «psoriasis herpetiforme»: «Añadamos que, en esta afección, puede presentarse el mismo síntoma que en la especie ordinaria, es decir, el desarrollo del tricofton ú hongo», etc., pág. 473, París, 1857. Hasta LANG, sin embargo, la cuestión no toma un desarrollo científico. He aquí indicados los autores de la primera serie: ED. LANG, *Versuch. u. Beurtheilung d. Schuppenfl. n. i. klin. Charact.*, Viert. f. Derm. u. Syph., 1878, pág. 433; Verl. Mitth. v. e. neuen Untersuchungsergeb. b. Psoriasis, 1879, *ibid.*, pág. 250; Ueb. Behandl. der Ps., 1880, *ibid.*, pág. 473, Resum. in Collect. de Volkmann, klin. Vortr. n.º 208, y Congreso de Copenhague, 1884 — y en las investigaciones de FR. EKLUND, Contribución al estudio del «*Lepocolla repens*», el hongo elemental de la Psoriasis, en los *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2.ª serie, t. IV, 1883, pág. 196; — de A. WOLFF, *Zur Etiologie der Psoriasis*, Viert. f. Derm. u. Syph., 1884, y Congreso de Copenhague, anal. franc., en los *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2.ª serie, tomo V, 1884, pág. 697, y t. VI, 1885, pág. 305. — BARUCHELLO, *La fase desquamativa maligna della psoriasis*, con due tavole (*Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma*, Octubre, 1896.)

do con el sabio Neisser, quien, después de haber hecho constar esta falta de pruebas, concluye: «¡Y aun así la psoriasis es una dermatomycosis! (añadiendo): esta noción es la que debe guiar el tratamiento, y sólo perseverando por este camino se conseguirá el progreso de la ciencia.»

En la práctica, se obrará siempre con prudencia considerando la transmisión como factible, y por esto se continuará el tratamiento hasta que hayan desaparecido por completo todas las lesiones. Al mismo tiempo, en las familias de psoriásicos, como ya lo hemos indicado, constituye una regla de prudencia elemental el evitar los contactos inútiles entre padres é hijos, cuando de estos últimos se sospecha que tengan predisposición constitucional.

Con esto hemos terminado el bosquejo de esa parte tan interesante de la cuestión de la psoriasis, la que no nos es posible exponer con mayor detenimiento, limitándonos á llamar la atención acerca la necesidad de emprender nuevos estudios referentes á la urología de la psoriasis, y su hematoquimia, así como sobre su histohematología (1).

II

TRATAMIENTO INTERNO DE LA PSORIASIS

I. Indicaciones generales y medicaciones comunes.—II. Medicaciones especiales: Arsénico. Salicilatos de sosa y de fenol. Tártaro estibiado.—Digital. Ergotina. Estricnina.—Copaiba. Sándalo. Alquitrán, etc. Acido fénico. Fósforo, etc.—Mercurio. Yoduro de potasio.—Opoterapia.

I

Indicaciones generales y medicaciones comunes

A.—Al tratamiento interno de la psoriasis nuestros antepasados le atribuyeron una importancia excesiva á pesar de que eran muchos menos los recursos terapéuticos de que podían disponer; mas hoy día, por el contrario, ha sido injustamente despreciado por algunos autores. Conviene,

(1) Según se desprende de las investigaciones de CANON, *Deutsch. med. Wochens.*, 1892, pág. 206, como también de las de LEREDDE practicadas por nuestra indicación, existe en los psoriásicos un aumento *ligero* y no constante de los *eosinófilos*. Son raros los psoriásicos que presentan una eosinofilia verdaderamente patológica, es decir, de más de un 4 ó 5 por 100, y en estos casos puede depender de causas distintas de la psoriasis, especialmente en diversos estados patológicos coexistentes, circunstancia ésta que deberá siempre precisarse al hacer esa clase de investigaciones.

pues, poner las cosas en su verdadero lugar, precisando su valor al tenor de los actuales conocimientos y de nuestros medios de acción.

B.—De ordinario, la erupción de psoriasis cura, como es sabido, con sólo el tratamiento externo, sin acudir al régimen y á la medicación interna; á pesar de esto no puede negarse que, en la mayoría de los casos si no en todos, la higiene, el régimen y una medicación interna ejercen una acción positiva sobre el curso, la duración, la intensidad y la recidiva de los paroxismos eruptivos. Por el contrario, puede obtenerse á veces la delitescencia de una erupción de psoriasis simplemente por la intervención interna; pero en estos casos la asociación de la medicación externa será siempre un gran recurso, no tan sólo para acelerar la curación del estado actual, si que también para alejar todo lo posible las recidivas, afirmando por nuestra parte que en todas las fases de la psoriasis, especialmente en sus comienzos y en los paroxismos, la higiene general y el régimen adecuado son de la mayor importancia.

A ningún psoriásico le conviene una alimentación excesivamente animal (1), como tampoco los alimentos tóxicos, las salazones, el alcohol, etc., y si se abrigara alguna duda sobre este particular, bastaría tratar dos casos de psoriasis sensiblemente iguales, ó dos ataques iguales de psoriasis en un mismo individuo, uno sin régimen y con dieta animal y el otro con dieta vegetal absoluta ó poco menos, y el convencimiento sería rápido. El mismo ensayo cabría hacer entre dos enfermos que se trataran, uno con los agentes terapéuticos externos solamente, prescindiendo del régimen, y el otro aplicando al mismo tiempo el régimen, la higiene, la medicación interna apropiada y la serie oportuna de las aplicaciones externas. En una enfermedad tan extraordinariamente rebelde como la

(1) En un notable estudio dermatoterápico (*Clinical notes on Psoriasis with especial reference to its prognosis and treatment. Transactions of the Medical Society of the State of New-York, 1896*), L. DUNCAN BULKLEY, después de haber demostrado que es preciso tratar la psoriasis médicamente y no de un modo empírico, determina con GARROD y THOMAS WATSON el papel de la diátesis ácida, insistiendo en los perjudiciales resultados del abuso de una alimentación animal y en la favorable acción del régimen vegetal.

«Excessive meat-eating will also increase the disease, which, however, will frequently improve with much greater rapidity, under the same treatment as before, when the quantity of meat taken is greatly lessened, or when it is entirely cut off. I have a considerable number of psoriatic patients who have taken no meat, or only a very little fish and white meat of poultry, with the result of being free from the eruption for a long period of time. Fatty matter however, if properly digested, will aid in removing the diseased state.»

Consúltese un importante trabajo de JAMES C. WHITE, intitulado: *What. Effect do Diet and alcohol have upon the Causation and Course of the Eczematous Affections and Psoriasis*, seguido de una discusión en la que tomaron parte FORDYCE, JACKSON, DUHRING, DYER, MORROW, ALLEN, ROBINSON.—*American Dermatological Association, Twentieth annual Meeting, held at Hot. Springs, Virginia, Septiembre, 8, 9, y 10, 1896, in Journal of cut. and gen. ur Diseases*, vol. XIV, Noviembre 1896.

psoriasis, sería poco lógico privar al paciente de la totalidad y del conjunto coordinado de los agentes terapéuticos que pueden asociarse. Independientemente de la serie de experimentos que son necesarios para fijar el valor de cualquiera de esos agentes ó medicaciones en particular, el eclecticismo terapéutico es de regla.

C. — Ciertó que no todos los psoriásicos, ni todas las razas de psoriásicos, sienten por igual las reacciones alimenticias medicamentosas ó de otra clase; pero la diferencia estriba únicamente en el grado, y aunque se cuenten algunas excepciones ó casos extraordinarios, no alteran en lo más mínimo la regla general. En todos los países, el máximum de reacción corresponde á aquellos cuya circulación cutánea en general sufre la influencia del régimen y de los tóxicos diversos, y especialmente á los que, á despecho de la discusión sostenida á propósito de las palabras, continuamos designando con el nombre de artríticos, es decir, los diaté-sicos congestivos de epitelio y endotelio frágiles y de emunctorios insuficientes.

D. — Los principios de terapéutica general que expusimos al tratar de los eczematosos (véanse págs. 82 á 86) pueden aplicarse á todos los psoriásicos, determinando, además, en cada uno de ellos, su estado diaté-sico, el balance patológico pasado y presente, el *coeficiente nervioso*, las insuficiencias urinarias, etc., para encontrar en las fuentes naturales las indicaciones de la terapéutica, de la dietética y de la higiene *apropiadas á cada psoriásico en particular*. Para tratar, pues, del mejor modo á los psoriásicos, no basta tener un conocimiento exacto de la terapéutica especial y del manejo de los agentes de la medicación local, sino que es preciso proceder científicamente, dirigiendo no solamente la cura externa de los psoriásicos, sí que también todo lo concerniente á su salud general y á la higiene de cada uno de ellos. El análisis de la orina, bueno es repetirlo, es de rigor, no sólo para la investigación ordinaria del azúcar y de la albúmina, sino para precisar los trastornos urinarios y rectificar los *coeficientes*; la ataxia urinaria es común en la psoriasis, la hiperazouria, la hipoazouria, etc., especialmente en las fases de actividad de las lesiones.

E. — La diátesis congestiva, muy frecuente en la psoriasis constitucional, debe ser tratada por la serie alcalina y litinada y los agentes eliminadores, obteniéndose en muchos enfermos buenos resultados con las aguas de *Vichy* y de *Carlsbad*, etc., *Vittel*, *Eviun*, *Contrexéville*, etc.

F. — En todos los enfermos y en todos los países, el régimen general y la dieta láctea que convienen á las dermatitis generalizadas, se aplican á las fases agudas de la psoriasis exantemática y á todas las eritroder-

matitis psoriásicas localizadas ó generalizadas que van acompañadas de elevación de la temperatura y de reacción febril.

G.—Por el papel innegable que en el proceso psoriásico desempeña el sistema nervioso, y por los fenómenos neuropáticos que se observan en muchos psoriásicos, están indicados muchas veces la valeriana, el bromuro de potasio, etc., los que podrán administrarse solos ó asociados con otros medicamentos; salvo en algunos individuos que tienen una intolerancia especial para los bromuros, éstos son generalmente bien tolerados por los psoriásicos.

II

Medicaciones especiales

Arsénico. — Salicilatos de sosa y de fenol. — Tártaro estibiado, digital, ergotina, estricnina. — Copaiba, sándalo, alquitrán, fenol, fósforo. — Mercurio, yoduro potásico. — Opoterapia.

A.—ARSÉNICO

1.º Los resultados que se obtienen con la administración del arsénico en los psoriásicos, son quizás todavía más desiguales que en los eczematosos y, como ya de mucho tiempo lo llevo indicado, el tratamiento de la psoriasis por el arsénico *no es* lo que varios de nuestros predecesores pregonaban. Las exageraciones de algunos profesores (1) acerca de este

(1) Es de justicia declarar que esas exageraciones solamente pueden achacarse á algunos, y DEVERGIE, de un modo especial, ha dado las indicaciones con notable precisión: «Todas las medicaciones internas que obran sobre la psoriasis, dice este autor (*Traité* citado, pág. 479), vienen en cierto modo á atacar la salud general del individuo, y de ahí la necesidad de no administrarlas sino cuando la constitución del enfermo y el estado de sus órganos lo permitan:

«Cuando las preparaciones arsenicales han sido empleadas á una dosis suficiente y durante un tiempo bastante largo para consolidar una curación de psoriasis obtenida por este medio y la psoriasis ha recidivado en muy poco tiempo, es inútil recurrir otra vez al uso de esas preparaciones. Es muy dudoso que pueda conseguirse la curación definitiva de un enfermo de psoriasis que ha presentado numerosas recidivas, aun cuando no se hayan empleado las preparaciones arsenicales. En toda psoriasis inveterada debe proscribirse el empleo de las preparaciones arsenicales. La condición esencial para emplear estas preparaciones es tener en buen estado el estómago, los intestinos y el pecho. Es raro que un individuo predispuesto á la diarrea, ó que esté acostumbrado á defecar con frecuencia, tolere las dosis de arsénico suficientes y durante un tiempo bastante largo para obtener por este medio una curación duradera y menos la desaparición completa de su afección. Hay que temer el empleo del arsénico en los sujetos atacados de catarros crónicos del pecho, ó de asma, y con mayor razón si se trata de un individuo joven, de dimensiones torácicas reducidas y de miembros raquíticos, en los que pueda sospecharse la posibilidad de un desarrollo de tubérculos. Existen, por el contrario, individuos que toleran perfectamente el arsénico, y al parecer las mujeres toleran notoriamente más el arsénico que los hombres.»

punto han inducido á error á una gran parte de los médicos de nuestros días, que administran el arsénico, considerándolo una panacea, no solamente en el tratamiento de la psoriasis, si que también en casi la totalidad de las afecciones cutáneas, lo que constituye un error capital en medicina.

2.º Por lo que se refiere especialmente á la psoriasis, basta presentarse en el hospital Saint-Louis, interrogar á los antiguos psoriásicos que desde muchos años vuelven periódicamente, cada cinco ó seis meses, á nuestras salas, é investigando el tratamiento á que se les ha sometido, se verá que casi todos ellos, durante años, han sido tratados por el arsénico (1).

No quiere esto decir, sin embargo, que el arsénico no obre nunca en la psoriasis, ni que, bajo la acción de dosis suficientes, no pueda sufrir una delitescencia análoga á la que producen en su evolución todas las alteraciones graves de la nutrición, lo que á veces tiene lugar, como veremos luego, por efecto de las medicaciones mercurial, yodurada y tiroidea. Lo que quiere esto significar es que los psoriásicos *buenos para el arsénico*,—los que toleran las dosis más elevadas y prolongadas de este medicamento,—no son la mayoría; que en algunos el arsenicismo más extremado no extingue la psoriasis (2); que aun en los que toleran

(1) Según se desprende de las numerosas observaciones de VIDAL, de BROcq y de nuestra propia experiencia, la dosis máxima de arsénico (arseniato de sosa) que toleran los psoriásicos es de 3 á 4 centigramos por día; mayor tolerancia no se presenta sino excepcionalmente y su demostración exigiría observaciones *del todo precisas*, en las que deberían tomarse todas las precauciones para evitar cualquier error de interpretación. Los casos que nos sirven de base para nuestra afirmación estén suficientemente garantizados, pues han sido tomados de individuos tratados en hospitales y el medicamento era administrado á dosis rigurosamente exactas. Nunca, lo repetiremos, ninguno de los psoriásicos puestos bajo nuestro cuidado ha podido tolerar esta dosis más allá de una ó dos semanas sin presentar síntomas sobrado evidentes de caquexia arsenical; nos referimos á los psoriásicos y á individuos de nuestro país.

En unas preliminares investigaciones de mucho interés sobre algunas preparaciones arsenicales y acerca de su empleo en dermatología (*Bulletin de la Société française de Dermatologie*, n.º 81, pág. 415, 11 Junio de 1896), nuestro sabio colega y amigo DANLOS ha procurado saturar el organismo de arsénico, sin accidentes, por medio de otras fórmulas farmacéuticas y empleando agentes *menos irritantes y menos tóxicos* que el ácido arsenioso y el arseniato de sosa. Las primeras preparaciones á que ha recurrido son: a) el arsénico metaloideo, b) el sulfuro de arsénico, c) el ácido cacodílico ó ácido arsénico dimetilado. Este último medicamento ha sido administrado por la vía gástrica y en inyecciones subcutáneas. Los médicos que quieran repetir estos medicamentos será completamente indispensable que estudien el propio texto del autor. Los primeros ensayos de DANLOS son muy interesantes; pero en materia tan delicada es preciso esperar algún tiempo para juzgar de su valor curativo, siendo necesario principalmente que mientras se aplican los nuevos tratamientos no se emplee ninguna medicación externa, y que se recojan con el mayor cuidado las observaciones para que sean completas y precisas.

Por último, en la apreciación total de los resultados de los ensayos habrá que determinar la acción de la medicación no solamente sobre una erupción de psoriasis, si que también sobre las recidivas, es decir, sobre la enfermedad propiamente dicha.

(2) En nuestra clínica, hasta estos últimos tiempos, hemos tenido de ello un ejemplo repetido, pues tratábase de un hombre psoriásico á quien antiguamente llevamos, á petición

las medicaciones intensivas, se dan pocos casos de que se consiga una verdadera curación, y que en definitiva estaríamos bastante desarmados enfrente de la psoriasis si para tratarla no se dispusiera de otra medicación que la arsenical.

3.º La indicación del arsénico en la psoriasis es regularmente individual, contingente y episódica:

a) *Individual*.—Su empleo en proporción suficiente para obrar *por sí solo*, es decir, intensivo y prolongado, supone siempre la tolerancia del enfermo para el medicamento, tolerancia cutánea (1), gastrointestinal (2), cardíaca, etc., pues en cada una de esas series son en gran número los psoriásicos que no toleran el medicamento. b) *Contingente*.—Hasta en los individuos tolerantes la psoriasis, sea como lesión ó como enfermedad, no sufre necesariamente la acción del arsénico; se dan casos de las dos maneras (3). c) *Episódica*.—En el curso de una afección que de ordinario acompaña al enfermo durante toda su vida ó gran parte de ella, la medicación arsenical muy raras veces es la más importante, pues casi siempre viene á desempeñar un papel incidental en el decurso cíclico, cumpliendo una indicación parcial, momentánea, coadyuvante, complementaria; por ejemplo, á título queratoplástico.

4.º En general el arsénico está contraindicado en el artritisismo florido, la «piel congestiva», el «corazón irritable», afecciones del estómago

suya, hasta los límites más extremados de la caquexia arsenical, y tan pronto como la medicación se suspendía, restableciéndose consiguientemente la salud general, la psoriasis volvía á ser florida. En la actualidad, el pobre enfermo presenta una de las formas más crueles de la *infección psoriásica*: psoriasis artropática, con abolición de los reflejos tendinosos y anquilosis en vías de generalización.

(1) En algunos individuos (véase anteriormente, pág. 94 y siguientes), el arsénico provoca diversas lesiones cutáneas, como queratosis simples ó psoriásicas, foliculitis, etc., y en un psoriásico en potencia con intolerancia idiosincrásica, parece que puede llegar á determinar un brote psoriásico, y esto con bastante frecuencia. Algunos meses después de su primera presentación á la Sociedad de Ciencias médicas de Lyon, el doctor D....., que se había «inoculado» la psoriasis, «se presentó de nuevo á la misma Sociedad. Curado del brote que le apareció consecutivamente á su ensayo, quiso comprobar en sí mismo la acción del arsénico, á cuyo fin tomó este medicamento, viendo cómo, *bajo su influencia*, se le desarrollaba una *erupción psoriásica* en un todo semejante á la que se le manifestó después de su inoculación.» G. RIOBLANC. — *Sur un cas de psoriasis vaccinal*, véase anteriormente, pág. 43.

(2) En determinados casos y en cierto modo cabría salvar esta dificultad por medio de las inyecciones hipodérmicas de solución arsenical (véase anteriormente, pág. 98); pero la acción irritante sobre el tubo digestivo se produce en algunos individuos de la misma manera como tiene lugar con bastante frecuencia la acción purgante de los calomelanos inyectándolos debajo de la piel. Por otra parte, la necesidad de repetir por mucho tiempo y cada día las inyecciones de arsénico da por resultado que este método sea poco aplicable en la práctica general. Además, si es aplicable para obtener la curación de un brote de psoriasis, no lo es para tratar una enfermedad que siempre va recidivando.

(3) El valor profiláctico propiamente dicho del arsénico administrado sólo es problemático; parece, sin embargo, que, al menos para un cierto número de casos, la medicación arsenical asociada á la medicación tópica hace más completa la curación del acceso y por consiguiente la intermitencia más prolongada.

ó del intestino, y cuando *la piel* del individuo es intolerante para este medicamento.

5.º Las formas medicamentosas, las fórmulas y las dosis de la medicación arsenical aplicables á la psoriasis son las mismas que expusimos al tratar del eczema (véase anteriormente, págs. 96 á 98).

6.º Lo mismo en el manantial que fuera de él, el agua arsenical de *la Bourboule* puede utilizarse según la tolerancia de cada individuo pura, ó mejor, en los sujetos que toleran la leche, mezclada con leche caliente azucarada; algunos prefieren tomarla en las comidas, mezclada con vino, á dosis, como se comprende, limitadas. En la Bourboule se comienza por el agua de la fuente Choussy-Perrière á la dosis de un vaso diario hasta llegar sucesivamente á la dosis máxima de tres vasos, que se continúa durante ocho días si el estómago lo tolera, volviendo después gradualmente al vaso diario al finalizar la cura termal. La tolerancia se obtiene por el fraccionamiento de las dosis y el momento de la ingestión, tomando el agua en dos ó tres veces poco antes de las comidas.

B. — SALICILATOS DE SOSA Y DE FENOL

1.º El valor antipsoriásico que se atribuye por algunos autores al *salicilato de sosa* no hemos podido comprobarlo, y hasta diremos que su acción en las artropatías de la psoriasis nos ha parecido siempre nula ó dudosa. Esto sentado, añadiremos que el salicilato de sosa, lo mismo que el bicarbonato de sosa, puede estar indicado en los artríticos, que se cuentan en gran número entre los enfermos afectos de psoriasis, como agente de las medicaciones comunes.

2.º El *salicilato de fenol* (salol) ha sido recomendado por Quinquaud á la dosis de 2 á 6 gramos por día, para moderar el proceso cutáneo en los casos de psoriasis irritable, de psoriasis aguda ó de psoriasis irritada.

C. — TÁRTARO ESTIBIADO

1.º Devergie empleaba el *tártaro estibiado* en la psoriasis rebelde á la medicación arsenical en los individuos fuertes, bien constituidos y que estaban exentos de cualquier afección intestinal ó de susceptibilidad del tubo digestivo (1), reconociendo, sin embargo, que el método antimo-

(1) «Todas las mañanas, dice DEVERGIE (*Traité* citado, pág. 140), el enfermo toma 25 miligramos de tártaro estibiado con 2 gramos de crémor tártaro entre dos confituras,

nial «daba pocos resultados» y en realidad no ha tenido imitadores. Los individuos, en los que cabría aplicarlo, en las condiciones en que aquel autor lo ponía en práctica, son por otra parte bastante raros, y solamente algunos psoriásicos floridos, de piel irritable, que no toleran las medicaciones externas activas y resultan perjudicados con el arsénico administrado al interior, ó afectos de eritrodermatitis — psoriasis eritrodermatizada — podrían presentar esta indicación.

2.º Malcolm Morris (1), declara que el antimonio es *muy útil* en las formas *agudas* de psoriasis, en los casos en que los síntomas subjetivos son muy pronunciados; emplea el *vino de antimonio* á la dosis de V á X mínimos tres veces al día.

Este sería ciertamente el procedimiento preferible, el más fácil de regular y de adaptar al estado de cada individuo, y el que convendría á los casos que hemos especificado. — Para la aplicación de la medicación antimonial, farmacología, dosis y manera de emplearla, véase anteriormente, págs. 87 y 88.

Resumiendo, pues, diremos que la medicación antimonial será aplicable en casos excepcionales; pero es digna de ser conservada en el cuadro terapéutico para ciertos casos especiales, bien precisados, de psoriasis exantemática complicada, aguda, irritable, y para ciertas eritrodermatitis psoriásicas.

D.—DIGITAL.—ERGOTINA.—ESTRICNINA

Teóricamente, la digital, la ergotina y la estriknina obran por naturaleza sobre las angiectasias ó angioparesias que forman parte integrante del estado psoriásico, y predisponen esta dermatosis á los individuos que las presentan, ya constitucionalmente, ya accidentalmente, por acción local ó por trastorno nervioso general.

La *digital* se empleará únicamente cuando lo reclame el estado de la circulación ó para rectificar algún trastorno cardiovascular ya constituido.

La *ergotina*, obrando sobre el elemento vascular de la psoriasis, responde poco á las esperanzas que nos sugestiona la teoría.

bebiendo al mismo tiempo un poco de agua. Esta medicación provoca á menudo en los primeros días algunas náuseas, pero se establece generalmente pronto la tolerancia en el sentido de desaparecer los vómitos; es raro, sin embargo, que el enfermo no sienta la necesidad de defecar una ó dos veces al día, lo que demuestra que el medicamento es poco absorbido. Esta preparación se toma también por largo tiempo como el arsénico, es decir, durante dos ó tres meses y algunas veces cura la enfermedad habiendo el arsénico resultado impotente.»

(1) MALCOLM MORRIS. — *Diseases of the Skin*, 1893, pág. 283.

La *estricnina*, cuyas indicaciones generales son muy numerosas, se adapta mejor al *complexus terapéutico* de cierto número de casos de psoriasis, y se asocia con buenos resultados á una medicación arsenical de regular dosificación.

E.—ALQUITRÁN.—COPAIBA.—ÁCIDO FÉNICO.—FÓSFORO, ETC.

Todos estos medicamentos, administrados á dosis suficientes, ejercen cierta influencia sobre la psoriasis, y su estudio, convenientemente verificado por nosotros y en las condiciones necesarias, nos permite afirmar que no constituyen más que agentes de excepción, aplicables solamente en determinados casos en que el enfermo tenga el tubo digestivo y los riñones en perfecta normalidad.

Especialmente por lo que hace referencia al *fósforo*, interrumpimos rápidamente la serie de investigaciones que habíamos emprendido por los graves trastornos que producía — cistitis intensa en un caso, eritema ampolloso en otro — sin beneficio marcado para la psoriasis.

F.—MERCURIO

1.º La facilidad con que se confunden la psoriasis y diversas sífilides hizo sospechar de antiguo que el *mercurio* curaba la psoriasis; no obstante, la frecuencia con que se sucedían los fracasos—por ser muy comunes los casos de psoriasis verdadera—impidió que este agente medicamentoso alcanzara nunca gran predicamento en la terapéutica general de la psoriasis. Por otra parte, los observadores no dejaron de advertir, que los psoriásicos *convertidos* en sífilíticos y curados de los accidentes sífilíticos por el mercurio, continuaban tan psoriásicos como antes, y hasta muchas veces se acentuaba esta última enfermedad. Observóse, por último, con tanta frecuencia que á las sífilodermias curadas por el mercurio sucedía localmente una primera aparición de psoriasis, ó que tenían lugar nuevos brotes en un antiguo psoriásico, que á nadie podía ocurrírsele tratar la psoriasis por el mercurio, lo que expresaba Bazin ontológicamente diciendo que «la sífilis *despierta* el dartro». Conviene añadir, además, que hasta en los países en que la psoriasis ha sido considerada como una heredosifilosis ó una parasifilosis — lo que es un error fundamental — nunca se instituyó sistemáticamente la mercurialización y sobre todo no se aplicó jamás en las dosis necesarias para obtener la

impregnación hidrargírica y por ello poder juzgar realmente de su acción positiva (1).

2.º Pero si en un psoriásico se elevan las dosis de mercurio soluble administrado al interior,— licor de van Swieten preferentemente — hasta el límite de la tolerancia de la boca, encías y del tubo digestivo, tomando desde luego todas las precauciones indispensables, ó bien si se emplean las inyecciones de mercurio insoluble á las dosis en que obran eficazmente sobre las sífilodermias rebeldes, se observa claramente en algunos individuos que el proceso psoriásico se detiene, desapareciendo á veces completamente los elementos eruptivos de toda la superficie del cuerpo. Esto, sin embargo, no deja de ser una excepción beneficiosa, pues al lado de estos casos existen otros muchos en los que el tratamiento no puede llevarse á las dosis necesarias ó aun las dosis elevadas fracasan completamente.

Por último, en los casos en que se obtienen buenos resultados y cuya evolución puede seguirse por largo tiempo, la recidiva es la regla general (2).

(1) No se puede comprender dentro de la mercurialización pura el tratamiento de la psoriasis por el *licor de Donovan*, — mercurio, arsénico, yodo, — preparación *miata* al más alto grado. La fórmula de DONOVAN era la siguiente: Arsénico, 0,08; mercurio, 14,82; yodo, 47 y alcohol, c. s.; agua destilada, 226. Esta fórmula fué modificada por FERRARI y la única preparación que se usa hoy día lleva el nombre de licor de DONOVAN-FERRARI. Su fórmula es:

Yoduro de arsénico.	0 gr. 20
Agua destilada.	120 gramos
Biyoduro de mercurio.	0 gr. 40
Yoduro de potasio.	4 gramos

Disuélvase.

Dosis de IV á C gotas, diluidas en la cantidad de vehículo necesario.

(2) Inmediatamente después de la primera publicación de J. BRAULT—(Dos casos de psoriasis tratados por las inyecciones mercuriales, *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiliographie*, Julio, 1895, pág. 332).—J. DARIER, nosotros y nuestro distinguido interno Bize, ensayamos en nuestra clínica del hospital Saint-Louis la mercurialización hipodérmica, sirviéndonos en un principio del óxido amarillo de mercurio, que BRAULT había empleado en la primera serie de sus experimentos.

Las reglas generales de la mercurialización intensiva y del procedimiento hipodérmico para la administración del mercurio, hoy día casi generalmente conocidas, habrán de aplicarse con el mayor rigor en los psoriásicos, que por su tara neurovascular constitucional son especialmente impresionables: la inyección se practicará en la nalga, introduciendo primero la aguja sola, impulsando después el líquido *muy lentamente* y tomando las mayores precauciones asépticas. Las dosis se aumentarán progresivamente (calomelanos 0gr.025 á 0gr.05) una vez por semana; únicamente se harán más á menudo las inyecciones ó se elevará la dosis cuando exista una indicación bien precisa y motivada.

Después de la inyección, casi siempre los enfermos experimentan dolor durante los cuatro ó cinco días siguientes, siendo muy raro que deje de presentarse. Por regla general, las inyecciones de óxido amarillo son menos dolorosas que las inyecciones de calomelanos; en cambio el dolor aparece más pronto. Esto no constituye una regla absoluta, pues en un mismo enfermo tratado unas veces con las inyecciones de calomelanos y otras con las de óxido amarillo, la intensidad del sufrimiento no está siempre en relación con la clase de

3.º La acción del mercurio sobre el estado general de los psoriásicos sometidos á las inyecciones subcutáneas, es variable; en la mayoría de los enfermos que residen en los hospitales y por lo mismo están en reposo absoluto, durmiendo bastante y bien alimentados, la primera fase despierta algunas esperanzas, pues parece que la salud vuelve á normalizarse, aumentando el peso. Pero á partir de la cuarta semana, se manifiestan en muchos de ellos fenómenos de anemia; los enfermos palidecen y parecen agotados, de manera que varias veces hemos creído oportuno no avanzar en la medicación, al ver que la erupción reportaba de ella muy pocos ó ningún beneficio.

Cuando la acción ha de ser favorable, casi siempre es también rápida y la delitescencia evoluciona como en un individuo psoriásico llegado al período infeccioso de un carcinoma visceral, por ejemplo. La regresión aparece en un principio en la red vascular; la superficie roja subescamosa y el halo ó corona eritematosa sufren una decoloración más ó menos rápida, cesando después la multiplicación patológica de las zonas epiteliales estratificadas, al mismo tiempo que se disgregan y caen las capas más superficiales, quedando en la superficie de las placas un estado disqueratósico amorfo, una superficie yesosa. Últimamente, la queratinización se restablece dentro del tipo normal, quedando solamente una *mácula* eritematosa, ó pigmentaria, según la

inyección. Las tumefacciones difusas de la nalga, y las nudosidades son poco más ó menos las mismas que se producen con las inyecciones de calomelanos, pero en ningún caso la nudosidad sufre un reblandecimiento central, aunque superficial y violácea. Impiden menos el trabajo las inyecciones de óxido amarillo que las de calomelanos.

Antes de toda mercurialización intensiva, constituye una regla absoluta el arreglar convenientemente la dentadura por el dentista, conservándola después en buen estado, enjabonándose con el cepillo dos veces al día los dientes y las encías, con jabón clorinado y salolado (fórmula de F. VIGIER). Con estos sencillos cuidados y sin necesidad de acudir á ninguna otra medicación, no se nos ha presentado nunca la estomatitis.

Por regla general, las inyecciones deberán practicarse estando el enfermo echado en la cama, pues de lo contrario se está expuesto á que en algunos individuos se manifiesten accidentes sincopales.

El examen previo de la orina no excluye la obligación de continuar vigilándola. En el curso del tratamiento se presenta con frecuencia, aunque no siempre, en el 1 por 10 de los enfermos, una albuminuria pasajera, la cual ordinariamente es ligera y fácilmente reducible por el régimen lácteo. A pesar de esto, no puede asegurarse nada de momento, pues hasta sin nueva mercurialización hipodérmica ó de otra clase, la albuminuria puede reaparecer en breve plazo. Uno de nuestros enfermos curado por el régimen lácteo de la albuminuria postmercurial, sufrió, después de abandonar el hospital, un vértigo urémico, cayendo en la misma calle; transportado al hospital, se curó nuevamente por el mismo régimen. La vigilancia, pues, debe ser constante, porque la albuminuria puede manifestarse en todos los períodos del tratamiento y en algunos individuos instalarse ya de un modo fijo. Es posible, además, que con ó sin albuminuria se observen vértigos que determinan á veces caldas, contusiones, etc.

Algunos individuos sufren cefalea ó tienen un síncope inmediatamente después de la primera inyección, ó después de varias, habiéndose presentado en uno de nuestros enfermos después de la décima inyección.

antigüedad del elemento psoriásico y el coeficiente cromatógeno normal ó patológico del individuo.

4.º El mercurio, lo mismo que en la sífilis, obra especialmente sobre las *lesiones* psoriásicas sin extinguir el proceso propiamente dicho. Aun en los casos favorables en que la anemia y la atrepsia mercuriales invaden más ó menos rápidamente las placas antiguas, no es raro observar la aparición, en diferentes puntos del cuerpo, de nuevos elementos psoriásicos, ya en la periferia de los elementos antiguos, ya en otros puntos del cuerpo. Este fenómeno, sin embargo, por más que anuncie recaídas y recidivas, *si se presenta moderado*, no debe interpretarse inmediatamente como un fracaso, pero sí indica la necesidad de aumentar las dosis, y por otra parte es de advertir que estas erupciones que se presentan á última hora suelen ceder al tratamiento externo.

5.º De todos modos los enfermos que presentan los fenómenos de regresión elemental que acabamos de indicar, no constituyen la mayoría. En algunos de los hospitalizados, en el período de anemiación general, gracias al reposo y á la permanencia prolongada en la cama, las placas de psoriasis se atenúan y las zonas eritematosas palidecen como sucede á veces igualmente por el régimen hospitalario en individuos cuya existencia es laboriosa, dura y agotada. Otros enfermos hay que parecían en un principio haber resultado verdaderamente beneficiados por el tratamiento ó que toleraban dosis elevadas, no tardándose, sin embargo, en ver aparecer brotes subintrantes más ó menos intensos.

6.º Hay más todavía; si por lo menos los enfermos curados *de la erupción* en el curso del tratamiento mercurial hipodérmico, resultasen realmente curados *de la enfermedad*, habría motivo para persistir y prolongar el tratamiento ó para elevar también las dosis, pues dispondríamos de un medio de tratamiento tan maravilloso que, al mismo tiempo que la *erupción* actual, curaría la psoriasis, la *enfermedad*; pero esto no ocurre, y es necesario repetirlo. Como en la sífilis, el mercurio sólo obra sobre los elementos actuales de la psoriasis, pero no evita su reproducción.

Los dos primeros enfermos de Brault, cuya erupción psoriásica desapareció tan admirablemente merced á las inyecciones de óxido amarillo, sufrieron cada uno de ellos una recidiva; en el primero, que presentaba la forma más intensa, se presentó la recidiva al cabo de cinco meses, y el segundo enfermo, después de verse libre de la psoriasis durante un año, sufrió á su vez la recidiva (1).

(1) He aquí el texto de la última publicación de BRAULT sobre esta materia (*Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 9 de Julio de 1896, pág. 493).

«En la sesión del 11 de Julio de 1895, tuve el honor de comunicar á la Sociedad la obser-

7.º En resumen, el mercurio á dosis intensivas puede producir en algunos individuos la delitescencia de la psoriasis. Hasta en los casos en que la delitescencia es completa, lo más común es que, después de un tiempo más ó menos largo, se presente la recidiva; así lo hemos observado en nuestros enfermos de la ciudad, cuyo proceso ulterior nos ha sido posible comprobar con las garantías necesarias. Precisa, no obstante, que pase algún tiempo para que pueda determinarse el número y sacar la proporción de los casos de curación prolongada ó definitiva — si es que algún día se demuestra que estos casos existen realmente, ó si el perfeccionamiento de los procedimientos de mercurialización aumentan su número. Sea de ello lo que fuere, la acción del mercurio sobre la erupción psoriásica es digna de tomarse en consideración, y es lógico continuar la investigación basándose en observaciones ó casos precisos y seguidos.

8.º Por lo que toca á la interpretación, se recordará que en la serie de experimentos que se practiquen no deben entrar los casos dudosos y especialmente las afecciones *psoriasiformes* antiguas. Tampoco deberá olvidarse que los casos *aislados* sólo tienen un valor relativo y que la psoriasis es una afección orgánicamente crónica y oscilante, que sufre recrudescencias y mejorías espontáneas, ó derivadas de diversas condiciones, intrínsecas ó extrínsecas, las que habrán de indagarse con cuidado (1). De nuestra práctica profesional, hemos de mencionar el caso de un

vación de dos psoriásicos tratados por las inyecciones de óxido amarillo, con exclusión de todo otro medicamento.

»En estos mis dos enfermos, desde la tercera inyección pudo observarse la descamación y hasta desaparecían de un modo muy marcado las placas eruptivas. Prolongando el tratamiento, se llegó hasta una curación que parecía completa.

»¿Sería duradera? — Al final de mi comunicación ya expresaba las grandes dudas que abrigaba y preveía la recidiva como sucede con todos los demás tratamientos hasta hoy clásicos, no viendo en el que nosotros empleamos más que un medio enérgico para «limpiar» las psoriasis.

»Mis previsiones se vieron desgraciadamente realizadas, y para que no quepa la menor duda, voy á referir los hechos subsiguientes.

»Uno de mis enfermos, el primero, que era el más atacado, sufrió la recidiva al cabo de cinco meses, y el otro después de transcurrir aproximadamente un año.

»Como ya lo indicaba en una nota, empleé inmediatamente el tratamiento mixto, y en un tercer individuo, igualmente afecto de psoriasis típica, simultáneamente con las inyecciones de óxido amarillo, le administré el yoduro de potasio.» Consúltese, A. BERTARELLI, Tratamiento de la psoriasis por las inyecciones de calomelanos, *Bullet. de la Soc. franc. de Dermat., etc.*, 12 de Noviembre de 1896 y *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1896, pág. 1320.

(1) No nos cansaremos de recomendar á los que se dedican á esas experiencias que vigilen y hagan vigilar muy rigurosamente y desde todos los puntos de vista, á los enfermos en tratamiento, y, especialmente que se aseguren de que no empleen al mismo tiempo otras medicaciones internas ó externas. En el mismo hospital no se ha de desistir ni un solo día de la vigilancia, si se quiere obtener algún dato positivo. En ninguno de los enfermos que hemos tratado fuera del hospital por el método mercurial, hemos podido conseguir que

psoriásico inveterado, del que conseguimos que entrase en el hospital para ser sometido á las inyecciones mercuriales. Durante los días de *observación* previa—que el médico experimentador obrará acertadamente reservándose los, antes de proceder á las inyecciones—por la acción de simples unções de manteca de cerdo fresca, del reposo en cama y quizás también á consecuencia de la viva impresión que experimentó el enfermo, se efectuó con rapidez una delitescencia psoriásica completa, de manera que si hubiésemos comenzado las inyecciones el día de entrada en el hospital, este caso hubiera sido el más extraordinario de la serie.

9.º Si en vez de limitarse exclusivamente á las inyecciones se emplean *simultáneamente* los procedimientos externos del tratamiento de la psoriasis, la acción de las dos intervenciones parece algunos veces multiplicarse, llegándose á la *cura rápida* de la psoriasis.

10. Los dolores locales consecutivos á las inyecciones de calomelanos, dolores más ó menos vivos, pero poco menos que inevitables, y los demás accidentes más raros que pueden sobrevenir, nos obligan á investigar si la mercurialización interna, como nuestras propias observaciones nos inducen á creerlo, ejercería una acción equivalente, con la condición de llevar la dosis hasta el límite de la tolerancia de cada individuo (1).

F.—YODURO DE POTASIO

1.º De antiguo se atribuye al yoduro de potasio cierta acción sobre la psoriasis; pero como nunca se había visto que un individuo que presentase al mismo tiempo la psoriasis *verdadera* y sífilodermias ó sífilosis viscerales *curase* de la psoriasis por las dosis de yoduro que reducían las sífilomatosis, creíamos, en verdad, que no se trataba más que de una mera ilusión. Sin embargo, cuando un dermatólogo tan experimentado como el profesor Haslund (2) afirmó que el yoduro de potasio admi-

prescindiera de toda otra medicación; uno de nuestros enfermos se sometía, al mismo tiempo que á las inyecciones, á la dieta vegetal absoluta, mientras que otros, pasadas de una á tres semanas, han *ayudado* á la medicación hidrargírica con aplicaciones locales crosofánicas, etc., etc.

(1) En los casos de sífilosis en que una contraindicación local impide recurrir á las inyecciones, como por ejemplo, en los individuos que no pueden resistir el dolor consecutivo á las mismas, el uso interno del sublimado, á *dosis fraccionadas*, tomadas fuera de las comidas, con leche ó con agua azucarada y dentro los límites de la tolerancia del individuo, produce resultados casi tan rápidos como los que se obtienen por medio de las inyecciones subcutáneas. Disponemos hoy día de una serie de observaciones, siendo uno de los casos más notables un enfermo tratado siguiendo las indicaciones de Broca.

(2) HASLUND.—Ueber die Behandl. der Psor. mit gross. Dosen von Iod-Kal. *Viert. Dermat. und. Syph.*, 1887, anal. franç., por AUDRY in *Ann. de Dermat. et de Syph.*

nistrado por él á dosis que nunca nosotros habíamos empleado, de 10 á 40 gramos por día, obra positivamente sobre la psoriasis, hubimos de emprender de nuevo las investigaciones.

2.º En cuanto á las *dosis*, debemos indicar desde luego, que, en los individuos de nuestra raza y dado el clima de nuestro país, no hemos podido administrar más de 30 gramos por día. Entre los 7 y 10 gramos, ya comienzan los enfermos á quejarse, acusando varios de los hospitalizados anorexia, diarrea, etc., etc.; á pesar de esto, se alcanza casi siempre la dosis de 10 gramos y en la práctica particular y en sujetos que tengan grandes deseos de curar, puede llegarse hasta los 12 gramos.

3.º En un determinado número de individuos, el yoduro de potasio administrado exclusivamente, y á partir de la dosis de 6 á 12 gramos por día, obra sobre el elemento psoriásico casi de la misma manera que el arsénico y el jugo tiroideo administrado á dosis alterante y con menos frecuencia ó menos energía que el mercurio. Pero si á la cura yodurada á estas dosis se *asocian* las medicaciones externas intensivas y los baños prolongados ó la sudación, la frecuencia y la intensidad de su acción son todavía más acentuadas, llegándose algunas veces á tales resultados que parece que no podrían conseguirse ni en el mismo grado ni con la misma frecuencia sin el yoduro (1).

Por último, el yoduro de potasio administrado desde las primeras fases de las artropatías de la psoriasis, y á dosis elevadas y prolongadas, obra muy favorablemente sobre las lesiones periarticulares.

4.º Desgraciadamente, sin embargo, sea por falta de acción ó por efectos desfavorables, sea por la intolerancia de los enfermos para el medicamento, lo cierto es que en nuestra serie de experimentos la mayoría de los psoriásicos no han experimentado beneficios de la cura yodurada, y, lo mismo que respecto del mercurio, carecemos de observaciones personales de verdadera curación de la psoriasis por el yoduro de potasio, ni solo ni asociado á las medicaciones externas. Hay que continuar, pues, la investigación, obrando en los períodos eruptivos y en series reiteradas en

2.ª serie, tomo IX, 1888, págs. 401, 411, VII. — Consúltese: BARDUZZI y LUCIANI, in *Gaz. de Osped. y Lo Speriment.*, 1889; DE MOLÈNES, Acción del yoduro de potasio á muy elevadas dosis sobre el organismo; de su empleo en el tratamiento de la psoriasis (*Arch. gén. de méd.*, Junio 1889; GUTTELIN, *Weekl. v. h. Neder. Tijds. V. Gen.*, n.º 17, 1889; y análisis de estos últimos trabajos en el *Bulletin méd.*, 1889; etc., etc.

(1) En un enfermo del hospital que demostró mucha resistencia, pues pudo llegarse fácilmente á la dosis de 30 gramos, tratado al mismo tiempo con el aceite de enebropuro en abundancia, la delitescencia de la erupción se efectuó en treinta y tres días, de estos veinte de tratamiento yodurado, al paso que anteriormente no había podido obtenerse ésta hasta después de dos meses y medio de tratamiento.

las intermitencias, y basándola en casos auténticos y precisos lo mismo por lo que se refiere á la acción inmediata, que respecto de los resultados subsiguientes (1).

5.º Cuando el mercurio ó el yoduro de potasio no son tolerados á dosis intensivas, se obtienen á veces resultados más completos asociándolos á dosis moderadas; y en los casos en que cualquiera de dichos agentes medicamentosos, aun siendo tolerado, no obre sobre el elemento psoriásico, cabe esperar buenos efectos del empleo de la medicación mixta (2).

Por último, ciertas condiciones excepcionales pueden originar la indicación de una medicación compuesta tal como la aplicaba Devergie sistemáticamente en gran número de circunstancias — arsénico, yoduro de potasio, mercurio; — esta indicación podría cumplirse por medio del licor de Donovan-Ferrari (véase anteriormente pág. 256).

(1) En nuestra clínica del hospital Saint-Louis, en la sala Alibert, se puede ver un caso de psoriasis generalizado, que permanece intenso á pesar de haber tolerado el enfermo el yoduro á la dosis de 25 gramos por día.

En otro enfermo, repetidas veces hemos podido llegar á las dosis de 19 gramos por día, sin obtener ningún resultado importante, tanto si se administraba ó no simultáneamente una medicación externa.

DE MOLÈNES (Comunicación personal), en unos cuarenta casos de psoriasis tratados por el yoduro de potasio *al mismo tiempo que por las medicaciones externas*, ha notado las siguientes particularidades: el yoduro de potasio lo administraba solamente á los individuos *tolerantes*, y consiguió hacer tomar á cuatro enfermos, 25, 30 y 42 gramos por día, ó sea, en conjunto, 1117, 1050, 1741 y 1890 gramos; habiendo observado que estas cantidades resultaban excesivas por todos conceptos, adoptó la dosis progresiva de 2 á 12 gramos por día, siempre diluidos en una gran cantidad de líquido, continuándola hasta que los elementos psoriásicos habían desaparecido, prescribiendo dos meses después una cura semejante de seis semanas de duración.

De los cuarenta enfermos así tratados, solamente diez y ocho, además de los cuatro casos de dosis excesivas, han podido seguirse observando. Cuando la tolerancia ha sido absoluta, la acción favorable se ha notado rápidamente, como también, aunque de un modo lento, en los tolerantes relativos. Los *resultados subsiguientes* son: después de ocho años de tratamiento, de cuatro enfermos tratados á dosis masivas, dos han tenido nuevos brotes sensiblemente atenuados. A otro psoriásico muy intenso no le ha reaparecido la enfermedad desde hace seis años. El cuarto ha presentado una fuerte recidiva, no teniéndose después más noticias de él.

De los diez y ocho tratados á dosis medianas, ocho no han obtenido ningún buen resultado duradero, y en los otros diez los paroxismos han sido más espaciados, menos intensos, y satisfechos del tratamiento, lo continúan.

Dos han tenido brotes más violentos que antes del tratamiento, renunciando por tanto al yoduro; otros dos no han presentado recidiva hace ya cuatro ó cinco años.

Consúltese S. CORVIN, *Soc. des méd. natur. de Jassy*, vol. IX, n.º 1 y 6, 1895, páginas 20 y 159. Caso de curación de la psoriasis por el yoduro de potasio. — El autor refiere que uno de sus enfermos ha tomado en su tratamiento, desde el 10 de Enero al 2 de Junio de 1895, 2837 gramos de yoduro de potasio — del 21 Mayo al 2 de Junio, aquel individuo tomó cada día 50 gramos de yoduro.

(2) Consúltese J. BRAULT, nota 1, págs. 304 y 305.

G. — OPOTERAPIA (1)

Nada nos ha venido á confirmar las esperanzas que se concibieron ni las promesas que se hicieron á propósito de la bienhechora influencia de la terapéutica de los jugos en el tratamiento de la psoriasis, sea cual fuere el elemento orgánico que haya sido empleado (2). Los agentes opoterápicos ensayados son en su mayoría inofensivos pero carecen de acción, y el único entre ellos que obra sobre el elemento psoriásico á la manera de los otros agentes alterantes, el *jugo tiroideo*, ofrece verdaderos peligros.

Por nuestra parte, hemos hecho repetidos ensayos, aunque sin prescindir de la prudencia, que es de absoluta necesidad, y nunca hemos visto que la acción inhibitoria del jugo tiroideo determinara *por sí sola* la *completa* curación de una erupción de psoriasis *verdadera*. El práctico que crea del caso ensayar la cura tiroidea obrará acertadamente consultando antes el notable estudio experimental realizado por Thibierge en nuestra clínica del hospital Saint-Louis, durante el año 1894 (3). En todos los psoriásicos la medicación tiroidea reclama una atenta vigilancia, estando absolutamente contraindicada en aquellos cuyos *riñones*, *corazón* y *vasos* no estuvieran en estado de integridad.

(1) De *σπος*, jugo, zumo, humor del tejido, *τεΐδο*, y *θέρπεια*, tratamiento, cura. — LANDOUZY, *Curso de Terapéutica y Materia médica*, primera lección (*Presse médicale*, 16 Noviembre de 1895, pág. 462).

(2) Muchas de las publicaciones que contienen estadísticas favorables no dan las indicaciones necesarias sobre la *verdadera* naturaleza de las afecciones sometidas á ese tratamiento, como tampoco indican si la medicación por los jugos ha sido empleada sola, ó con motivo de las recidivas, etc., etc. (Véase también anteriormente, § VII, pág. 259).

(3) «En resumen, — dice THIBIERGE (*Tratamiento tiroideo de la psoriasis*, comunicación al Congreso francés de medicina, 2.^a sesión, Burdeos, Agosto de 1895, y *Annales de Dermát. et de Syph.*, 3.^a serie, t. VI, 1895, pág. 760 á 787), — estaría casi tentado de desterrar la medicación tiroidea de la terapéutica de la psoriasis, si no existiera un cierto número de psoriásicos — como es sabido de todos los dermatólogos — que han ensayado sucesivamente la larga serie de las medicaciones antipsoriásicas. A éstos, pues, pero á éstos solamente, que desengañados quieren ensayar una medicación nueva aun á trueque de contar otro descalabro, se les puede permitir que hagan esta experiencia, pero con las reservas y precauciones que acabo de indicar. Es un remedio de los desengañados, por así decirlo, pero ¿acaso no hay otro por el estilo en la terapéutica?»

Consúltese P. THÉVENIN, Nota acerca de tres casos de psoriasis tratados inútilmente por el extracto tiroideo (*Journ. des mal. cut. et syph.*, 2.^a serie, t. VII, n.º 9, pág. 510); Brocq, *Treat. of psoriasis by the extract of Thyroid Body* (*Journ. of cut. and. g. ur. Dis.* vol. XIII, Agosto de 1895, pág. 345).

III

TRATAMIENTO EXTERNO DE LA PSORIASIS

- I. Nociones preliminares. — II. Maneras de aplicar los tópicos: aceites, jabones, pomadas. — Secantes medicamentosos. — Emplastos. — III. Antipsoriásicos: Grasas simples. — Alquitrán. — Mercurio. — Crisarroquina. — Pirogalol. — Sucedáneos y preparaciones mixtas. — IV. Práctica balnearia, hidrotermal, hidroterápica.

I

Nociones preliminares

A. — El tratamiento externo de la psoriasis descargado de la polifarmacia superflua, es uno de los mejores reglamentados de la dermatoterapia y su poder curativo sobre las alteraciones es á veces absoluto (1), ordinariamente considerable, pero sobre la enfermedad propiamente dicha y sobre las recaídas ó recidivas, este poder resulta tan vago como el de la medicación interna. Apenas se termina la cura con el mayor cuidado dirigida, ó la más enérgica, se ven reaparecer á cada instante elementos nuevos, y es muy raro que transcurra un largo período sin que en algún punto de la superficie del cuerpo aparezca de nuevo la enfermedad. Casi siempre estos elementos de *retorno* evolucionan de una manera más ó menos insidiosa, y de ordinario cuando su multiplicación llega á un período avanzado, el paciente se considera como atacado de nuevo por la dolencia, y reclama otra vez los cuidados del médico que lo trató ó con frecuencia de otro distinto. Este *intervalo* que se denomina, por eufemismo, período de «curación» de la psoriasis, es de semanas ó meses, muy raramente de años en los casos de psoriasis verdadera rigurosamente observados; algunas veces lo produce el tratamiento, pero puede aparecer *espontáneamente* y formar parte del curso *normal* de la enfermedad.

B. — La medicación antipsoriásica externa, aun reducida á propósito — como nosotros lo hacemos — á su más simple expresión, continúa sien-

(1) No es raro observar formas de psoriasis ó elementos psoriásicos absolutamente rebeldes, inmóviles — *Psoriasis permanente*, — ora por falta de reacción medicamentosa, ora por intolerancia de todo antipsoriásico. Ciertas regiones, como los miembros inferiores, el pene y el glande, y la región sacrolumbar, ofrecen ordinariamente más resistencia que las demás al tratamiento externo, y las medicaciones que se apliquen deben regularse al tenor de sus particularidades.

do compleja, exigiendo siempre un práctico aprendizaje. La psoriasis no es en modo alguno una afección que cualquiera pueda tratar valiéndose de algunas fórmulas coleccionadas en las revistas ó en los libros, pues cada caso nuevo reclama una técnica apropiada y especial, tanto en las dosis, como en la elección de los excipientes, la adopción de un antipsoriásico simple ó mixto, el grado de actividad, etc. No es, pues, nunca la psoriasis sino siempre el psoriásico lo que se ha de tratar, y esto ocurre principalmente en las variedades activas, generalizadas, ó en ciertos enfermos sometidos al régimen de las alternancias ó de las sustituciones morbosas. Algunos individuos no pueden sufrir, sin que les sobrevenga una irritación epidérmica más ó menos intensa, los agentes más moderados de la medicación común, ó bien toleran sólo alguno ó varios de dichos medicamentos. Esta intolerancia, en algunos idiosincrásica y permanente, temporal en otros, corresponde á las fases germinativas, y á los casos en que interviene alguna invasión microbiana, estafilocócica ó de otra clase; también á ciertas formas especiales que presentan una evolución pseudoexantemática inicial (*psoriasis generalizada, aguda, en gotas*), y á todas las eritrodermitis psoriásicas.

En cada una de esas circunstancias, la falta de cuidados y de la vigilancia del médico, y el empleo de dosis demasiado elevadas pueden producir desastrosas consecuencias.

C. — La extensión superficial que alcanza la psoriasis es una de las mayores dificultades para su tratamiento; por esta razón está contraindicada la aplicación inmediata de las medicaciones intensivas y se hacen indispensables las medicaciones parciales y mixtas, exigiendo siempre una vigilancia especial. En los psoriásicos de cabellos rubios ó rojos, en los individuos muy jóvenes y especialmente en los niños de la primera infancia, son necesarias precauciones especiales para evitar las epidermodermitis eritematosas extensas y las absorciones medicamentosas. Las formas agudas desde la primera aparición, miliares, lenticulares, papulosas, etc., generalizadas á toda la superficie del cuerpo, no corresponden á la medicación antipsoriásica propiamente dicha, y su dirección reclama circunspección y vigilancia como todas las epidermodermitis agudas de grande extensión.

D. — Convendrá añadir á lo expuesto que toda complicación local intercurrente, como, por ejemplo, la dermatitis inter-eruptiva, foliculitis, eczematización, flictenización, linfangitis, flemón dérmico, etc. (1), impli-

(1) Las complicaciones agudas que sobrevienen en el curso del tratamiento de una psoriasis, ya espontáneas, de origen desconocido, ó provocadas por la misma medicación empleada y cuya indicación se precisará tratando de los antipsoriásicos que las han motivado,

éa por sí misma la suspensión de las aplicaciones durante el curso de esta complicación, hasta terminado el paroxismo accidental, que puede ser de corta duración si la interrupción se ha hecho con oportunidad. Cuando las irritaciones que se producen son limitadas, la medicación anodina deberá aplicarse únicamente á los puntos irritados, continuando el tratamiento activo en las demás regiones con atenta vigilancia. En todos estos casos, la medicación es de prueba y los más prácticos no pueden sustraerse de tales tanteos.

Por último, cuando por el estado de las vísceras ó por las condiciones diatésicas de determinados individuos está contraindicada la medicación externa intensiva, á causa de las alternancias y sustituciones morbosas, las condiciones son exactamente las mismas que para el eczema (véase págs. 109 y 110).

E. — No son tan sólo los *efectos externos* de los agentes de la medicación local de la psoriasis que es preciso vigilar, sino también las *intoxicaciones* por la vía cutánea: en todos los elementos psoriásicos, cuando está alterado el revestimiento querático protector, la red papilar ectasiada é hiperemiada adquiere una facultad de absorción aguda (1). Algunos individuos, presentan ó no la intolerancia externa, tienen una intolerancia especial para algunas sustancias tóxicas determinadas ó para todas ellas sin excepción; unos no toleran las pomadas ni los emplastos hidrargíricos sin que se les manifieste una estomatitis ó una enteritis; otros no toleran la crisarrobina ni el pirogalol sin presentar anoxemia, hematuria, nefrorragia, etc. Convendrá también en los psoriásicos que ya hayan sido tratados antes, interrogarles acerca sus antecedentes y de las prescripciones que se les hicieron precedentemente, así como los resultados generales ó locales que les produjeron. Esta precaución es tanto más útil cuanto que el valor curativo de los antipsoriásicos no es el mismo para todos los enfermos, variando también en un mismo individuo según las diversas regiones, el tronco ó los miembros inferiores, el cuero cabelludo, la cara ó las manos, etc. En los casos de primera aparición de la enfermedad, ó de erupciones agudas ó extendidas á

se presentan en realidad muy raras veces en los hospitales, como en todas las circunstancias en que no se ha descuidado nunca la dirección y vigilancia facultativas. Esto no obstante, es necesario contar siempre con las intolerancias individuales y con las condiciones imprevisas.

(1) LAILLER.—Nota acerca los accidentes graves causados por la aplicación de una solución de clorhidrato de anilina sobre las placas de psoriasis (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1873, y *Union médicale*, 1893, pág. 865).

Consúltese J. CESTREICHER.—*Z. Therap. Verwend. d. Hydracetin g. Psoriasis*, (*Berliner Klin. Wochenschr.*, 1889, n.º 2), y *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3.ª serie, t. I. 1890, página 170.

grandes superficies, se comenzará por las aplicaciones anodinas, débiles ó limitadas.

F. — Otra observación de un orden distinto, pero que es de mucho interés para el enfermo, es la de que la mayoría de los psoriásicos son individuos que pueden dedicarse á sus ocupaciones, por lo que se puede y deberá tratárseles sin sustraerlos de su vida corriente; y salvo en casos excepcionales, agudos, complicados, ó de una extremada intensidad, han de considerarse como enfermos «crónicos» en el sentido literal de la expresión, y ordinariamente su tratamiento ha de ser ambulante. Así pues, sin verdadera necesidad son admitidos en el hospital durante semanas y meses, privados de ganarse el sustento, muchos individuos que por rutina convierten su vida en rentistas de la Beneficiencia pública, pues casi todos ellos, tratados policlínicamente, podrían en mayor ó menor escala continuar trabajando. En la práctica civil, así la vida social en todos sus grados, como la vida íntima, podrá conservarse.

G. — Para terminar estas nociones preliminares, insistiremos en declarar que el tratamiento externo de la psoriasis reclama absolutamente la intervención real y la dirección positiva del médico. Una verdadera revolución se ha de introducir en la tradición médica y en las costumbres de los enfermos.

II

Manera de aplicar los tópicos: aceites, jabones, pomadas. — Secantes medicamentosos. — Emplastos

Los excipientes, — grasas, aceites, jabones, — las pomadas blandas ó sólidas, las soluciones secantes, las gelatinas, los emplastos, etc., han sido en su mayoría descritos detalladamente al hablar del tratamiento externo del eczema (véanse págs. 140 á 154), siendo suficiente indicar aquí algunas preparaciones especiales ó precisar las formas de aplicación propias de la psoriasis.

A. — ACEITES — JABONES — POMADAS

Por lo que se refiere á los tópicos oleosos y á las pomadas blandas, la aplicación hecha con la mano solamente resultaría insuficiente mientras que por otros medios se hace mejor y con menos inconvenientes. De ordinario se emplean pedazos de lienzo ó de franela, si bien de esta manera se pierde parte de la preparación y es muy difícil

limitar la aplicación á las superficies enfermas. Para practicar las fricciones activa y correctamente, empleamos ó bien pinceles de brocha muy corta, ó cepillos de madera con una de sus extremidades formando una superficie plana ligeramente prominente, de forma y dimensiones adecuadas y guarnecida de piel de gamuza (1), que permite obtener mecánicamente la impregnación de las capas córneas y la penetración del agente medicamentoso en la epidermodermis, lo que constituye la *condición esencial*.

En las formas superficiales, podrán practicarse las fricciones con pomadas sólidas, en forma de «cosmético» de los perfumistas, que se han hecho consistentes por la cera y se reblandecen convenientemente por la temperatura de la piel (2).

(1) CAVAILLÈS ha fabricado para nosotros cepillos de forma y dimensiones apropiadas á los diversos casos que pueden presentarse, desde la psoriasis en forma de gotas, hasta las más grandes superficies psoriásicas. Con estos cepillos la fricción se puede hacer rápidamente, con la menor cantidad posible de substancia y limitarla exactamente á las superficies enfermas.

(2) De mucho tiempo venimos empleando las barritas de pomadas sólidas para el tratamiento de las afecciones del cuero cabelludo, haciéndolas más ó menos duras y consistentes, según la estación, por medio de una cantidad variable de cera.

Su empleo se ha generalizado por UNNA con la siguiente fórmula:

Cera amarilla.	aa. 45 gramos
Lanolina.	
Aceite de oliva.	35 —
Principio activo.	c. s.

M. s. a.

En 1895, J. MONTIÈS — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, Febrero de 1895, pág. 121. Sobre la preparación de los lápices medicamentosos fundentes empleados en dermatología preparó para AUDRY, de la clínica dermatológica de Tolosa, lápices medicamentosos destinados al tratamiento de la psoriasis según la fórmula siguiente:

Manteca de cacao.	75
Parafina.	15
Aceite de olivas.	10
Principio activo.	10

M. s. a.

MONTIÈS ha resumido las indicaciones farmacológicas en el siguiente cuadro:

NOMBRES de los principios activos	Acido crisofá- nico	Acido crisofá- nico é ictiol	Ictiol	Resor- cina	Acido pirogá- lico	Azufre	Subli- mado
Dosis.	10	10 5	10	15	8	20	2,50
Manteca de cacao.	75	65	70	60	80	55	80
Parafina.	10	10	15	10	7	10	15
Aceite de oliva.	5	10	5	15	5	15	2,50

Después de la aplicación realizada en la clínica de AUDRY, hicimos fabricar pomadas sólidas de todas clases en forma de barritas contenidas en los estuches de deslizamiento que

Las fricciones con los *jabones medicamentosos* se hacen con la mano ó por medio de cepillos ó de pinceles; asociándolas á las medicaciones en forma de emplastos y baños, pueden ser especialmente utilizadas para los tratamientos ambulantes. Sea cual fuere el agente empleado para la fricción, la aplicación debe limitarse todo lo posible á las superficies enfermas, principalmente si se usan las sustancias reductoras enérgicas; la fricción, aunque suave, se hará con insistencia y prolongada. Si las superficies psoriásicas son limitadas, una vez terminada la fricción, se limpia la piel sana de su alrededor, cubriéndose luego las superficies friccionadas con una capa de *lint* neutro de la dimensión de la superficie afecta, manteniendo fijo el apósito, si se trata de los miembros, por medio de una venda de gasa. En el tronco como en los miembros pueden cubrirse también los elementos friccionados con un trozo de emplasto adhesivo, medio de protección y de multiplicación curativa.

B. — SECANTES MEDICAMENTOSOS. — TRAUMATICINA Y COLODIONES

La traumaticina — gutapercha disuelta en cloroformo — fué aplicada en 1852 por R. Graves (1) al tratamiento de las enfermedades de la piel; pero la idea muy natural de simplificar el tratamiento de la psoriasis, incorporando las sustancias activas en un excipiente secante, corresponde principalmente á Pick, á Auspitz y á Unna.

Con los secantes medicamentosos puede muy bien limitarse la acción á la superficie enferma, sin ensuciar las ropas, y sin que haya necesidad de

se expendan hoy día en el comercio. De una manera muy sencilla se podrán, en la mayor parte de los casos, por medio de estas barritas, hacer las fricciones necesarias para el tratamiento de las formas ligeras de psoriasis. Estas barritas deben tener cierto volumen, por término medio el de los cosméticos ordinarios de los peluqueros. Para las superficies psoriásicas en pequeños discos, en gotas, son preferibles los *cepillos* pequeños, porque con ellos es más fácil limitar la acción del frote. Se recomendará al enfermo que una vez terminada la fricción, limpie bien la extremidad libre de la barrita medicamentosa por medio de un lienzo apropiado, ó mejor de algodón hidrófilo.

Sirvan de ejemplo las dos fórmulas siguientes :

a)	Manteca de cerdo ó vaselina.	aa. 40 gramos
	Cera amarilla	
	Acido crisofánico.	aa. 10 —
	Aceite para disolver	
M. s. a.		
b)	Manteca de cacao.	50 gramos
	Cera amarilla ó blanca	30 —
	Aceite de enebro.	20 —
M. s. a.		

CAVAILLÈS.

(1) R. GRAVES. — *Dublin quarterl. Journ.*, Agosto de 1852.

emplear después otra cura, no produciéndose generalmente ningún accidente local cuando se opera convenientemente. Nosotros empleamos con frecuencia, para hacer los barnices medicamentosos que se destinan al tratamiento de la psoriasis ó de otras afecciones, el *colodión á base de acetona*, agente introducido por Lailler en las prácticas del hospital Saint-Louis hace ya diez años con el nombre de «película», y desde aquel entonces han sido numerosas las aplicaciones que se han hecho del mismo, por nosotros primeramente y por otros en Francia y en el extranjero.

Los colodiones acetónicos medicamentosos que ensayamos en esta época, contenían en solución ó en suspensión la mayor parte de las sustancias aplicables al tratamiento de la psoriasis y especialmente el pirogalol, la crisarrobina, el alquitrán, el aceite de enebro y el aceite de abedul (1).

Con el fin de aumentar la acción local y de evitar las irritaciones de las regiones circunvecinas que producen los secantes medicamentosos, hemos modificado, en determinados casos, el procedimiento de Pick, ora aplicando *primeramente* sobre los elementos psoriásicos las sustancias medicamentosas en solución ó en suspensión en un líquido volátil, como alcohol, éter ó cloroformo, ora impregnándolas previamente, *por fricción*, de sustancias diversas. Después de esto, los elementos psoriásicos impregnados se recubren de una gelatina á base de óxido de zinc, de una

(1) Expondremos aquí las fórmulas de algunos colodiones acetónicos que hemos empleado; las fórmulas son de F. VIGIER, que con suma amabilidad nos proporcionaba las preparaciones necesarias para las investigaciones que hicimos en la clínica del hospital.

1.º Película á base de ácido pirogálico.

Pirogalol (soluble en cualquier proporción) 5 á 25 por 100; más allá del 25 por 100 la preparación deja de ser aplicable.

2.º Película á base de crisarrobina.

Crisarrobina (insoluble) 5 á 20 por 100.

Rotúlese: Agítase.

3.º Película á base de alquitrán.

Alquitrán (soluble en cualquier proporción) 5 á 10 por 100; la preparación seca difícilmente, y más allá del 10 por 100 ya no seca.

4.º Película á base de aceite de enebro.

Aceite de enebro verdadero y puro (soluble en todas las proporciones), 10 á 30 por 100.

(E. GAUCHER.—*Bull. de la Soc. franç. de Dermat.*, Noviembre de 1896, pág. 539, — ha insistido en la necesidad de emplear el aceite de enebro puro y la acetona anhidra, si se desea obtener una preparación que seque bien y que no sea ni demasiado fluida ni demasiado espesa). Como complemento, véase pag. 276.

5.º Película á base de aceite de abedul blanco, 5 á 30 por 100.

La película del 30 por 100 es un buen secante.

Cabe también preparar esos colodiones con toda una serie de diversas sustancias, según lo que se necesite obtener.

solución clorofórmica de gutapercha (traumaticina), de colodión acetónico (película), ó de emplastos diversos, que hagan las veces de *fijadores*.

Los secantes, sean ó no medicamentosos, gelatinas, traumaticinas, colodiones, se aplican con el pincel de algodón ó con una pequeña brocha, *después* de haber sometido el elemento psoriásico al tratamiento preparatorio apropiado á cada caso—descostramiento, lociones jabonosas, hidrargíricas, etc. La piel sana de su alrededor deberá ser siempre preservada, protegida y vigilada.

C. — EMLASTOS

Si se desea simplificar más todavía la preparación y la técnica, podrán emplearse, para las superficies limitadas, los emplastos simples ó medicamentosos, los que, junto con los otros medios de tratamiento, constituyen un recurso importante para las medicaciones ambulantes. Pueden servir de aplicación previa para el descostramiento, como por ejemplo, el emplasto de jabón, ó el emplasto á base de aceite de bacalao, que dan excelentes resultados en estos casos; de oclusivo después de la medicación intensiva del elemento psoriásico; y por último, conteniendo sustancias activas, pueden cumplir á la vez estos diversos fines. El tiempo que ha de durar la aplicación continuada de un mismo emplasto varía según los fenómenos objetivos y subjetivos que se observen, y su renovación sólo puede determinarse para cada emplasto en particular. Se recordará que es de regla, tratándose de emplastos, que han de tener la forma y dimensiones de las superficies enfermas, para preservar la piel sana circunvecina. Cuando se renueve el emplasto, se limpiará cuidadosa y asépticamente la superficie psoriásica, sometiéndola, si es preciso, á lociones, fricciones, etc., etc., antes de aplicar el nuevo emplasto.

III

Antipsoriásicos: Grasas simples. — Brea. — Mercurio. — Crisarrobina. — Pirogalol. — Succedáneos y preparaciones mixtas.

La materia médica dermatológica comprende un gran número de sustancias capaces de obrar de un modo directo sobre el elemento psoriásico; bajo su influencia, vese desarrollar más ó menos rápidamente, en

la generalidad de los casos, un proceso de delitescencia ó de resolución, al paso que correlativamente se atenúa y desaparece la paraqueratosis. Algunas de estas substancias, recientemente conocidas y aplicadas, obran con gran energía, pero no son toleradas por todos los enfermos á dosis activas, y en muchos casos la extraordinaria extensión de las superficies enfermas hace imposible su empleo por el peligro de la absorción, que se verificaría simultáneamente en la totalidad del cuerpo. Será preciso, pues, lo mismo en la psoriasis que en todas las demás enfermedades, no ser sistemático, sino, por el contrario, escoger el agente medicamentoso apropiado á cada caso, edad é individuo, asociando algunas veces varios agentes en una misma preparación; habrá asimismo que determinar la extensión superficial del tegumento que ha de someterse al tratamiento, y vigilar, no solamente la acción del mismo sobre las lesiones cutáneas, sí que también sobre la piel sana y el organismo entero, acerca de lo cual nunca se insistirá demasiado.

Los antipsoriásicos esenciales é indispensables son poco numerosos; las grasas simples, los jabones, el alquitrán, el mercurio, la crisarrobina y el pirogalol bastan para cumplir las principales indicaciones. Sólo á título de sucedáneos, coadyuvantes, correctivos, pueden emplearse también el azufre, ictiol, tiol, naftol, gallanol, aristol, antrarrobina, ácido salicílico, etc.

A.—GRASAS SIMPLES

Las fricciones con las grasas simples, manteca de cerdo fresca, vaselinas, laininas, aleptina, glicerina y glicerolados, aceite de hígado de bacalao, etc., son útiles para preparar la superficie afecta al comenzar el tratamiento. Estas fricciones se practican principalmente por la tarde, recubriendo las partes friccionadas durante la noche con lienzos finos ó con cualquier otra envoltura apropiada; por la mañana se dará un baño al enfermo ó se le harán lociones con soluciones débiles de bórax y jabón blanco, coaltar saponinado, etc. Después de todas estas maniobras se practicará una fricción grasa aplicando después una envoltura inmediata en la superficie afecta para que el enfermo pueda vestirse y dedicarse durante el día á sus ocupaciones ordinarias. Si el enfermo permanece en casa ó está en un hospital, la fricción podrá hacerse más ampliamente y mantenerse la aplicación de un modo permanente. Estas fricciones grasas simples por sí solas, siempre y cuando sean bien ejecutadas, producen con frecuencia una regular mejora de la superficie enferma, suavizan de un

modo considerable la afección, curan las fisuras y determinan un corto bienestar, que satisfaría á muchos enfermos. Para algunos sujetos de piel irritable ó irritada por distintas causas y también para la «psoriasis irritable», en general el único tratamiento externo que puede aplicarse son las unturas con grasas anodinas, y con mucha frecuencia en el curso de las medicaciones más variadas, cuando se acentúa la anhidrosis psoriásica, la xerodermia, surge de nuevo la indicación de practicar las unturas con grasas simples; esto se impone siempre que se presentan complicaciones de eritema, foliculitis, dermatitis inter-eruptiva, etc.

B.—BREA

1.º La brea, metódicamente empleada en sus variadas formas, acaba en unas cinco ó seis semanas con una erupción psoriásica de mediana importancia—desde el punto de vista de su intensidad, antigüedad y extensión—siempre y cuando dicha medicación esté bajo la dirección facultativa y no se presenten accidentes generales ni ninguna interrupción motivada por una causa cualquiera. Se obtienen especialmente buenos resultados en cualquiera de las distintas formas de las variedades superficiales, bastando muchas veces por sí sola esta medicación en las variedades profundas; activa eficazmente la circulación en la red venosa entorpecida por el elemento psoriásico, base esencial de la lesión, y modifica directamente la disqueratosis.

2.º La grave intoxicación producida por la brea, cuyo cuadro sintomático ha sido tan magistralmente descrito por Kaposi, no se observó en ninguno de los enfermos que hemos tratado por el alquitrán de enebro; en veinticinco años no se nos ha presentado ni un solo ejemplo. Sin embargo, conocido es el abuso que nuestros psoriásicos del hospital Saint-Louis hacen de la brea á pesar de nuestras prácticas de envolverles todo el cuerpo día y noche con camisas saturadas de dicho medicamento y de estar empapadas del mismo las ropas de sus camas; hemos de manifestar, no obstante, que esta clase de enfermos se hallan sujetos á una atenta y muy regulada vigilancia,—que se examina su orina, etc.; que exceptuando los individuos que ya han sido sometidos á esta clase de tratamiento, las primeras aplicaciones que se hacen son á débil dosis, mitigadas para convertirlas gradualmente en más activas y siempre proporcionales á la tolerancia individual, es decir, según la costumbre ó hábito de cada individuo,—y todas estas precauciones se toman con una regularidad especial cuando se trata de individuos jóvenes ó de niños.

3.º Antes de aplicarse en el tratamiento de la psoriasis la crisarrobina y el pirogalol, la brea era el antipsoriásico obligado, y aún hoy día se emplearía en mayor escala si no fuera por la relativa lentitud en su modo de obrar y por los numerosos inconvenientes que presenta,—perifoliculitis, dermatitis eritematosa, coloración de la piel, olor, etc.

A.—*Perifoliculitis* (acné de la brea), *eritema liso*.—En general, estas complicaciones podrán evitarse interrumpiendo cada tres ó cuatro días las fricciones, dando un baño ligeramente boratado al enfermo y practicando durante esta suspensión unturas con el ungüento de zinc simple ó salicilado; sin embargo, no siempre se consigue este resultado, sobre todo cuando no se han seguido minuciosamente todas las precauciones y la vigilancia de la piel ha sido un tanto abandonada. Las foliculitis que radican de preferencia en los miembros inferiores (1), sobre todo en los individuos con vello,—pero que también pueden generalizarse,—constituyen el principal obstáculo para el tratamiento de la psoriasis por la brea, pues á ellas se debe el que se pierda un tiempo considerable prolongándose mucho la verdadera duración de la cura y la permanencia en los hospitales, y convirtiéndose además algunas veces en punto de partida de forunculosis generalizadas miliares que pueden revestir cierta gravedad. Idénticas observaciones y hasta la misma suspensión del tratamiento se seguirán en los casos en que la piel de los miembros inferiores se presente lustrosa, tensa y un poco edematosa.

B.—*Color y olor*.—El marcado *color* de la brea la hace inaplicable al rostro y á las manos y su *olor* tenaz, rebelde, sólo permite los tratamientos ambulatorios á los pocos individuos que pueden tomar un baño todas las mañanas, tener ropa para mudarse, etc. Es preciso además que estos últimos duerman solos, pues no puede consentirse que toda su vida molesten á los que ocupen la misma habitación ó lecho con los olores de la brea y esto á cada recaída de una enfermedad de naturaleza interminable. Lo dicho basta para comprender que la medicación por las fricciones de brea, por excelente que sea, no cabe aplicarla sino en los hospitales ó en condiciones análogas, por lo que no puede constituir la medicación común ni la de preferencia; y esto á pesar del beneficio que se atribuye á la brea de compensar la lentitud y los incidentes de la cura por la mayor duración de las intermitencias obtenidas.

(1) Por razón del declive que favorece la paresia venosa, elemento constitutivo de la placa psoriásica, la reducción en los miembros inferiores es siempre más lenta y la curación más tardía que en otra cualquiera de las partes del cuerpo; la curación de las foliculitis es también lenta, y tocante al tratamiento, estos enfermos con frecuencia permanecen estacionarios durante varias semanas.

4.º La preparación que se prefiere en Francia es el alquitrán de enebro, ó «aceite» de enebro, — alquitrán del enebro oxicedro; el aceite de abedul blanco ejerce una acción sensiblemente igual, pero es más caro.

Cuando los enfermos no han sido tratados todavía por la brea ni por ningún otro agente medicamentoso, en los casos de erupción muy generalizada, el aceite de enebro no deberá emplearse en un principio puro, sino mezclado con aceite de olivas, de hígado de bacalao, glicerina, etc., — de 80 á 20 por 100. De todos modos la preparación de estas mezclas requiere cierta práctica, usándose ordinariamente para estas aplicaciones iniciales y *en estos casos*, los *glicerolados* ó *jabones á base de aceite de enebro*, que son mejor tolerados que las mezclas oleosas, principalmente en los individuos de piel fina ó muy velludos; por otra parte, las superficies friccionadas son de esta manera más fácilmente detergidas por los lavados ó los baños, y por lo tanto, menos expuestas á ser irritadas por la brea.

Los dos glicerolados que se indican á continuación son los más usados, pudiendo también modificarse según convenga, variando la proporción del elemento activo.

GLICEROLADOS, DÉBIL Y FUERTE, Á BASE DE ENEBRO

a)	Aceite de enebro.	15 gramos
	Extracto siruposo de madera de Panamá. . . .	C. s. p. e.
	Glicerolado de almidón.	90 gramos

M. s. a.

b)	Aceite de enebro.	50 gramos
	Extracto siruposo de madera de Panamá. . . .	5 —
	Glicerolado de almidón.	45 —

M. s. g.

VIDAL Y LÉP. NOIS.

En los casos de psoriasis pruriginosa, se podrá añadir de 1 á 3 por 100 de *ácido salicílico* y de $\frac{1}{2}$ á 1 por 100 de *mentol*.

Con mayor ó menor prontitud, según los casos, se empleará el aceite de enebro puro, por el que se comienza regularmente en los enfermos cuya tolerancia ha sido comprobada en paroxismos anteriores. Después de la aplicación medicamentosa, los *elementos psoriásicos* circunscritos se curan, como se ha dicho anteriormente, con compresas de *lint* ó de franela *adaptadas* á los mismos, sosteniéndose por medio de vendas ó de envolturas; cuando las fricciones son generalizadas, se envuelven los enfermos con franela, ó mejor, se cubren con envolturas apropiadas.

La acción que ejerce el baño en el tratamiento de la psoriasis por la brea se indicará más adelante — véase págs. 284 y siguientes.

5.º En las formas comunes, superficiales, de placas de ciertas dimensiones, circunscritas, puede utilizarse el *colodión acetónico á base de aceite de enebro* empleado por Gaucher (véase anteriormente pág. 270) «como preferible á la traumaticina crisofánica, por hallarse exento de los peligros que puede ésta ofrecer y pudiendo aplicarse sobre las placas más extensas y sobre la totalidad de la superficie del cuerpo»; las embrocaciones se repetirán todas las mañanas, después de un baño ó lavado con agua templada. Pero cuando es posible impregnar del aceite de enebro el elemento psoriásico por medio de fricciones, la acción que se ejercerá será siempre más intensa y más rápida.

6.º En igualdad de condiciones, podrán dar muy buenos resultados los *emplastos á base de aceite de enebro*, bien sobre las chapas de psoriasis simplemente descóstradas, ó bien, si hay tolerancia, después de haberlas *empapado* de alquitrán *por fricción* con el aceite de enebro ó con el jabón á base de enebro. Los emplastos se cortan según las formas y dimensiones de las superficies psoriásicas, cubriéndolas ó no, según los casos, con vendas ó envolturas; la piel sana de su alrededor se limpiará cuidadosamente y se renovarán los emplastos con intervalos que varían al tenor de la acción producida por los mismos.

He aquí algunas fórmulas muy comunes:

α) Emplasto simple.	100 gramos
Cera amarilla.	50 —
Aceite de enebro.	30 —

M. s. a.

HOSPITAL SAINT-LOUIS.

Estos emplastos, que son excelentes, presentan una adherencia moderada, y si en algún caso particular se juzgara que no es suficiente, podrían emplearse las masas de Cavaillès ó de Debuchy (véase anteriormente, pág. 148 y siguientes), y dosificar el aceite de enebro á voluntad de 5 á 30 por 100; ó recurrir á la siguiente fórmula de F. Vigier:

b) Goma Damar.	60 gramos
Lainina anhidra.	40 —
Cera amarilla.	30 —
Aceite de enebro.	20 —
Polvo de lirio.	30 —
Solución etérea de caucho al 10 por 100.	200 —

M. s. a.

7.º Por último, en los casos en que es tolerado el olor de la brea, convendrá muchas veces añadir una cantidad variable de aceite de enebro

á las diversas preparaciones empleadas en el tratamiento de la psoriasis — preparaciones *mixtas* ó *compuestas* (1).

C. — MERCURIO

El mercurio obra en la psoriasis lo mismo administrado al interior que en uso externo; pero su acción sobre la enfermedad propiamente dicha es tan nula en un caso como en otro, limitando por otra parte su empleo la intolerancia de la piel y de las mucosas bucal é intestinal.

Está contraindicado en todos los casos en que debiera aplicarse á superficies extensas, no tan sólo por temor al hidrargirismo interno, sino también por las eritrodermatitis hidrargíricas muy intensas que puede determinar en los psoriásicos.

Se reserva su uso para los elementos circunscritos, de pequeña dimensión, ó que radiquen en regiones en las que no pueden aplicarse substancias que tiñan, como la cara y las manos, siendo necesaria, aun en estos casos restringidos, alguna vigilancia, pues no son raros los individuos que no toleran el mercurio.

Los agentes más activos son las *pomadas á base de precipitado blanco, óxido amarillo, turbit mineral, protoyoduro*, —0,50 á 2 por 30; á base de *deutoyoduro, yodohidrargirato de yoduro de potasio, yoduro de cloruro mercurioso*, etc.—0,10 á 0,30 por 30, dosis medias, que se aumentarán ó disminuirán según las indicaciones de cada caso particular, teniendo siempre en cuenta la gama de actividad de estas preparaciones, que son aplicables solamente á las pequeñas superficies y cuyo empleo requiere una *verdadera prudencia* y efectiva vigilancia.

En las mismas circunstancias cabe aplicar también el emplasto á base de calomelanos (*emplasto blanco de Portes y Quinquaud*) y el em-

(1) Una de las más importantes de esas preparaciones mixtas es la *pomada sulfoalquitranada* de WILKINSON, modificada por HEBRA, que es de las más usadas y muy útiles en las formas profundas de las variedades seborreicas.

Azufre cetrino.	aa. . . .	50 gramos
Brea de haya.		
Jabón verde.	aa. . . .	100 —
Manteca de cerdo.		
Creta blanca pulverizada.		10 —

M. s. a.

HEBRA y KAPOSI recomiendan que con esta pomada se hagan, por espacio de seis días, dos fricciones diarias sobre las placas psoriásicas, no dando los baños hasta el décimo ó duodécimo día, después que se haya verificado espontáneamente la descostración. Se observará que esta medicación sólo es aplicable á superficies limitadas y en enfermos cuya cura puede dirigirse.

plasto de Vigo, sobre una superficie limitada, y vigilándolo así desde el punto de vista general como respecto de la tolerancia de la piel.

Siempre y cuando pueda añadirse un 1 á 5 por 30 de *aceite de enebro* ó de *aceite de abedul* en estas diferentes preparaciones, *aumenta* generalmente su eficacia en iguales dosis de mercurio.

D. — ÁCIDO CRISOFÁNICO

El agente reductor por excelencia del elemento psoriásico es la *crisarrobina* (1) (ácido crisofánico), pero queda considerablemente restringido su valor práctico por la variabilidad que en cada individuo presenta su dosis de actividad, por su poder tintóreo inevitable, que la hace inaplicable en las regiones descubiertas, y por la variada serie de molestias ó trastornos graves que puede determinar. De estos accidentes los principales son los siguientes: en la cara, las blefaritis y conjuntivitis; en el pene y en el escroto, epidermodermatitis y edemas; en los miembros, foliculitis; y por todo el cuerpo interdermitis eritematosas más ó menos intensas; dermatitis ampollosa, vesicación, escarificación superficial á nivel de las placas y accesoriamente linfangitis y flemones dérmicos, adenopatías, etc. Por último, puede ocasionar también graves intoxicaciones con anoxemia, que puede terminar de un modo funesto.

La mayor parte de los accidentes locales, pueden verdaderamente evitarse vigilando la medicación, y es posible también sustraer á los enfermos de la eventualidad de los accidentes generales, localizando la acción á limitadas porciones del tegumento y vigilando el estado general del individuo y el de su orina, con tanto más cuidado cuanto la tolerancia local y la acción toxígena del ácido crisofánico varían en cada individuo y aun en el mismo en diversas épocas.

La preparación que da mejores resultados es la *pomada crisofánica* con la vaselina por excipiente; la fórmula de Kaposi

Crisarrobina.	10 gramos
Vaselina.	40 —

M. s. a.

ha de ser considerada como la dosis máxima. La dosis inicial es de un 5 por 100; la media de 10 por 100 resulta generalmente suficiente,

(1) El ácido crisofánico fué introducido en 1878 por BALMANNO SQUIRE, de Londres, en la terapéutica de la psoriasis; en aquella época recibimos una gran cantidad de este medicamento que nos ha permitido hacer una extensa aplicación del mismo, que habíamos ensayado ya desde su origen.

cuando la aplicación se ha hecho con los cuidados necesarios para que se impregne *realmente* el elemento psoriásico, siguiendo la técnica que hemos indicado anteriormente, esto es, frotación de la piel, *fricción* limitada á las placas; rigurosa limpieza de la piel circundante y de entre los puntos friccionados; oclusión consecutiva con las traumaticinas ó los colodiones, las colas ó los emplastos adhesivos, según lo que permita la disposición de la erupción; ó *al contrario*, protección de los espacios inter-eruptivos por medio de gelatinas. Las dosis de 15 á 20 por 100 que se reservan para los casos difíciles, suponen necesariamente más atenta vigilancia.

Como ya indicamos anteriormente Pick mejoró las condiciones del tratamiento localizado de la psoriasis, añadiendo el ácido crisofánico á las gelatinas, cuyo procedimiento perfeccionó Auspitz sustituyendo las gelatinas por la traumaticina. Pero hasta variando las dosis, no se obtienen generalmente de esta mezcla del agente activo y del *secante* todos los resultados que se esperaban, y tampoco se evitan siempre los inconvenientes ó peligros de la crisarrobina (véase para las *fórmulas, técnica y modos de aplicación* de los secantes, pág. 269 y siguientes).

Idénticas observaciones, aunque un tanto menos acentuadas, cabe hacer respecto á los *emplastos crisofánicos* (véase pág. 166), que permiten comprobar con mayor facilidad el estado de las alteraciones é introducir las modificaciones necesarias. Los emplastos que han de aplicarse deben tener exactamente la forma y dimensiones de las regiones enfermas, y se renovarán y cambiarán cada dos días si fuesen bien tolerados, ó se dejarán menos tiempo si se presentara irritación ó peridermitis; la técnica no difiere de la que hemos expuesto en la pág. 276.

Por más que se tomen algunas precauciones, y sea cual fuere el método que se haya adoptado, la medicación no se extenderá de momento á todos los puntos del cuerpo sin haber examinado antes el grado de tolerancia crisofánica general y local del enfermo. La cura se dispondrá, pues, por partes, comenzando por los miembros inferiores, en donde la curación es más lenta, necesitándose por consiguiente mayor duración del tratamiento.

Si en cualquier punto del cuerpo sobreviene alguna irritación, el enfermo ha de estar advertido de que debe suspender inmediatamente las fricciones en aquel punto y hacer aplicaciones anodinas, y suspendiendo la medicación completamente en el caso de que se manifestara algún malestar general; la orina, por tanto, deberá vigilarse constantemente.

Por consiguiente, el empleo del ácido crisofánico á dosis activa, estará indicado, de un modo especial exclusivamente en los casos en que sea

posible dirigir y vigilar el tratamiento, y también cuando convenga obrar enérgica ó rápidamente, como por ejemplo, en la psoriasis rebelde, profunda, localizada, desarrollada en las regiones cubiertas. Las contraindicaciones generales dependen de la agudez ó extensión de los elementos eruptivos, de su localización en la cara, cuero cabelludo, manos, órganos genitales, y también de la imposibilidad de vigilar el tratamiento; quedan excluidas todas las formas irritables de los individuos que han presentado ya eritemas recidivantes, etc. En los casos dudosos, intermedios, en que sea preciso, sin embargo, obrar activamente, el ácido crisofánico dará mejores y más positivos resultados empleado á *dosis reducida y asociado* á otros antipsoriásicos.

Cuando se obtienen buenos resultados con dichas aplicaciones, aparecen con mucha rapidez alrededor de la placa una zona blanca anémica circunferencial, al paso que las regiones inmediatas se ponen de un color moreno, rojo violáceo, eritematizándose al mismo tiempo más ó menos, sobre todo si las aplicaciones se han extendido á la piel sana. Las diversas coloraciones que se producen alrededor de una placa de psoriasis tratada por el ácido crisofánico son por consiguiente *mixtas: eritema crisofánico y cromodermia crisofánica* temporales.

E. — ÁCIDO PIROGÁLICO

El *pirogalol* (1), de inferior calidad que la crisarroquina en cuanto á su poder reductor, es menos variable en las dosis de actividad para cada individuo, y muchísimo más aplicable en la práctica, por más que no deja de tener también sus inconvenientes y peligros. El ácido pirogálico lo mismo que el ácido crisofánico, no despidе ningún olor, pero tiene un poder tintóreo muy acentuado, coloreando indefectiblemente las ropas. Los accidentes locales que puede determinar son menos intensos que los que origina el ácido crisofánico, pero con la condición de limitar las dosis, limitar las superficies de acción, y vigilar atentamente los efectos producidos. Únicamente aplicado en estas condiciones y siguiendo la técnica normal no producirá peridermitis, foliculitis, vesicación, escaras, ni flemones subqueráticos (2). Los accidentes generales que puede pro-

(1) El pirogalol comenzó á emplearse en la terapéutica de la psoriasis por JARISCH en 1878; nosotros ensayamos el medicamento inmediatamente después de su primera publicación, y desde aquella época anunciamos ya que el pirogalol obtendría la preferencia sobre la crisarroquina.

(2) Las precauciones serían todavía más necesarias en los raros casos en que la parakeratosis tilisica está generalizada como en el caso siguiente:

Observación de KAPOSI: «Cuando en un enfermo afecto de psoriasis córnea generalizada se forman focos flagmáticos muy adherentes debajo de las gruesas capas de la epidermis

vocar el ácido pirogálico son de los más graves: intoxicación hemática peraguda, anoxemia, nefrorragias, enterorragias, cistitis, orina verde y después sanguinolenta, etc. Los enfermos en tratamiento deben ser vigilados atentamente, y la orina se recoge en un vaso de vidrio que siempre se tendrá en observación. Tan pronto como se observe el menor trastorno general de la salud, deberá suspenderse la medicación, como también así que la orina comience á obscurecerse. Las dosis de pirogalol empleadas en las fricciones no deben pasar, en general, de 5 gramos por día (1).

El ácido pirogálico está muy frecuentemente indicado en la *psoriasis típica*, común, vulgar, que es la más frecuente. Cuando las superficies son muy extensas, la aplicación se hace por partes; la dosis total de pirogalol empleada en las fricciones, en general no debe pasar, como acabamos de indicar, de 5 gramos por día.

Las contraindicaciones se presentan principalmente en las formas exantemáticas agudas, difusas, irritables; en los estados anormales del riñón, etc.; esta contraindicación es general en los individuos jóvenes y *absoluta* respecto de los niños.

El procedimiento más activo para aplicar el ácido pirogálico ó la crisarrobina, consiste en las fricciones con las pomadas, hechas con el cepillo, y limitándolas todo lo posible á las superficies enfermas, las que se cubrirán en seguida con los secantes ó los adhesivos, ó por medio

córnea, y el exudado se hace purulento, se declaran fenómenos linfangíticos y un proceso febril grave.

«Se trata de un caso de psoriasis disseminada por todo el cuerpo, de mucha intensidad; en primer término se trataron las lesiones ó placas psoriásicas de la cara y del tronco con pomadas anodinas, mientras que sólo se untaron una vez los brazos y los miembros inferiores con el ácido pirogálico. El enfermo comenzó ayer á tener vómitos. En la espalda y el tórax, la epidermis córnea se ha desprendido completamente, los brazos están muy tumefactos y la temperatura se ha elevado á 39°. He mandado colocar al enfermo en un baño, mejorándose un tanto la espalda, pero los miembros se cubren de pústulas voluminosas. Haré observar aquí por incidencia que los enfermos experimentan, hasta dentro del baño continuado, toda clase de molestias. Unos se quejan de un prurito terrible en las regiones donde no hay psoriasis, otros de una sensación intolerable de tensión en determinados puntos. En efecto, la capa córnea de la epidermis se hincha en el agua, pero no se desprende todavía, especialmente la de la palma de las manos y de la planta de los pies; precisa, por lo tanto, untar á menudo estas partes con brea; algunos enfermos acusan una sed inextinguible. He mandado trasladar al enfermo del baño continuo á su cama, envolviéndole en seguida con ropas húmedas, y siendo necesario continuar del mismo modo hasta que todas las pústulas se hayan abierto. Únicamente entonces podrá continuarse el tratamiento de la psoriasis.» (Kaposi, *Leçon citée* anteriormente).

(1) En 1882, en un trabajo acerca el envenenamiento producido por el ácido pirogálico, (*Annales de Dermatologie*, 2.^a serie, t. III, pág. 694), precisamos la *prophylaxia* de este envenenamiento.

En todos los casos, los accidentes evolucionan rápidamente, y en el tratamiento, la indicación vital es la que precisa ante todo cumplir. En nuestro enfermo, nos dió buen resultado la inyección abundante de éter en el tejido muscular subcutáneo, darle á beber casi constantemente agua alcoholizada, provocar sobre el tegumento una revulsión enérgica y practicar las inspiraciones reiteradas de oxígeno.

de una envoltura apropiada. Convendrá advertir con cuidado á los interesados que el *fin* que se persigue es hacer *penetrar* el agente medicamentoso en el elemento psoriásico por medio de una fricción suave y suficientemente prolongada. En ambas medicaciones, una vez hecha la fricción, deberán limpiarse y *preservarse* las regiones circunvecinas.

El excipiente preferible para el pirogalol empleado solo es la vaselina.

Pirogalol.	5 á 15 gramos
Vaselina.	85 á 95 —

M. s. a.

Esta medicación, si se ha de aplicar á grandes superficies, para que pueda practicarse con seguridad, es indispensable la efectiva dirección del médico; la orina, no nos cansaremos de repetirlo, debe vigilarse constantemente, y las fricciones se suspenderán en los puntos en que se desarrollen fenómenos de irritación y se abandonará totalmente la medicación externa al menor malestar general que experimente el enfermo con coloración de la orina. Todas estas precauciones deben indicarse en la prescripción del médico.

Todo cuanto expusimos anteriormente sobre las aplicaciones de crisarrobina asociada á los secantes, sobre los emplastos en general y el *emplasto crisofánico*, es aplicable á la medicación por el ácido pirogálico.

La reducción pirogálica de la psoriasis, aunque menos rápidamente, se verifica de la misma manera que con la crisarrobina; el eritema pirogálico es menos pronunciado y la cromodermia circundante más oscura. La palma de las manos de los individuos que *manejan* la pomada pirogálica se tiñe de un color negro subido y los cabellos de moreno oscuro, quedando en diversos puntos fragmentos de exfoliación negros adheridos á la superficie de los elementos psoriásicos que demuestran la clase de tratamiento empleado. La zona anémica de reserva y de curación presenta los mismos caracteres y tiene igual valor.

F.—PREPARACIONES MIXTAS.—COADYUVANTES.—SUCCEDÁNEAS

1.º Si la crisarrobina y el ácido pirogálico no son tolerados á las dosis de actividad, ó cuando la extensión de las superficies invadidas es muy considerable, los dos agentes reductores pueden asociarse en una misma preparación, sin perder ninguno de los dos sus propiedades, las que se adicionan.

Ácido crisofánico.	} aa.	2 gr. 50 á 5 gramos
— pirogálico.		
Vaselina.		90 á 95 —

M. s. a.

2.º Cuando esta preparación no resulta suficientemente eficaz, puede aumentarse su acción sin que por esto la aplicación sea más irritante, añadiéndole, en cantidades proporcionales (de 2 á 5 por 100), uno ó varios coadyuvantes, — *ictiol*, *azufre precipitado*, *ácido salicílico*, *aristol*, etc.

En igualdad de condiciones, cuando no sea posible emplear el ácido crisofánico á ninguna dosis, como por ejemplo en el cuero cabelludo, cara, manos, y se tenga interés, como ocurre generalmente, en conservar el ácido pirogálico sin que la dosis pueda alcanzar su grado de actividad, puede recurrirse á los coadyuvantes, obteniéndose entonces las *fórmulas* mixtas, en proporciones que varían según los casos.

En las circunstancias prudentemente indicadas ó para los enfermos cuyo tratamiento no puede ser muy rigurosamente vigilado, prescribimos muy á menudo una pomada de mediana actividad y en cuya composición entran:

Acido pirogálico.	} aa.	2 gr. 50 á 5 gramos
— salicílico.		
Aristol.		
Ictiol.		
Vaselina.		80 á 90 —

M. s. a.

3.º Con los antipsoriásicos expuestos hasta aquí pueden cumplirse la casi totalidad de las indicaciones del tratamiento de los psoriásicos, y muy raras veces será necesario recurrir á los sucedáneos, *antrarrobina*, *naftalina*, *naftol*, *gallanol*, etc.

A.— La *antrarrobina*, preconizada por Behrend, puede considerarse como un sucedáneo de la *crisarrobina*, con un poder reductor menor y una acción irritante menos acentuada, sin que por esto haya que fiar demasiado de este medicamento; su poder tintóreo es muy marcado. Soluble en el alcohol, cabe aplicarla directamente sobre los elementos psoriásicos cubriéndola seguidamente con *traumaticina* ó *película* á base de *acetona*, etc. Se emplea en forma de pomadas (5 á 20 por 100) y en emplastos.

B.— La *naftalina*, en pomada de 2 á 4 por 30, había sido empleada por Emery (1) en 1840, en el hospital Saint-Louis, aplicándose sobre

(1) EMERY.—Una palabra acerca el empleo de la pomada á base de naftalina concreta en el tratamiento de la psoriasis (*Bull. de Thérap.*, t. XXXIII, 1842).

las placas psoriásicas extendida sobre compresas; el carácter irritante de la naftalina obligaba á interrumpir con frecuencia su empleo, durante cuyos intervalos se recurría á las cataplasmas de fécula.

C.—El *naftol* β , ó naftalina oxigenada, preconizada principalmente por Kaposi, ha perdido el olor de la naftalina y en gran parte sus propiedades irritantes; su poder reductor es poco acentuado. Este medicamento, muy útil en las pitiriasis, seborreas, etc., no es en el tratamiento de la psoriasis más que un sucedáneo ó un correctivo, empleándose ora en las formas agudas de las variedades pitiroides superficiales, ora para terminar una serie curativa en un individuo cuya piel no tolera ya los reductores enérgicos, ya en fin para entrar en la composición de pomadas mixtas. Ofrece la ventaja de no despedir olor ni tener acción tintórea.

D.—El *gallanol* anhilido del gallol (ácido gálico) purificado, polvo blanco, finamente pulverizado, que se adhiere algo á los dedos, lo mismo que el aristol, es un agente reductor preparado en estado puro por el profesor Cazeneuve de Lyon (1). Ejerce una acción positiva sobre el elemento psoriásico, aunque relativa y variable, adquiriendo en algunos individuos, impensadamente, propiedades irritantes activas, hasta empleada á dosis restringida y siguiendo las reglas de la técnica especial de estos casos.

IV

Práctica balnearia, hidrotermal, hidroterápica

A. — PRÁCTICA BALNEARIA

Si en la psoriasis pudiera darse el baño normalmente, ó sea dirigido y observado por el médico y administrado por enfermeros bien adiestrados y vigilados, prestaría indudablemente grandes servicios, como coadyuvante ó correctivo de los diversos tratamientos. En éste como en otros puntos, no vamos á la vanguardia, pues hasta en nuestros hospitales especiales todo es antiguo y nada está organizado — en el verdadero sentido de esta palabra — para un tratamiento formal de la psoriasis.

1.º La *temperatura* media del baño varía de 32 á 35 y 36º

(1) CAZENEUVE, *Institut*, 27 Marzo de 1893. — CAZENEUVE y ROLLET, *Lyon médical*, 9 Abril de 1893, pág. 507, Investigaciones sobre el empleo del gallanol en el tratamiento de la psoriasis. — Consúltese, J. GONNON, El gallanol, su estudio y su empleo en el tratamiento del eczema y de la psoriasis (*Thèse de Lyon*, 1893).

centígrados, según su duración, la estación en que se toma y las indicaciones especiales del individuo.

La *duración* de la inmersión varía de quince minutos á varias horas. Cuando el baño se da para lavar la superficie del cuerpo ó deterger los elementos psoriásicos antes de establecer una cura con los secantes ó emplastos, ó para moderar la acción de los antipsoriásicos, basta que la duración sea de 10 á 30 minutos — *baños cortos*. Pero en los casos de psoriasis antigua, profunda, queratósica, rebelde, muy extensa, liquenizada, etc., cuando es preciso obrar directamente sobre la paraqueratosis por la inmersión, é indirectamente sobre el estado vascular patológico, la *duración útil* del baño es siempre de más de una hora, de hora y media á seis horas, aumentando progresivamente media hora en cada baño — *baños prolongados*. Se trata entonces de una medicación intensa que reclama una eficaz dirección facultativa: el peso del cuerpo se anotará regularmente, asegurándose por el análisis de la orina que el movimiento de desnutrición — acción alterante — no es demasiado rápido. La hora mejor para el baño prolongado es por la mañana, tomando el enfermo su primera comida una vez instalado, y si la duración de la inmersión ha pasado de tres horas, se le trasladará al lecho en posición horizontal.

2.º La *composición* del baño de los psoriásicos — *baños simples, alcalinos, con alquitrán* — se determina según el estado de irritabilidad ó de tolerancia de la piel sana ó alterada, y por la acción que se desee producir; en todas las formas y en todos los casos queda subordinada al estado de la salud general del individuo, y del funcionalismo de sus riñones y del sistema circulatorio.

Para el baño ordinario ó alcalinizado *de reacción* (véase pág. 122), ó *baño corto* si la paraqueratosis es muy acentuada, se impregnarán con *jabón* los elementos psoriásicos antes de la inmersión, ya con la mano ó con el cepillo, pudiéndose emplear el jabón ordinario de potasa, de alquitrán, ó de aceite de enebro, ó también crema de jabón á base de glicerina, simple ó medicamentosa.

3.º Si la cura se ha hecho con los emplastos, se quitarán antes de entrar en el baño las telas medicamentosas, ó dentro de él si están demasiado adheridas. Del mismo modo con el jabón, antes del baño ó después de entrar en el mismo, se quitarán los barnices y las colas, y al salir del baño se harán las nuevas aplicaciones.

Cuando el tratamiento se hace con *pomadas fuertes*, se aplaza la nueva fricción para la hora de acostarse, y si á la salida del baño la piel queda seca, lisa, con resquebrajaduras en las placas, se practicará una un-

tura grasa simple ó con las *pastas de zinc* débilmente saliciladas, si ha quedado un poco de irritación general y de prurito.

4.º El *baño de alquitrán* por el método de Hebra-Kaposi consiste en friccionar al enfermo con jabón dentro del baño, untando inmediatamente después con alquitrán todos los elementos psoriásicos. Hecho esto, se colocará de nuevo al paciente en el baño, donde permanecerá de cuatro á seis horas, colocándole luego en la cama, una vez lavado y seco.

En la *medicación por la brea*, el baño es un coadyuvante indispensable, sea para preparar mecánicamente el elemento psoriásico poniéndose en buenas condiciones, sea para detergerlo antes de renovar las diversas curas, ya en fin para proteger la piel sana y prevenir las complicaciones de foliculitis, eritema, etc. Es conveniente para regular, moderar y limitar la acción medicamentosa en el momento de la aplicación de la brea ó después de ella, sirviendo por último de vehículo y de moderador de la brea en los casos de psoriasis irritable, en los que empleamos el *jabón de alquitrán* ó la *tintura de coaltar saponinado*; fricciones con el jabón en el baño, ó añadiendo al agua del baño (baño de una á tres horas de duración) la dosis tolerada de coaltar, comenzando por 100 á 200 gramos para un baño de 200 litros.

5.º Los *baños salinos*, *salados*, los *sulfurosos*, los *baños de mar* y las *duchas de agua de mar* pueden en algunas ocasiones ser convenientes para el estado general de los enfermos.

En cuanto á los baños que contienen en disolución *substancias tóxicas*, especialmente *sales de mercurio*, por razón de la gran absorción que tiene lugar por las superficies en estado de paraqueratosis hiperémica, salvo muy raras excepciones, prescindimos de ellos en la terapéutica de la psoriasis.

B. — PRÁCTICA HIDROMINERAL

Por importante que sea el papel que desempeñe ó mejor que algún día haya de desempeñar el baño en el tratamiento de la psoriasis, la cura hidrotermal propiamente dicha no ha alcanzado el favor que le corresponde, y en realidad sólo existe en los puntos donde, por la composición química de las aguas, tradicionalmente se utilizan al interior—*aguas arsenicales*— ó bien en las estaciones donde se sabe emplear el *baño prolongado*. También podría aplicarse la cura hidrotermal en muchas otras regiones en donde médicos competentes y experimentados podrían utilizar el ocio y el reposo de los psoriásicos, así como aprove-

chase de la estación calurosa,—que es siempre la más favorable para curar la psoriasis,—para someterlos á un tratamiento intensivo *interno y externo*. Las estaciones hidrominerales, especialmente aquellas cuyas aguas tomadas al interior pueden cumplir una indicación general favorable al psoriásico y en donde se encuentre una instalación suficiente para las diversas modalidades de la práctica balnearia sometida á la dirección efectiva de médicos competentes, podrían reclamar para sí el tratamiento de la psoriasis.

En los momentos presentes cúmplenos señalar de un modo especial las tres estaciones de *Loèche*, *La Bourboule* y *Uriage*:

1.º *Loèche-les-Bains* — (Leukerbad, Valais), aguas *medianamente sulfatadas cálcicas, hipertermales*, de 51° C., reducidas en las piscinas comunes á 35° C. y á menudo algo más. La duración del baño es de una á seis ú ocho horas en una ó dos sesiones, comenzando por una hora y aumentando cada día media ó una hora. Muchos psoriásicos y algunos médicos creen que debe alcanzarse lo más pronto posible el máximo de inmersión, como deseando precipitar el «*brote*», tradicional y legendario, que se provoca además por las *duchas calientes*, de las que los enfermos no temen abusar. «*Brote*»: *exantema hidrotermal* multiforme representado típicamente por un eritema descamativo escarlatiniforme, pero con todas las variedades individuales. Estas aguas ejercen una acción hidrotermal indudable sobre la erupción existente, con ó sin epidermitis, pero apareciendo las recaídas y las recidivas como en todas las demás medicaciones de la psoriasis, cualesquiera que sean. La duración de la cura es de veinte á veinticinco días.

2.º *Uriage*, Isère (véase págs. 126 y 127). El baño prolongado, dos horas por término medio, y las duchas localizadas constituyen desde mucho tiempo la práctica de esta estación, siendo los mismos los resultados.

3.º *La Bourboule* (Puy-de-Dôme). Baños cortos ó prolongados, de agua pura ó con agua de la fuente Fenestre (arsenical fría); ducha á 45° C. en forma de regadera.

C. — PRÁCTICA HIDROTERÁPICA

1.º Las prácticas hidroterápicas—si estuvieran al alcance de todos los enfermos y fuesen familiares á todos los médicos—podrían quizás, lo mismo que el baño prolongado, combinadas con la sudación, formar parte de la cura psoriásica con menos gastos, y menos tiempo sobre todo, pu-

diendo utilizarse también para la profilaxia. La *sudación* (1) y la *ducha* obran directamente sobre los elementos angioparésico y paraqueratósico—descostramiento rápido y descongestión angioesténica,—especialmente en los casos de psoriasis generalizada, hiperescamosa, rebelde.

El procedimiento queratolítico de la sudación es bien conocido: el psoriásico que se descama, lo mismo que el ictiósico, pierden su aspecto característico con las abundantes sudaciones del verano, y los médicos que han observado un gran número de psoriásicos afirman que algunos presentan una *delitescencia estival normal*, y que el verano es la estación preferible para obtener curas maravillosas de la enfermedad. La sudación constituye, pues, un elemento *racional* de la medicación externa de la psoriasis, pudiéndose obtener por otros procedimientos externos, como por ejemplo, la envoltura impermeable, aunque el preferible es con toda seguridad la *estufa móvil aireada* tal como la acabamos de describir. La duración de cada aplicación no es larga, bastando ordinariamente provocar la sudación dos ó tres veces por semana; la misma ducha tomada solamente durante algunos minutos es evidente que, comprobada la igualdad de los resultados, el procedimiento hidroterápico activo sería preferible al baño de varias horas.

(1) El procedimiento externo de sudación preferible es la estufa seca, cuya acción exige mucho menos tiempo, exponiendo también menos que la envoltura seca y la envoltura húmeda á las reacciones nerviosas. Estufa seca aireada, es decir, que el aparato de sudación pueda colocarse en una habitación tan aireada como se quiera, en la que el paciente respira como si fuera al aire libre. Este aparato llámase «sillón sudatorio».

He aquí la descripción que del mismo hacen BENI-BARDE y MATERNE (*L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses*, París, 1894, pág. 46). Una gran silla de madera cercada de aros hasta la altura de la espalda y agujereada en la parte horizontal que forma el asiento, con quince ó veinte orificios de 0m,01 de diámetro. Entre las patas de delante se encuentra una plancha vertical bien ajustada, también con agujeros, unida por su borde inferior á un escabel ó taburete de algunos centímetros de altura donde el enfermo ha de colocar los pies. Una lámpara de alcohol ó un aparato de gas se coloca en el suelo dentro del espacio circunscrito por las cuatro patas de la silla.

El enfermo, completamente desnudo, se sienta en el sillón, cuyo asiento se cubrirá con una toalla doblada y húmeda con el fin de evitar una sensación de calor demasiado intensa, el que se regulará, por otra parte, por el volumen del foco de combustión. Se envuelve el sillón procediendo de detrás hacia adelante con una cubierta de lana de bastante anchura, que los aros mantendrán separada del cuerpo, fijándola por su borde superior alrededor del cuello del enfermo; se conducen los ángulos inferiores hacia adelante, teniendo cuidado de aproximarlos suficientemente para impedir que el calor del foco se escape hacia el exterior y para sustraer al enfermo del contacto de la piel con el aire exterior. De la misma manera, pero en sentido inverso, se dispone una segunda cubierta, sobre la que se extiende un lienzo impermeable.

El tiempo necesario para que se produzca la sudación es de quince á veinticinco minutos. La temperatura se eleva gradualmente de 40 á 45 ó 46° como máximo. Tan pronto como aparece el sudor, se rebaja la temperatura de la estufa apagando la lámpara; se renueva el aire de la habitación y se coloca una compresa fría sobre la frente del paciente haciéndole beber agua fresca tres ó cuatro veces por cuartas partes de vaso; la duración de esta última fase varía de cinco á diez minutos. Algunos enfermos prefieren, en vez de permanecer en la silla sudatoria, echarse sobre una cama, envueltos en sus cubiertas.

Después de cinco á diez minutos de sudación pasados en la silla estufa ó echado en una camilla envuelto con sus mantas, el enfermo, entreabiertas sus envolturas lo suficiente para poder andar, es conducido á la *ducha*, que se le da *tibia*, corta al principio, de alguna mayor duración en las siguientes sesiones y *enfriada* al final de su aplicación—de diez á veinticinco segundos según los individuos y el período—pasando rápidamente por el cuerpo, de manera que se produzca la acción angiosténica; la ducha se continúa en los días de intervalo de las sudaciones, sin perjuicio de poner en práctica otros medios de tratamiento local ó general (1).

2.º Cuando se presente alguna contraindicación para el empleo de la sudación, ó cuando ésta no sea necesaria, por ejemplo durante los grandes calores, ó en los casos de regular ó débil intensidad, se podrá emplear, sola ó con los baños, la *ducha generalizada tibia* algo *prolongada*, con la precaución de enfriar el agua algunos segundos durante la operación. Para administrar esta ducha, se comienza con el agua á unos 34º C; después de diez ó cinco minutos se hace llegar, siguiendo una ligera progresión, agua fresca ó fría, con la que se riega al enfermo durante algunos segundos, volviendo inmediatamente á la temperatura inicial. Esta ducha se emplea en las formas anhidrólicas, de placas apergaminadas, y tiene por objeto restablecer el tono vascular en la red venosa superficial parética—base esencial del proceso psoriásico.

En los psoriásicos congestivos que en las superficies momentáneamente curadas conservan máculas congestivas, terreno abonado para nuevas paraqueratosis, se podrán ensayar las duchas bastante prolongadas—de tres á siete ú ocho minutos de duración—con agua cuya temperatura podrá variar entre 33 y 38º C, teniendo cuidado de enfriarla durante algunos segundos en el curso de la operación, que se terminará con agua un poco más caliente á fin de evitar cualquier reacción.

Por último, á *título profiláctico*, en los niños psoriásicos puede colocarse, entre las prácticas capaces de luchar contra la astenia vascular periférica, el empleo de las *duchas calientes ó tibias* más ó menos prolongadas, refrescadas durante la aplicación y recalentadas al final de la misma. Algunas veces, sobre todo cuando la astenia vascular es bastante pronunciada y el enfermo está bien aclimatado, puede concluirse la operación refrescando el agua progresivamente. Después de las duchas, no hay necesidad de friccionar á estos enfermos, bastando con secarles (2).

(1) Terminada la ducha, se seca el enfermo suavemente, bebe un vaso de agua y se le aconseja que dé un paseo; si se sintiese fatigado, puede descansar en la cama, pero es preferible invitarle á que haga un poco de ejercicio.

(2) Nada de esto constituye una novedad. En 1839, ENGEL y WERTHEIM, médicos alemanes, solicitaron del gobierno francés la autorización para fundar en París un estableci-

IV

TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS SEGÚN LAS REGIONES
TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS ARTROPÁTICA

I. Psoriasis de la cabeza. — II. Psoriasis de los miembros. — III. Psoriasis de los pliegues de contacto. — IV. Psoriasis de los órganos genitales. — V. Psoriasis artropática.

Esta breve exposición comprende las indicaciones complementarias ocasionadas por la localización regional, y resume las particularidades relativas á una forma especial de psoriasis, la psoriasis artropática. Suponemos desde luego que es bien conocido todo lo que respecto al tratamiento de la psoriasis se ha indicado en las páginas anteriores, lo mismo que en el capítulo IV del tratamiento del eczema (pág. 169 á 210), en donde se encuentra bien detallado todo lo concerniente á las condiciones especiales de las regiones pilosas, de las superficies de contacto y de alrededor de los orificios naturales, como también las distintas maneras de curar y aplicar las vendas, propias de estas regiones. Este último capítulo sirve por lo tanto de complemento á los anteriores, pero de ningún modo les sustituye.

miento hidroterápico. Su demanda fué rechazada después de la relación hecha á la Academia real de Medicina, por Roche (*Bulletin*, tomo V, pág. 496, 1840); pero al año siguiente, obtuvo WERTHEIM la facultad de poder practicar experimentos hidriátricos en las clínicas de GIBERT y DEVERGIE del hospital Saint Louis. Por lo que se refiere á la psoriasis, los resultados obtenidos parecieron despertar algunas esperanzas. Sin embargo, muchos años después DEVERGIE (edición de 1857) y GIBERT (*Traité pratique des maladies de la peau*, 3.^a edición, París, 1863), aun recomendando también la hidroterapia en la psoriasis, no la consideran, al parecer, más que como un simple coadyuvante, sin llegar á ninguna conclusión firme. Esta cuestión, no obstante, es necesario que se someta á nuevas investigaciones por la acción de los procedimientos hidroterápicos actuales; el médico que desee, como lo hemos hecho nosotros, estudiar de nuevo el asunto desde sus orígenes, encontrará los datos y las indicaciones bibliográficas necesarias en el *Tratado* de GIBERT, citado precedentemente (t. I, pág. 440 á 445); las relaciones de DEVERGIE así como el conjunto de los demás documentos, se hallan en las obras siguientes: H. SCOUTETTEN, *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical, ou de l'hydrothérapie*; París y Strasburgo, 1843. — GILBERT D'HERCOURT, *Observations sur l'hydrothérapie*, París, 1855. — LUBANSKI, *Études pratiques sur l'hydrothérapie*; París, 1847. — DE PONTE RENO, *L'eau méthode spéciale de son emploi curatif*; París, 1852. — BALDOU, *Instruction pratique sur l'hydrothérapie*; París, 1857. Y para el estado actual de la medicación hidroterápica en general, véase BENI-BARDE y MATERNE, citados anteriormente, pág. 339.

I

Psoriasis de la cabeza

A.—El procedimiento que debe seguirse para tratar esta localización de la psoriasis varía según que se trate de un joven, de un adulto, ó de una mujer cuya cabellera deberá ser conservada. En el adulto y en el niño, se cortarán los cabellos con las tijeras á rape, conservándolos del mismo modo mientras dure el tratamiento y el mayor tiempo posible después del mismo. Si existen gruesos conglomerados córneos y adherentes, se desprenderán y eliminarán fácilmente con las duchas pulverizadas, la gorra de caucho, aplicaciones de manteca de cerdo, jabón blando de potasa.

La conservación de los cabellos si es necesaria en algunos casos en el hombre —en general lo es en la mujer— constituye en esta región un obstáculo de relativa importancia para el tratamiento de la psoriasis, enfermedad incesantemente recidivante. En estos casos recurriremos á las prácticas que ya hemos indicado á propósito del tratamiento del eczema del cuero cabelludo en análogas condiciones (véase págs. 170 á 173): duchas pulverizadas, gorra de caucho para el descostramiento, aplicación de pomadas sobre los elementos psoriásicos practicando surcos en los mismos, etc.

Si los cabellos son negros ó de un color obscuro, el antipsoriásico por excelencia es el *pirogalol* en *pomada* del 5 al 15 por 100. Por la noche, antes de acostarse, se practicará con cepillos de piel una fricción *limitada* á los elementos psoriásicos, los que deberán *empaparse* del agente reductor; una vez terminada la fricción, se secará el cuero cabelludo, cubriendo después la cabeza con una gorra ó papalina. Por la mañana, se dará una *ducha pulverizada, coaltarada* de 1 á 10 por 100, ó una fricción con *jabón blando*, *jabón de ictiol* ó *jabón de alquitrán*, lavándose después con agua caliente.

Si el cuero cabelludo está seco, lustroso y más ó menos intensamente hiperemiado, se practicará una untura con vaselina y después se secará la cabeza. El empleo de la crisarrobina no convendrá en ningún caso por la coloración roja que da á los cabellos, sea cual fuere su matiz, y por los accidentes que determina en las regiones circunvecinas (véase pág. 278 á 279). Practicadas debidamente todas estas prescripciones, es raro que se produzca el menor accidente de dermatitis ó de foliculitis, mejorando en general rápidamente la enfermedad.

En las formas mixtas ó ambiguas — psoriasis ó eczema seborreico (2) — la *pomada compuesta* de *ictiol* y *ácido pirogálico* — mezclados en partes iguales con 100 gramos de excipiente, — está perfectamente indicada, presentando sólo el inconveniente del olor á ictiol que despidе. Las preparaciones con el aceite de enebro (véase 272 á 277) convenientemente dosificadas, convienen en casi todos los casos, y si no fuese por el olor, son los preparados que se utilizarían casi siempre. Contra los elementos psoriásicos localizados y limitados, se obtienen buenos resultados empleando las *pomadas hidrargíricas mixtas*, por ejemplo, de *óxido amarillo* y *aceite de enebro*.

En la cara, donde la psoriasis es relativamente rara y poco extensa, excepto en el ribete frontal del cuero cabelludo, en las orejas, párpados, dorso de la nariz, constituye de ordinario localizaciones vagas, poco precisas y limitadas. En las regiones pilosas de la cara, conductos auditivos, alrededor de los orificios, párpados, se seguirá la misma técnica que hemos expuesto ya para el eczema (véase págs. 173 á 188) y con los mismos detalles. En las partes desprovistas de pelos, se aplicarán pomadas *no tintóreas*, especialmente hidrargíricas (véase págs. 277 y 278); pomada á base de *naftol* y emplastos mercuriales limitados solamente á los elementos psoriásicos que se aplicarán únicamente durante la noche.

II

Psoriasis de los miembros

A. —La psoriasis de los miembros únicamente se particulariza desde el punto de vista del tratamiento en sus extremidades. — *Psoriasis palmar, plantar, ungueal; Psoriasis verrugosa*.

Contra la psoriasis de las regiones palmar y plantar, se aplicarán por la tarde *emplastos* ó *pomadas* á base de *pirogalol*, *crisarrobina*, *aceite de enebro* puro ó diluído, ó también *emplastos* á base de *aceite de enebro*, *emplastos de Vigo*, *pomadas* y *emplastos mixtos*, y por la noche guantes de piel; por la mañana se dará un baño local *lisolado* ó *coalatado*, después se limpia perfectamente la región afecta con jabón de *ictiol*, suavizándolo con glicerina, y dejando después, en caso necesario, durante el día, la mano completamente libre de todas esas prácticas medicamentosas. Se observarán también los cuidados consecutivos de protección y suavizantes en las superficies palmares por medio de los glicerolados y los guantes provistos de tela fina de caucho en la cara

correspondiente á las superficies enfermas; en algunas profesiones, se emplearán medios guantes de caucho elástico no vulcanizado.

B. — Exista ó no la psoriasis periungueal, las lesiones de las uñas son muy comunes; pueden presentarse solas, sin psoriasis concomitante ó anterior de ningún otro punto del cuerpo, viniendo á constituir el primer fenómeno de una psoriasis que más adelante se generalizará. En la psoriasis ordinaria, común, acompañada de lesiones ungueales, pueden ser éstas simples manchas subungueales opacas ó consistir en una opacidad general; otras veces, conservando la uña su transparencia, se observan surcos transversales profundos, únicos ó múltiples, distintas exageraciones de las estrías longitudinales fisiológicas, finas puntuaciones análogas á las que se marcarían en la cera con un punzón, etc. Estas últimas alteraciones, que son las más comunes, no tienen nada de especial y característico, puesto que podemos muy bien observarlas en los individuos eezematosos. Si existe perionixis localizada ó por propagación, el proceso morboso en la uña presenta los mismos fenómenos que en las afecciones parasitarias, tricofton, acorion en sus más variadas formas; degeneración laminosa opaca de toda la uña (sobre todo en las extremidades inferiores), con engrosamiento, deformación y caída total, exfoliación fibrilar (en médula de junco), adelgazamiento y friabilidad muy extremadas, inclusión de la uña bajo un revestimiento epidérmico, — psoriasis superungueal, obs. de Vérité, — etc., etc. En los casos de dermatitis exfoliante secundaria á la psoriasis artropática, á la irritable, etc., es muy frecuente observar que toda la uña se convierte en una masa yesosa, opaca, confundándose con la cubierta escamosa del dedo, adherida simplemente por la línea de inserción radicular y que con facilidad se desprende por sí sola ó á la menor tracción. La restauración de estas uñas se verifica completamente hasta en los casos cuya muda se repite varias veces. En la psoriasis localizada de las uñas, su comienzo puede verificarse por la matriz, como muy bien lo ha demostrado Vérité, apareciendo en unos casos como una mancha á veces equimótica y otras veces como una simple opacidad, más á menudo lateral que no central, con tendencia á extenderse hacia los bordes laterales ó hacia el borde libre de la uña; *se desprende con facilidad*, y la caída parcial de la uña constituye uno de los caracteres evolutivos más importantes y más desagradables para el paciente. Unas veces la dermatosis ataca todos los dedos, las dos manos, otras invade solamente algunos dedos, de ordinario simétricamente. La marcha de la psoriasis de la uña es esencialmente tórpida y duradera (1).

(1) Consúltese: A. VÉRITÉ, Psoriasis superungueal (*Ann. de la Société d'Hydrologie*,

El pronóstico de la psoriasis de las uñas, por lo que se refiere á la terapéutica, no es absolutamente grave, puesto que la restauración de las uñas puede realizarse de un modo completo; en cambio, desde el punto de vista de la duración, es muy mediocre, pues á pesar de las medicaciones intensivas, la psoriasis ungueal se eterniza. En el curso del tratamiento, podrán cortarse y recortarse las uñas, así como se protegerán siempre que sea posible con dedaleras de piel ó de caucho elástico no vulcanizado.

La medicación por medio de los emplastos es la primera que debe aplicarse; después de un maniluvio tibio con agua coaltarada ó lisolada y habiéndose quitado con la vaselina todos los restos que hubiesen podido quedar de las curas precedentes, se cubrirá cada uña con un pedacito de emplasto de *Vigo* fino y no muy fuerte á base de *aceite de enebro* ó de *emplasto pirogólico*, y si es necesario *crisofánico* (con las convenientes precauciones) siempre que pueda aceptarse una cura tintórea; estos pedacitos de emplastos se sostendrán con dedaleras de piel ó de caucho. Esta cura podrá aplicarse solamente por la noche, y durante el día los dedos quedan libres ó enguantados ó también se protegerán con dedaleras, según las circunstancias.

Si por algún motivo no pudieran aplicarse los emplastos, se practicarán fricciones con las pomadas; se harán embrocaciones con *aceite de enebro* ó con *alcohol de alquitrán* á partes iguales, procurando que la substancia activa penetre bien por debajo de las partes desprendidas.

En casos de irritación ó intolerancia, se emplearán las curas anodinas y envolturas impermeables inmediatas por medio de dedaleras de caucho, etc., etc.

C. — En las variedades verrugosas de la psoriasis de los miembros, cuando las capas córneas son lo suficientemente gruesas que obliguen á su previa avulsión, se puede obtener con frecuencia por medio de la oclusión con caucho, la maceración queratolítica elemental.

Cuando las placas verrugosas constituyen verdaderos queratomas contra los que los antipsoriásicos son impotentes, podrá recurrirse á los agentes más enérgicos de la medicación queratolítica—*jabones de potasa salicilados*, *soluciones muy diluidas de potasa cáustica*, *baños locales boratados*, etc. Si las alteraciones son limitadas,—hiperqueratosis ó hiperliquenización—se podrán raspar las placas por medio de las cucharillas cortantes que se emplean en dermatoterapia, guardando siempre todas las precauciones asépticas inmediatas y consecutivas que son de rigor.

t. XXI).—MENEAU, Contribución al estudio de la psoriasis ungueal (*Bulletin de la Soc. franç. de dermatologie*, París, 1893, págs. 232 á 248).

III

Psoriasis de los pliegues de contacto

A.—Si bien es verdad que la psoriasis normal ocupa de ordinario las prominencias y respeta los pliegues, las excepciones no son raras, ya porque las lesiones al extenderse invaden las superficies de flexión y los pliegues, ya también de un modo paradójico, porque dichos puntos constituyen el sitio de elección y hasta exclusivo de estas lesiones. En los individuos obesos, artríticos, glucosúricos gordos, sean ó no azoúricos, la psoriasis es siempre difícil de tratar aun cuando sea normal su localización, y reclama, en las formas intertriginosas comunes, cuidados especiales, como también, á título profiláctico, ciertas precauciones de limpieza habitual de la región. Es muy verosímil que el terreno esteatidróxico, por distintas razones, como, por ejemplo, las alteraciones de los productos de la secreción, por irritación é hiperemia, proliferaciones microbianas secundarias etc., etc., favorezca la localización paratípica de la psoriasis, del mismo modo como determina la localización normal del eczema.

B.—Los medios de acción son idénticos á los que se emplean contra la psoriasis de las demás regiones, siendo necesarias de todos modos precauciones especiales. En las axilas, los vestidos deberán estar abiertos con el fin de evitar la acumulación de capas en el pliegue, siendo necesarios los lavados locales con *jabón de ictiol*, *agua coaltarada* ó *lisolada*; se reducirá un tanto la dosificación de los antipsoriásicos así como también se interrumpirá regularmente su aplicación. Los mismos cuidados, y aun con más rigor, se observarán en el ombligo, pliegues submamarios, infraabdominales é inguinales; en los individuos obesos de ambos sexos, se separarán las superficies de contacto en el ombligo: se colocará en su cavidad una bolita de algodón hidrófilo y en los espacios interdigitales de los pies, pequeños pedazos de emplasto ó de *lint* ó también algodón hidrófilo; se darán asimismo *pediluvios* tibios *lisolados* ó *coaltarados* que se preparan con 1 ó 2 gramos de lisol, y de 5 á 20 gramos de coaltar por cada litro de agua.

IV

Psoriasis de los órganos genitales

En la psoriasis de estas regiones, se observarán los mismos cuidados que para el eczema localizado en las mismas, pero sobre todo es indispensable proteger las superficies enfermas del contacto de la orina (véase págs. 199 á 205): se emplearán, por lo tanto, el *aceite de enebro*, las *pomadas hidrargíricas*, *baños locales* con soluciones débiles de *lisol*—1 á 2 gramos—ó de *coaltar saponinado*—de 2 á 10 gramos—por cada litro de agua. En estas regiones, más que en ninguna otra, constituye una regla absoluta el procurar que los agentes medicamentosos penetren en la epidermodermis; pero exclusivamente á nivel de los elementos psoriásicos, protegiendo las partes sanas circunvecinas; las fricciones se practicarán con torundas ó simplemente con la mano.

V

Tratamiento de la psoriasis artropática

A.—Evidentemente no cabe dudar de la relación que existe entre la psoriasis y un síndrome positivo comprendiendo artropatías (de las que algunas son del tipo más grave) con trastornos medulares y psíquicos, melalgias, mialgias, neuralgias, diversas distrofias, infección y últimamente caquexia. La literatura médica nos presenta algunas observaciones dispersas de psoriasis con lesiones articulares, y si bien en 1857 Devergie (1) señaló con mucha precisión y claridad su relación ó depen-

(1) Es muy notable la descripción de Devergie, llegando casi á comprender la relación que existe entre la psoriasis y lo que nosotros llamamos *psoriasis artropática*, *psoriasis infecciosa*, *caquexia psoriásica*, como también á separar esta enfermedad de la gota y del reumatismo. He aquí una parte de su descripción:

«En este estado (la psoriasis inveterada), la enfermedad ejerce cierta influencia sobre la economía en general: estos individuos adelgazan, pierden sus fuerzas y la agilidad en sus movimientos, quedando algo atontados; al mismo tiempo se entorpecen los dedos de los pies y manos, y las articulaciones de las falanges afectan completamente la disposición que presentan cuando la gota ha llegado al estado crónico, ó en el reumatismo gotoso, los dedos formando ángulo, en flexión hacia la palma de la mano, sin tofos, pero sin que sea posible tampoco enderezarlos; las mismas uñas se ponen enfermizas...»

M. Moissner, médico del hospicio de la Vejez, cuenta en su clínica un gran número de estos individuos achacosos, y especialmente de viejos psoriásicos, admitidos en concepto de incurables á causa de su enfermedad (*Traité pratique des maladies de la peau*, págs. 471 y 472, París, 1857).

dencia, en realidad, desde nuestras investigaciones y por los trabajos llevados á cabo por nuestros alumnos del hospital Saint-Louis la cuestión ha tomado verdaderamente un carácter científico positivo (1).

En la psoriasis artropática, no se trata en modo alguno de la psoriasis que coexiste con el reumatismo, ni cuando éste se presenta con alterancias ó formando series morbosas familiares dignas de observación, sino de un síndrome que corresponde á la esencia misma de la enfermedad psoriásica, y cuya noción ofrece principalmente importancia para la historia y el concepto general de su verdadera naturaleza (véase página 244).

B. — La psoriasis artropática no comprende solamente los casos graves, típicos, sino que abraza también un gran número de abortados, frustrados, que se reconocerán con facilidad si se examinan completamente los enfermos desde este punto de vista; ejemplos de ellos se encuentran constantemente en las clínicas del hospital Saint-Louis.

En las formas graves, la enfermedad evoluciona insidiosamente con largas remisiones, lenta pero progresivamente, y respetando por largo tiempo las funciones de nutrición y los centros psíquicos, hacia el período de decadencia y de caquexia (2).

C. — La psoriasis en la variedad artropática conserva su inmutable resistencia á todos los medios terapéuticos, pues si bien los incidentes y los síntomas de la enfermedad pueden atenuarse ó desaparecer temporalmente, juntos ó separadamente, y ceder también á las diversas medicaciones empleadas, siempre se verifica más ó menos incompletamente y por un tiempo determinado.

La lesión cutánea que precede, acompaña ó se manifiesta después del desarrollo de las artropatías, melalgias, neuralgias, etc., muy pocas veces es benigna y curable; casi siempre es irritable, reproduciéndose incesantemente y mostrándose rebelde á toda clase de medicación externa.

Las mialgias, neuralgias, melalgias, etc., se modifican y amortiguan por medio de fricciones, ó de embrocaciones de *cloruro de metilo* (*estipage*) y con los *bromuros*, *opio* y la *serie de los valerianatos* y la

(1) Véase H. DURON. — Algunas consideraciones acerca las relaciones de la psoriasis con el reumatismo, especialmente con el reumatismo fibroso, *Thèse de Paris*, 1886. Véase sobre todo el importantísimo trabajo de nuestro distinguido alumno, CH. BOURDILLON, *Psoriasis y artropatías*, *Thèse de Paris*, 1888.

(2) He aquí los términos en que lo describe Devergie:

«El enfermo se halla imposibilitado de ejercer ninguna profesión; anda con dificultad, vacilando; se enflaquece poco á poco, aun conservándose en bastante buen estado sus vías digestivas; todos estos enfermos también llegan á viejos, pero enfermos.»

Tratado citado, pág. 472.

antipirina; pero con este último analgésico es necesaria la prudencia y la vigilancia, pues no siempre es tolerada, pudiendo provocar rápidamente generalizaciones escarlatiniformes, como se ha demostrado en uno de nuestros enfermos (1).

El *arsénico* algunas veces es favorable, pero otras veces no ejerce ninguna acción, sin que pueda determinarse la razón individual de esta diversidad de efectos.

El *yoduro de potasio*, del que ya tenemos una abundante y dilatada experiencia, es el agente de mayor actividad contra las artropatías, principalmente si se emplea con oportunidad y es tolerado á elevada dosis: en uno de los casos en que nos dió más positivos resultados se trataba de un enfermo que pudo resistir la dosis de 25 gramos por día; á pesar de esto la erupción cutánea ha persistido, irritable, reproduciéndose incesantemente y sin tolerar las medicaciones intensivas.

Razón existe también para ensayar la acción de las inyecciones subcutáneas de sales mercuriales insolubles, ó la mercurialización interna, sin que se puedan, no obstante, abrigar *a priori* fundadas esperanzas sobre este medio, pues su acción, si bien acentuada en algunos individuos, es siempre eventual y por un tiempo determinado. Ninguna prueba, con todo, ha de despreciarse, y desde los primeros períodos estarán perfectamente justificadas las medicaciones yodurada y mercurial, solas ó asociadas.

Los ensayos que hemos realizado con la *serie electroterápica* no nos han dado ningun resultado positivo, á no ser contra las alteraciones musculares.

Las *duchas quebradas tibias* y los *baños prolongados* pueden utilizarse en determinados períodos, no á título curativo (2); pero nunca la mejoría temporal que se obtiene ha sido proporcional á las dificultades que deben vencerse para realizar un tratamiento tan complicado y laborioso. Las aguas de *Aix* en Saboya, *Plombières*, *Neris*, *Bourbonne*, *Bourbon l'Archambault*, etc., pueden emplearse en distintas circunstancias y en virtud de indicación formulada.

Las artropatías propiamente dichas deberán ser siempre atentamente vigiladas; los miembros se colocarán y *mantendrán* en posición conveniente, y las fricciones, el masaje, los puntos de fuego y la electrización muscular cumplirán las indicaciones que derivan de los trastornos neuro-

(1) Observación II de la *Tesis* de BOURDILLON, *loc. sup. cit.*

(2) Véase la observación de uno de estos enfermos referida por BOURDILLON, páginas 172, 175.

tróficos peri-artropáticos. Por medio de estos continuos y bien regulados cuidados, se podrán casi siempre retardar y atenuar los accidentes de la caquexia psoriásica, evitar las deformidades que acarrearán las artropatías descuidadas y las que, una vez producidas, son siempre muy difíciles sino imposibles de rectificar.

CAPITULO XII

TRATAMIENTO DE LOS LIQUENES

POR

E. GAUCHER

Y

C. BARBE

Profesor agregado de la Facultad
de Paris
Médico del hospital Saint-Antoine

Jefe del laboratorio de dermatología
del hospital Saint-Antoine
Ex-interno del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Divisiones

En el grupo antiguamente tan complejo de los líquenes sólo se conservan hoy tres tipos bien caracterizados: el liquen simple agudo, el liquen simple crónico y el liquen ruber. Unicamente estudiaremos, pues, en este capítulo el tratamiento de estas tres dermatosis; sin embargo, para seguir la costumbre establecida, diremos algo de la medicación que debe emplearse en el liquen escrofuloso y en el liquen piloso, por más de que estas dos afecciones no pueden considerarse de ningún modo como líquenes, sino más bien como foliculitis de naturaleza especial.

II

Liquen simple agudo y crónico

El liquen simple agudo es una dermatosis caracterizada por unas pequeñas pápulas pruriginosas rojas, puntiagudas, cada una persistiendo tres ó cuatro días aproximadamente, y manifestándose por brotes sucesivos.

En el liquen simple crónico, las pápulas duran mucho más tiempo y se acompañan de un engrosamiento á veces muy notable de los tegumentos; á esta afección muy pruriginosa es á la que algunos autores denominan hoy *neurodermitis*.

El liquen simple, agudo ó crónico, tiene tanta afinidad con el eczema, agudo y crónico, que podemos decir que el tratamiento de estas dos afecciones es poco más ó menos el mismo. Por otra parte, es ya sabido que muchos autores reúnen bajo una misma descripción estas dos dermatosis, considerando el liquen simple como un eczema papuloso.

A. — LIQUEN AGUDO

El tratamiento del liquen agudo es á la vez interno y externo. Se proibirán, lo mismo que en el eczema agudo, los alimentos excitantes ó fácilmente fermentescibles, como la caza, salchichería, pescado de mar, moluscos, crustáceos, platos picantes, caldo graso, coles, acedera, tomates, quesos fermentados, vino puro, alcohol, caté y té. La base de su alimentación lo constituirán la leche y los lacticinios.

Se obtendrán buenos resultados prescribiendo con alguna frecuencia los *laxantes* y hasta un *purgante*, siempre que el enfermo presente síntomas de empacho gastro-intestinal. Se administrarán los *diuréticos*, siendo la *leche* uno de los mejores. Se ordenarán al mismo tiempo las aguas *alcalinas*, pero teniendo mucho cuidado de no hacer tomar á los enfermos preparaciones arsenicales, las que en general deberán desecharse en todos los períodos agudos de las dermatosis.

Como en el liquen no se presenta el abundante rezumamiento que se observa al comienzo del eczema, podrán aplicársele desde un principio como *tratamiento local* las pomadas calmantes, que están contraindicadas en el eczema agudo. Estas pomadas, cuyo excipiente será la *vaselina*, contendrán un 1 por 10 de *óxido de zinc* ó de *subnitrato de bismuto*, pudiéndose añadir á estas sustancias el *mentol* en la proporción de 1 por 100, siempre que sea necesario calmar el prurito. Se prescribirán también los *baños con salvado ó almidón*. Algunas veces, sin embargo, se obtienen mejores resultados con las *compresas emolientes* ó los *polvos* calmantes que con las pomadas. Pasado ya el período agudo de la erupción, se emplearán las pomadas astringentes con *calomelanos* (1 por 10), *tanino* (2 por 30) ó *subacetato de plomo* (1 por 25).

B. — LIQUEN CRÓNICO

El tratamiento interno del liquen crónico es exactamente el mismo que el del liquen agudo; sin embargo, en los casos de liquen crónico podrá prescribirse con mejores resultados el *arsénico*, exceptuando los nuevos brotes agudos. Para calmar el estado nervioso de los enfermos, se recurrirá con ventaja á los *antiespasmódicos* como el *extracto de valeriana* (4 gramos al día) el *valerianato de amoníaco* (0^{gr},20 al día); podrán ensayarse también las *duchas templadas* á 35° aplicadas sobre la columna vertebral, duchas que han sido empleadas por Jacquet en el liquen plano y de las que nos ocuparemos de nuevo más adelante.

Localmente se calmará la comezón con lociones antipruriginosas, como la *solución de sublimado* (sublimado 0^{gr},25; clorhidrato de amoníaco 0^{gr},25, agua 240 gramos; agua destilada de laurel cerezo, 10 gramos), y espolvoreando inmediatamente después con polvos inertes.

En las formas tórpidas, deberá recurrirse primero á la aplicación de los agentes sustitutivos, siendo uno de los mejores el *aceite de enebro con glicerolado de almidón neutro* en las proporciones de una décima ó una cuarta parte ó también de una mitad; con frecuencia se empleará puro dicho aceite. Si el olor que despidе el aceite de enebro es un obstáculo para su prescripción, se emplearán las *pomadas saliciladas* al 1 ó 2 por 100, con *naftol* al 1 por 10, de *óxido amarillo de mercurio* al 1 por 10. Con la pomada de *óxido de zinc* y de *mentol* al 1 por 100 se calma bastante la picazón. Las aguas sedantes como las de *Nérís* están indicadas en el tratamiento del liquen crónico.

III

Liquen ruber

Con esta denominación comprendemos el liquen plano de Wilson y el liquen acuminatus de Hebra.

El liquen plano es una dermatosis que está constituida por unas pápulas rojas, aplanadas y brillantes, más ó menos poligonales, con una ligera depresión en su centro, duras y secas, presentándose ora aisladas ora agrupadas, constituyendo placas de mayor ó menor extensión.—Además de esta forma típica de liquen, pueden presentarse algunas formas especiales como el liquen plano córneo, el liquen obtuso y el atrófico ó escleroso.

En cuanto al liquen acuminatus de Hebra y Kaposi, se caracterizaría por la presencia de pápulas cónicas, rojas, duras y en mayor número y por consiguiente más generalizadas que en el liquen plano.

Por ser el liquen plano la única forma de estas dermatosis que se conoce en Francia, nos limitaremos solamente á ella al estudiar su tratamiento. — La etiología del liquen plano es todavía ignorada; sólo podemos decir que lo único que se sabe es que se presenta con frecuencia en individuos artríticos nerviosos.

El tratamiento de dicha dermatosis difiere algún tanto, según que se trate del liquen plano común ó de un brote inflamatorio, ó bien de la variedad descrita por Lavergue con el nombre de liquen plano agudo. En esta última variedad, prescribiremos el mismo tratamiento calmante que para el liquen simple agudo.

El *tratamiento interno* del liquen plano consistirá principalmente en la administración del *arsénico*. Este medicamento es uno de los mejores que pueden prescribirse, como lo comprueba muy bien el uso que de él hacen los dermatólogos alemanes y á muy elevadas dosis. En la forma de *licor de Fowler*, por ejemplo, el arsénico se administrará durante varios meses seguidos á dosis progresivamente crecientes desde IV hasta L gotas, aumentando cada día una gota, procurando siempre no exceder nunca los límites señalados por la tolerancia gastro-intestinal.

Cuando el enfermo presentase algunos fenómenos de intoxicación, convendrá disminuir una gota cada día hasta llegar á no dar ninguna, aumentándolas después otra vez progresivamente hasta alcanzar la dosis máxima que sea con facilidad tolerada, rebajar de nuevo y así sucesivamente.

En los casos de verdadera intoxicación, se suspenderá del todo la medicación. El arsénico puede también prescribirse en la forma de *arseniato de sosa*, desde 4 miligramos hasta 2 centigramos, ya en gránulos ó también en solución (agua destilada 200 gramos; arseniato de sosa 0^{gr},04; cada cucharadita de café contiene 1 miligramo de arseniato de sosa). Al mismo tiempo se obtendrán también buenos resultados prescribiendo una rigurosa *higiene alimenticia*, análoga á la que se aconseja en el tratamiento del eczema.

Localmente, se empleará el *glicerolado tartárico* de Vidal (1 gramo de ácido tartárico por 30 gramos ó 20 gramos de glicerolado de almidón) ó también la *pomada de ácido salicílico*, al 1 por 50 y hasta al 1 por 30, á la que se añadirá *óxido de zinc* ó *calomelanos*. Pero casi siempre convendrá recurrir á una medicación más enérgica, como las embrocaciones con el *glicerolado de aceite de enebro* ó con la pomada á base de *ácido*

pirogálico del 5 al 10 por 100. — Contra la intensa comezón se aconsejarán las lociones con una solución *fenicada* al 1 por 100, la aplicación de una pomada con *mentol* al 1 por 100, pero con lo que se obtienen mejores resultados es con las duchas tibias.

El tratamiento de las duchas tibias consiste en la administración de una *ducha* de agua á 35° sobre la columna vertebral durante treinta ó sesenta segundos, una ó dos veces al día. Este tratamiento fué preconizado por primera vez por Jacquet, en el liquen plano, excluyendo cualquier otro tratamiento externo y toda medicación interna. Este autor nos refiere casos de liquen plano curados solamente por la hidroterapia tibia, pero en cambio otros médicos no han obtenido siempre resultados tan satisfactorios.

Fáltanos sólo ocuparnos de una variedad de liquen plano, el *liquen plano córneo*, cuyo tratamiento vamos á indicar. En esta variedad de liquen, se comenzará por descostrar la piel con aplicaciones de *jabón negro*; este jabón se extenderá en ligera capa sobre un trozo de franela, que se aplicará sobre las placas papulosas; una vez libres éstas de los productos epidérmicos que las cubrían, se practicarán embrocaciones con una pomada á base de *ácido salicílico* al 1 por 50 ó al 1 por 30 ó á base de *ácido pirogálico* al 1 por 20 ó al 1 por 10.

IV

Liquen escrofuloso

El liquen escrofuloso no es propiamente una variedad de liquen, sino una perifoliculitis, cuya naturaleza tuberculosa quedó bien demostrada desde los trabajos de Jacobi en 1891.

Dedúcese de tan importante descubrimiento, que el tratamiento del liquen escrofuloso debe ser, ante todo, el tratamiento de la tuberculosis en general, sobre el que no hay para qué insistir en este lugar, añadiendo solamente que el *aceite de hígado de bacalao* administrado á grandes dosis ha de constituir la base de este tratamiento. Localmente, el aceite de hígado de bacalao se aplicará ya en unturas, ya en forma de emplastos, si bien convendrá tener presente que esta forma de tratamiento raras veces es aceptada por los enfermos, sobre todo por los que han de estar fuera de casa.

En estos casos se empleará, ó bien una pomada con *naftol*, ó una pomada con *ácido pirogálico*, una y otra á la proporción de 5 por 100.

V

Liquen piloso

El liquen piloso ó queratosis pilosa puede considerarse también como una variedad de foliculitis caracterizada por la formación de unas ampollas grisáceas, secas, córneas, que radican á nivel de los orificios de los folículos pilosos y localizadas con preferencia en la parte externa de los miembros. Observándose con bastante frecuencia esta dermatosis en los individuos de naturaleza linfática, se prescribirá el *aceite de hígado de bacalao* á altas dosis en invierno y el *arsénico* en verano.

El tratamiento local consistirá en descostrar la piel, para lo que se enjabonarán bien las partes afectas en un baño con *jabón* á base de *ácido salicílico*, aplicando después cada día una *pomada salicilada* ó un *emplasto salicilado*, cuyas dosis serán más ó menos elevadas según la intensidad de la erupción. En el caso de ser muy intensa la irritación producida, se sustituirá durante algún tiempo la medicación sustitutiva por los *baños de almidón* y las *pomadas calmantes*.

La *queratosis de la cara* es todavía más rebelde al tratamiento. Se emplearán igualmente el *jabón negro* y las *pomadas* con *ácido salicílico* ó *tartárico*, aplicadas durante la noche; durante el día, se espolvoreará la parte afecta con un polvo inerte. En los casos más rebeldes, podrán ensayarse las *escarificaciones* lineales en cuadrículas muy apretadas, que se practicarán cada ocho días, siguiendo el método de Vidal.

Finalmente, si se trata de la *queratosis del cuero cabelludo* seguida casi siempre de alopecia, se aplicará dos veces por semana una *pomada sulfurosa* al 1 por 10.

CAPITULO XIII

TRATAMIENTO DE LOS PRURITOS Y DE LOS PRURIGOS

POR

R. DU CASTEL

Médico del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

El prurito es una sensación especial que se experimenta en la piel y nos impele á rascarnos. Este fenómeno se presenta en el curso de gran número de afecciones cutáneas, caracterizándose éstas por atacar solamente las capas superficiales de la piel. En muchas de estas afecciones, el prurito sólo aparece como un accidente de secundaria importancia, ocupando un lugar casi olvidado en su historia. No es éste el lugar á propósito para analizar este prurito secundario, cuya exposición y tratamiento va unido al estudio de las enfermedades en cuyo cortejo sintomático no constituye más que un fenómeno de gravedad enteramente relativa.

Existen enfermos, por el contrario, en los que el prurito es el único accidente perceptible y otros en que, aun acompañado de erupciones más ó menos importantes, parece merecer el primer lugar en el cuadro patológico: de estas dos clases de enfermos nos ocuparemos en este capítulo.

En la primera variedad, el prurito adquiere una importancia de primer orden, convirtiéndose en una verdadera enfermedad, á pesar de que ninguna erupción le acompaña; la comezón es el único accidente perceptible que existe durante un tiempo más ó menos largo, persistiendo algunas veces indefinidamente sin que exista ninguna alteración simultánea

de la piel, inflamatoria ó de otra clase: estos son los pruritos que se describen con el nombre de *pruritos simples* ó *idiopáticos*.

La segunda variedad se observa en cierto número de enfermos cuando, después de haber sido atormentados durante un tiempo muy variable por un prurito declarado, ven aparecer, en las regiones donde el prurito se había manifestado, una erupción papulosa de aspecto especial, que se distingue por sus pápulas más voluminosas que las del liquen, sin cambio de importancia en la coloración de la piel; muchas de estas pápulas presentan en sus vértices una costra negruzca resultante de las excoりaciones que se producen al rascarse: estos son los enfermos que nuestros maestros de la escuela francesa, Bazin, Hardy, Vidal, nos han enseñado á considerar como afectos de *prurigo verdadero*, de *prurigo de Willan*. Este prurigo puede ser un accidente agudo y pasajero ó constituir una afección prolongada y crónica.

Por último, otros enfermos, después de haber sido atacados en un principio por un prurito simple ó por un prurigo simple, ven desarrollarse en la superficie de su cuerpo placas eruptivas polimorfas. Estas lesiones nuevas se distribuyen en capas inflamatorias extensas ya secas, ya húmedas, revistiendo en un punto los caracteres del liquen, en otro los del eczema: estas lesiones por su importancia ocultan las primitivas ó iniciales, de las que, sin embargo, pueden á menudo encontrarse todavía indicios. A los que habían alcanzado este período de la afección, se les consideraba antiguamente como afectos de eczema, de liquen, y aun un mismo enfermo, según el período de la enfermedad en que se le observaba, parecía algunos momentos que correspondía á la clase de los pruritos ó de los prurigos, y otros á la de los eczemas ó de los líquenes. La escuela francesa contemporánea rehusa pasear estos enfermos de la clase de los pruritos á la de los eczemas ó de los líquenes, según el período en que se les examina, y reclama para ellos un lugar fijo, que á su entender debe ser la clase de los prurigos. Su opinión se funda en el hecho de que el prurito existe en los orígenes de la afección, continúa durante todo su curso y parece ocupar desde el principio hasta el final el primer lugar en el cuadro patológico. Las erupciones polimorfas aparecen como un accidente secundario, sobreañadido, transitorio, intermitente y de ningún modo necesario. En la evolución morbosa de esta variedad de prurigo, pueden señalarse tres períodos ó mejor tres grados: 1.º el prurito simple; 2.º el prurigo simple; 3.º las erupciones polimorfas.

Clinicamente considerado, es difícil y hasta imposible establecer los límites de los pruritos, de los prurigos simples y prurigos complejos que acabamos de mencionar, y para el tratamiento de estas afecciones, es de

capital importancia conocer bien los puntos de contacto que relacionan estos diferentes grados, estos diversos tipos morbosos, como también la manera de efectuarse las transiciones del uno al otro; por este motivo creemos acertado describirlos en un mismo capítulo.

Las relaciones que guardan el prurigo simple y el prurito simple son tan íntimas, que los antiguos dermatólogos creyeron inútil establecer con precisión sus límites é indicaban claramente la estrecha unión de ambos al describir el prurito con el nombre de prurigo *sine prurigine*.

Willan fué el primero que señaló con precisión los límites del prurigo, declarando que el nombre de prurigo debía reservarse para la afección en que el escozor se manifiesta como fenómeno principal y se acompaña de la producción de pápulas del mismo color de la piel adyacente. La definición dada por Willan fué generalmente admitida por sus sucesores, adoptándola entre otros Bazin, Hardy, etc., y en esta definición se apoyan los dermatólogos de la mitad de este siglo.

La escuela vienesa, merced á la influencia de los trabajos de Hebra, no acepta en sus definiciones exclusivamente anatómicas el prurigo de Willan, le niega una existencia autónoma y le atribuye un papel completamente secundario, disgregando y haciendo su historia en diversos capítulos consagrados á la patología cutánea, eczema papulatum, sarna, etc. Esta escuela reserva el calificativo de prurigo para la afección descrita por Hebra.

Según este autor, el calificativo de prurigo debe reservarse para una afección que comienza en la primera infancia hacia los ocho ó diez meses; la erupción se presenta entonces bajo la forma de una urticaria; pero á medida que el niño va creciendo las pápulas de prurigo sustituyen á los habones de la urticaria, adquiriendo paulatinamente marcado predominio sobre la erupción urticariana, que se hace cada vez más rara, desapareciendo por completo ó reproduciéndose sólo por intervalos. La erupción ocupa el lado de la extensión de los miembros y es más abundante en los miembros inferiores que en los superiores. Los ganglios linfáticos, principalmente los de la ingle, sufren una tumefacción indolora.

Cuando la enfermedad data ya de algún tiempo, las placas liquenoides y eczematiformes vienen de pronto á añadirse á las pápulas de prurigo. Por último, la piel se engruesa, pierde su flexibilidad y se pigmenta profundamente. Las excoriaciones producidas por las rascaduras y diseminadas por toda la superficie del cuerpo, indican la persistencia y la intensidad del prurito.

Las lesiones cutáneas se acentúan más en invierno, pues en verano la más abundante transpiración de la piel contribuye á atenuarlas.

Esta variedad de prurigo, según el parecer de Hebra, es una afección que ha de durar toda la vida, presentándose bajo dos formas: una ligera y otra grave; esta última, prurigo ferox, es con frecuencia lo suficientemente molesta para amargar la existencia del enfermo: si es un niño, no le será posible algunas veces ir al colegio porque promovería la risa de sus compañeros á causa del continuo rascarse á que se ve obligado por las erupciones de que se cubre á cada momento, y si es un adulto, se le declarará inútil para el servicio militar y para contraer matrimonio.

Besnier ha demostrado que en muchos individuos es posible descubrir un estado ó una serie morbosa análoga á la señalada por Hebra en su prurigo. El *prurito*, que constituye á veces para el enfermo un verdadero tormento, figura en primer término en el cuadro patológico de ambas afecciones; en segundo lugar, presenta igual facilidad para la aparición de erupciones polimorfas, en las que la liquenización y la eczematización vienen á menudo á desfigurar ó reemplazar la erupción del prurigo de Willan; ofrece la misma resistencia para todos los tratamientos é igual tenacidad de la afección, que dura largos años. Estos enfermos, cuya afección nos ha enseñado á conocer Besnier, presentan algunas diferencias comparados con los atacados de prurigo de Hebra. Los accidentes, en vez de comenzar en la primera infancia, aparecen con frecuencia en la segunda ó en la adolescencia; las erupciones ordinarias se reproducen con mayor facilidad y la afección en lugar de presentar indefectiblemente exacerbaciones durante el invierno, tiene sus períodos álgidos y sus recrudescencias estacionales muy marcadas, pero variables en cada individuo: en unos enfermos, por ejemplo, la época de la exacerbación será la primavera, en otros el verano, quienes el invierno, etc., pero cuando la enfermedad ha adquirido ya un tipo estacional, lo conserva siempre, y así en todos los individuos, mientras dure su afección, la erupción continuará siendo primaveral, estival ó invernal, según que haya comenzado á acentuarse en una ú otra de estas estaciones; algunas veces, sin embargo, se observarán dos exacerbaciones regulares, que corresponden también á las mismas estaciones del año.

Las metástasis viscerales no son raras cuando la erupción desaparece; he aquí por lo demás en qué términos resume Besnier el conjunto de los síntomas que caracterizan estos prurigos para los que propone la denominación de *prurigos diatésicos*:

«En los prurigos diatésicos, el *primero y principal síntoma* es el *prurito*, prurito intenso, remitente, exacerbante, de paroxismos nocturnos y regulares y con exacerbaciones según las estaciones. La enfermedad ordinariamente hace su aparición en la primera infancia ó en la juventud,

pero puede también comenzar en otras edades, de una manera á menudo insidiosa y casi siempre larvada, y hasta algunas veces parcial. Su carácter absolutamente fundamental es que ninguna de las lesiones que le acompañan ó que ella provoca, son específicas. En la primera infancia, puede afectar la forma de cualquiera de las numerosas variedades de los eritemas infantiles, urticarias y pseudolíquenes, ó de alguna de las formas de eczematización ó de liquenización de la piel que el vulgo reúne con el nombre de *usagres*.

«Más tarde, cuando la enfermedad queda ya constituída, vense aparecer todavía á veces algunas de esas formas, pero consisten principalmente en liquenizaciones en pápulas, en placas ó en grandes superficies, y en el momento de los paroxismos, foliculitis y eczematización en las variadas formas de eczema figurado, folicular, difuso, impetiginoso, etc.

«Cuando el proceso abandona por un momento ó decididamente la piel, no es raro observar la producción ó desarrollo de localizaciones internas, de las que el enfisema, el asma bronquial, el catarro de los riñones, y los fenómenos más variados de neurastenia, constituirán más adelante la enfermedad predominante, representando ya alternativas ó bien sucesiones de fenómenos. Si se observa un grupo familiar, se verá que en un grupo de hermanos uno tiene prurigo, otro crisis de asma y de enfisema y un tercero presenta las dos localizaciones alternantes. Si se buscan los antecedentes hereditarios, se encontrará en los padres el artrismo nervioso, la gota, el enfisema, la neurastenia ó cualquiera de las formas del prurigo (Besnier).

«Estos prurigos diatésicos son pruriginosos, crónicos, exacerbantes, diatésicos; en su período de estado, tienen como elementos esenciales la liquenización y la eczematización, sus lesiones son multiformes y no pasan de completamente ordinarias.»

El nombre de prurigo no debe reservarse más para designar una lesión anatómica, la pápula de prurigo de Willan, sino que ha de servir también para designar una serie de afecciones eruptivas en las que el prurito constituye la nota dominante y cuya erupción puede revestir diferentes aspectos.

En sentir de Besnier, el concepto verdaderamente médico del prurigo no solamente está reñido, sin excepción por especie alguna, con la idea de que se le considere una lesión específica ni única, sino tampoco que sirva de base fundamental á lesión alguna: diversas clases de pruriginosis, individualizadas por el conjunto completo de sus caracteres, no presentan otra manifestación eruptiva, ó expresión cutánea que los procesos comunes y múltiples, como por ejemplo, los fenómenos urticados, la lique-

nización, eczematización, etc., sin que sean urticarias, líquenes ni eczemas, etc.

Si, en efecto, existen enfermedades en las que la lesión, por su unidad, especialidad, permanencia, reacciones terapéuticas, etc., predomina en el conjunto sintomático y basta para caracterizarla nosológicamente, no todas están constituidas del mismo modo, y hay otras enfermedades en que la lesión, por el contrario, queda dominada por el conjunto de los caracteres clínicos, por efecto de la multiformidad y vulgaridad de sus manifestaciones.

La unidad sindrómica, pues, deberá establecerse atendiendo al cuadro morbozo completo y no á la determinación de lesiones múltiples, inconstantes y secundarias, y sólo partiendo de esta base podrá llegarse á dar una explicación al grupo completamente artificial compuesto de eczemas y de urticarias que deberán considerarse y clasificarse, no en virtud del fenómeno vulgar de la eczematización ó de la urticación, sino á base del estudio completo de los síndromes clínicos, de los cuales el fenómeno eruptivo es una simple expresión.

Lo que motiva y justifica el calificativo de diatésicos con que se designa á los prurigos de esta clase, comprendiendo el prurigo de Hebra, es que unos y otros, cualesquiera que sean las variedades de su forma patogénica, no se presentan más que en individuos predispuestos, esto es, que tengan una manera anormal de alimentarse, lo cual provoca ó sostiene en ello enfermedades, que pueden ser diferentes, empleando los mismos términos del tema de Bouchard, como asiento anatómico, como forma sintomática, como evolución y como proceso patológico.

Prurigo diatéxico vale, pues, tanto como decir prurigo de origen interno, ó mejor, prurigo dependiente de las condiciones individuales del tejido y de los órganos, provocados ó sostenidos por una forma de alimentación anormal.

La afección puede evolucionar merced á una causa externa, accidental, pero está siempre dominada por la influencia diatéxica; y así, aun cuando la causa provocadora haya cesado en su acción, la afección cutánea continuará evolucionando; la cause determinante ya no existe, pero la enfermedad, una vez establecida, es decir, habiendo rebasado los límites de las formas frustradas, abortadas, temporales, aun cuando haya tenido un agente provocador extrínseco, el *acarus*, por ejemplo, se convierte por un tiempo determinado ó por toda la vida en una propiedad morboza del individuo, una diátesis de prurito; con todo la enfermedad puede también atenuarse ó extinguirse, esto es, sufrir una regresión espontánea. Estos individuos, en los que persiste largo tiempo y á veces

indefinidamente el estado de prurito, aun después de haber desaparecido desde mucho tiempo la causa, son sujetos predispuestos, y un predispuesto conservará durante años un estado permanente de tensión urticada después de haber contraído una urticaria vulgar por el abuso de moluscos ó de fresas, como podrá, después de la sarna, conservar un prurigo prolongado ó permanente, etc. (E. Besnier).

Los enfermos atacados de prurigo de Hebra, de prurigo diatésico, como se desprende de las precedentes consideraciones, durante una gran parte de su existencia habrán de sufrir intensas comezones, desgarrándose la piel por la necesidad que sienten de rascarse. A este prurito vienen á añadirse con intervalos erupciones polimorfas, principalmente del tipo papuloso, papulosas simples, liquenoides, á veces húmedas, y eczematoides. La afección es eminentemente crónica y nace bajo la influencia de la diátesis artrítica, herpética, presentando siempre un máximum estacional muy acentuado. La mayoría de las erupciones que le acompañan parecen desarrollarse merced á la irritación producida por el rascarse y los excitantes externos.

La tendencia actual es, pues, de admitir dos variedades de prurigo: 1.º el prurigo simple, descrito por nuestros antepasados y bien estudiado por Willan, Bateman, Bazin y Hardy; 2.º los prurigos compuestos llamados diatésicos, en los que la erupción toma, en un momento dado, aspectos variables que, desde el punto de vista objetivo, asemejan estos enfermos á los atacados de eczema, liquen, mucho más que á los afectos de prurigo simple. Pero el curso general que presenta la enfermedad y la importancia que el prurito conserva en todo el decurso de la misma, motivan el que puedan considerarse estos enfermos entre los pruriginosos: son pruriginosos que tienden por momentos hacia las lesiones liqueniformes y eczematoides, pero que son ante todo y sobre todo pruriginosos.

El nombre de prurigo con que se designa al tipo morbozo descrito por Hebra y á los prurigos diatésicos de Besnier, no deja de causar cierta sorpresa y confusión á los médicos que no viven continuamente entre sujetos atacados de afecciones cutáneas.

Cuando los enfermos llegados á un período avanzado de estas afecciones, ó atravesando una crisis de inflamación aguda de la piel, se presentan cubiertos de placas de liquenización ó de eczematización, es preciso haber visto y continuado la observación de cierto número de ellos, conocer perfectamente la serie patológica en la que se hallan sumidos y la influencia de las condiciones exteriores sobre la producción y marcha de sus erupciones, para particularizar su afección con el calificativo de pruri-

go se ven cuando ya no existen las pápulas características del prurigo simple, ó bien en número tan escaso, que apenas se distinguen en medio de las lesiones ordinarias que las han sucedido. Pero si se estudian á fondo estos enfermos y se escudriña su pasado, no es difícil averiguar que la pápula de prurigo se presenta de una manera casi constante, existiendo á veces sola y persistiendo en medio de otras lesiones; es sobre todo fácil poder afirmar que el prurito constituye la nota dominante en la historia de estos enfermos. Las lesiones liquenoides y eczematoides aparecen sólo tardíamente y de un modo pasajero, pudiendo faltar y no formando tampoco parte integrante de la enfermedad. Hoy día la mayoría de los dermatólogos están de acuerdo en considerar las placas de liquenización y las de eczematización como lesiones accidentales, sobreañadidas, secundarias, y provocadas casi siempre por el rascarse y por las excitaciones exteriores.

Que los efectos del rascarse son perjudiciales ha sido reconocido en todos tiempos por los médicos y por el mismo público, y en estos últimos años se ha puesto de relieve su importancia por Vidal, Brocq y Jacquet. He aquí cómo nuestro malogrado maestro Vidal comprendía la sucesión de los accidentes en el prurigo de Hebra y en los prurigos diatésicos. En el prurigo de Hebra, el prurito comienza en el niño con la dentición; el rascarse provoca la erupción urticariana y más adelante la intensidad y repetición de las rascaduras determina la producción de pápulas que presentan el aspecto de prurigo verdadero; la reunión de estas pápulas constituyen las placas de liquenización. A estas lesiones primitivas pueden añadirse lesiones secundarias de inoculaciones microbianas, y entonces se manifiestan las lesiones de eczema y los abscesos superficiales. Estos accidentes por lo demás se observan más fácilmente en individuos nerviosos y linfáticos.

Brocq y Jacquet han demostrado nuevamente toda la influencia de la acción de rascarse para poder determinar las erupciones papulosas y urticarianas, la liquenificación y la pigmentación de la piel.

Cuando el prurito es pasajero y dura sólo pocos días, las lesiones provocadas al rascarse consisten simplemente en algunos arañazos, y en algunas pápulas de prurigo excoriadas. Pero si el prurito dura algún tiempo, la continuidad del rascarse conduce á una inflamación crónica de los tegumentos. El dermis se infiltra poco á poco de elementos embrionarios, se engruesa, poniéndose duro y rugoso, y las pápulas se hipertrofian. Después de un período de tiempo más ó menos largo, la piel ofrece un aspecto especial, caracterizándose por la exageración de sus pliegues naturales que forman una especie de pavimento de mallas más ó menos anchas

y regulares, y por la mayor ó menor infiltración de los tegumentos, que han perdido su flexibilidad y consistencia normales. Tal es el proceso morbozo que ha sido designado por Brocq y Jacquet con el nombre de liquenificación.

Las modificaciones que sufren los tegumentos pueden alcanzar todos los grados. Unas veces los tejidos están muy infiltrados, engrosados y surcados por cuadrículados muy manifiestos; otras veces están erizados de elementos pseudopapulosos que se distinguen claramente, siendo la liquenización en este caso muy acentuada. Por el contrario, ésta puede presentarse también muy moderada, apenas marcada y reducida á una muy ligera exageración de los pliegues naturales de la piel; entre los pliegues se observan pequeñas facetas aplanadas, relucientes, que recuerdan un tanto las pápulas iniciales del liquen plano, al menos en la coloración y limpieza de sus contornos. La piel irritada en esta forma toma á menudo un tinte bistro; la acumulación del pigmento es una de las consecuencias de la continuación de rascarse la piel y puede producir verdaderas melanodermias.

Jacquet ha podido observar en un enfermo afecto de prurito hidatídico que, según era la intensidad de la excitación cutánea, se desarrollaba un prurito simple ó un prurito con erupción urticariana.

Por cierto número de experimentos realizados por Jacquet, se demuestra muy claramente la acción irritante de las excitaciones externas sobre la nutrición y la sensibilidad de la piel.

En un enfermo afecto de eritrodermia pruriginosa, con infiltración embrionaria del dermis, comprimiendo con algodón y de un modo permanente uno de los miembros enfermos, la comezón se extingue en él rápidamente y al cabo de unos diez días, la infiltración embrionaria inflamatoria de la piel ha casi desaparecido del todo; ninguna mejoría análoga se produce en el miembro simétrico no envuelto.

En una joven afecta de prurigo clásico de dos años de fecha, se procedió á envolverle el brazo derecho con algodón, y aunque el prurito persistía, la erupción cesó de reproducirse; en el brazo izquierdo, sin envolver, continuaban el prurito y la erupción.

Todos los experimentos realizados demuestran que basta sustraer al enfermo afecto de prurito y de erupciones pruriginosas de las excitaciones exteriores por medio de la envoltura, para que se vean desaparecer primeramente las erupciones y en seguida el prurito.

El estudio perseverante de las sucesiones y disociaciones morbosas en los pruritos y los prurigos puede resumirse en este aforismo: «No es que la erupción sea pruriginosa, es que el prurito pasa á ser eruptivo» (Jacquet).

La influencia de las excitaciones de la piel, y especialmente del rascarse, por lo que se refiere á la aparición de inflamaciones cutáneas, se observa diariamente: en los pruritos localizados, erupciones secas que presentan el aspecto de liquen, ó erupciones húmedas parecidas al eczema, se manifiestan por la acción de rascarse en las regiones en que se han desarrollado estos pruritos; cuando la comezón ha durado algún tiempo, la piel se engruesa, se liqueniza, haciéndose á menudo rezumante, y en este caso, nadie pone en duda la relación de causa á efecto que existe entre el rascarse y la aparición de las modificaciones patológicas de la piel. La relación entre la acción de rascarse y las erupciones eczemati-formes, liqueniformes, en los pruritos generalizados, diatésicos, no era tan conocida, y el mérito de Vidal, Besnier, Brocq y Jacquet consiste en haberla puesto en evidencia, demostrando el papel que debe atribuirse en la génesis de esas erupciones multiformes al prurito en sí, á la acción de rascarse y á las excitaciones exteriores.

Besnier ha hecho notar oportunamente que, en la mayoría de los pruriginosos, es posible observar la serie patológica siguiente: al principio, prurito paroxístico y nocturno, manifestaciones angionerviosas que alcanzan su máximum durante la noche, dando lugar sucesivamente á la producción de pápulas de diversos tipos y de excoiaciones sanguinolentas, foliculitis, liquenizaciones, eczemalizaciones, y por último, cuando la afección ha durado algún tiempo, se producen pigmentaciones más ó menos extensas y acentuadas. Esta serie patológica se observa en los prurigos agudos algún tanto prolongados, así como en los prurigos crónicos.

Es un hecho que se observa diariamente que la piel de la mayor parte de los enfermos que sufren de prurigo, principalmente de los que están atacados de prurigos agudos, presenta una excitabilidad excesiva, de tal modo que el menor frote provoca la aparición de congestiones edematosas, especialmente de fajas ó de manchas urticarianas y con frecuencia el autografismo se manifiesta muy claramente: son pieles que se encuentran en estado de ebullición cónstante. Bajo la influencia de congestiones repetidas á las que están expuestas, se producen en esta clase de pieles liquenizaciones, eczemalizaciones y coloraciones pigmentarias tan marcadas en ciertos enfermos que sufren desde largo tiempo de prurigo.

La sarna raras veces dura todo el tiempo suficiente para que puedan acompañarla las liquenizaciones, engrosamientos y pigmentaciones profundas de la piel; los accidentes provocados al rascarse no pasan ordinariamente de lesiones papulosas agudas y eczematoideas, y las infecciones secundarias toman á menudo tal incremento que desfiguran y borran el

cuadro sintomático ordinario. En la pitiriasis, si dura algún tiempo, los engrosamientos y pigmentaciones profundas de la piel determinan secundariamente erupciones de urticaria y de prurigo. En el prurigo de Hebra, las lesiones van sucediéndose unas á otras á medida que el enfermo envejece, pues en la primera infancia hacen su aparición las erupciones de forma urticariana; á una edad más avanzada, las pápulas del prurigo verdadero, después los engrosamientos liquenoides, las eczematizaciones, y por último, las coloraciones pigmentarias de la piel. Así en una como en otra forma de prurigos, prurigos de causa externa y prurigos diatésicos, la serie patológica es la misma.

Los prurigos diatésicos se caracterizan por la mayor facilidad con que en ciertos individuos se producen las erupciones ordinarias, en forma de liquen y de eczema, y por la influencia que la edad ejerce sobre la forma de estas erupciones, cuya variedad se modifica con las diferentes cualidades vitales de la piel en los distintos períodos de la vida. Pero entre prurigos de causa externa y prurigos diatésicos, desde el punto de vista del polimorfismo de las erupciones, sólo pueden establecerse diferencias en cuanto al grado y facilidad de producirse, pero no una diferenciación absoluta: el prurigo de la sarna y el de la pitiriasis, si duran algún tiempo, pueden acompañarse en un momento dado de lesiones liqueniformes, eczematoídes y pigmentaciones, tal como sucede en los prurigos diatésicos.

Dos cosas son las que parecen influir activamente en el curso de los pruritos y de los prurigos; desde luego la hora, pues la mayor parte de los pruritos alcanzan su máximo de intensidad por la noche, después las estaciones: el invierno es á menudo una estación desastrosa para los enfermos atacados de pruritos y de prurigos. Hemos visto como Hebra insistía en los recrudecimientos que el invierno determina en la forma morbosa por él descrita, y Dühring hace notar que para determinados individuos el invierno es la ocasión de una verdadera explosión de prurito, por lo que el prurito de invierno ha sido considerado como una variedad distinta, y mucho más frecuente é importante que el prurigo de verano. Por otra parte, Besnier ha demostrado que, en los prurigos diatésicos, la afección experimenta de un modo muy acentuado la influencia de las estaciones; pero el invierno no es la estación que constantemente resulta mala para todos los enfermos, pues en algunos será el verano, en otros la primavera ó el otoño; cada uno de los enfermos tendrá su estación, siempre la misma, durante la que se exaspera el prurito.

Algunos pruritos y prurigos pueden sobrevenir por la influencia de

grandes neurosis ó de afecciones *cum materia* del sistema nervioso, de la que son á menudo una de las primeras manifestaciones; sin embargo, la mayor parte de los pruritos y de los prurigos dependen de intoxicaciones conocidas, como, por ejemplo, el prurito icterico, los que acompañan á la diabetes, á las afecciones urinarias, á la insuficiencia hepática ó renal, al alcoholismo y á las inyecciones de suero ó de morfina; otras veces la causa se encuentra en intoxicaciones mal definidas como las que suponen los trastornos gástricos ó intestinales.

Es de todos sabido la importancia que tienen la mala alimentación y los trastornos de la digestión para que se produzcan en los niños afecciones pruriginosas de la piel, especialmente la urticaria, habiendo insistido recientemente acerca de esta influencia Comby y Feulard. El prurito senil se considera por muchos autores que reconoce también un origen humoral; la adulteración de la sangre sería la consecuencia del imperfecto funcionamiento de los órganos y especialmente de los riñones. En algunos viejos el prurito va acompañado de una atrofia muy visible de la piel, que no deja de tener quizá en él alguna relación de causa ó efecto.

Pero independientemente de la influencia que ejercen estas distintas causas, es preciso contar también con las predisposiciones especiales del individuo, y su idiosincrasia, que se manifiesta de un modo muy especial y acentuado en los pruritos y prurigos.

Las más sencillas excitaciones exteriores son susceptibles de provocar el acceso de prurito, colocando en primer término la acción de rascarse; muchas veces, no obstante, bastan, para producir una crisis, un simple cambio de condiciones del aire ambiente, una corriente de aire, el pasar del frío al calor ó inversamente, el roce de los vestidos con la superficie del cuerpo, un contacto imprevisto y una emoción moral. En algunos enfermos las comidas constituyen una causa de recrudecimiento y de crisis del prurito.

El calor de la cama es otra de las causas que se consideran como más susceptibles de despertar el prurito: el sarnoso no es el único que sufre sus consecuencias, pues la mayor parte de las afecciones pruriginosas se encuentran en las mismas condiciones. La influencia de la cama puede consistir en la elevación de la temperatura que determina, pero obra probablemente lo mismo por el simple cambio de temperatura á que se ve sometido el enfermo en el momento de desnudarse, y por la insuficiente protección de las ropas de noche contra las influencias exteriores. La siguiente observación autoriza semejante hipótesis: si un enfermo que acaba de desnudarse tarda algún rato en meterse en la cama, el acceso de prurito estalla antes de que se haya acostado; en este caso, pues, no hay que

hablar del calor del lecho y es probable que la excitación provocadora del prurito sea debida á la acción que el cambio de medio ambiente ejerce sobre la superficie del cuerpo expuesta al aire libre é incompletamente protegida por la poca ropa que lleva encima.

Los prurigos son ordinariamente afecciones generalizadas, lo que dista mucho de ser así en los pruritos. Con frecuencia algunas regiones se ven atacadas de pruritos localizados intensos y rebeldes, como, por ejemplo, las regiones anal y vulvar (*pruritus ani*, *pruritus pudendi seu vulvæ*), el escroto, las ventanas de la nariz y la lengua.

Así los prurigos como los pruritos pueden presentarse en estado agudo ó en estado crónico; estos últimos deben su origen casi siempre á una influencia diatésica ó á un trastorno prolongado del funcionalismo de un órgano, y entre los primeros hay que colocar en un mismo lugar á los que nacen bajo la influencia de una causa externa, de acción pasajera, y los provocados por una influencia general transitoria.

Las observaciones precedentemente expuestas dan la razón del por qué varios de los dermatólogos actuales reconocen una especie de serie patológica graduada, cuyos diferentes factores parece que pueden designarse con el nombre de prurigos. El fenómeno de la comezón constituye el accidente capital, y á su alrededor vienen á colocarse erupciones de carácter inconstante. El prurito simple ocupa el grado ínfimo de la escala, el prurigo de Willan representa el término medio y los prurigos compuestos, designados con el nombre de prurigos diatésicos, el grado más elevado.

Comprendidos de esta manera los prurigos, sería quizás lógico extender más la clase de los mismos, haciendo entrar también la urticaria y cierto número de líquenes localizados, afecciones pruriginosas ante todo, y en las que la erupción puede prevenirse ó curarse teniendo cuidado de poner al abrigo de las irritaciones exteriores la región en donde el prurito se ha declarado. El grupo de los prurigos abarcaría de este modo toda una serie de afecciones que presentan los siguientes caracteres comunes:

- 1.º El prurito es el fenómeno primero en aparecer, el fenómeno predominante durante todo el curso de la enfermedad.

- 2.º La erupción, cualquiera que sea su forma, sólo se manifiesta secundariamente, produciéndose sobre todo por la acción de rascarse que ocasiona el prurito y las excitaciones exteriores.

Véase por lo demás cómo Besnier explicó en el reciente Congreso de Londres la manera como debe comprenderse el grupo de los prurigos y las bases que pueden servir para las clasificaciones dermatológicas actuales:

«El término prurigo con calificativos adecuados puede convenir perfectamente, y sin la menor ambigüedad á todas las afecciones reunidas en este grupo uninominal. Con la adopción de esta terminología estableciendo la unidad del radical denominativo, será posible acabar con la confusión resultante de la multiplicidad de especies, de formas y de variedades que han recibido nombres arbitrarios, según los caracteres exclusivamente morfológicos.

3.º El nombre «prurito», cuya significación exacta es la de designar un síntoma común á un gran número de estados morbosos, no es adecuado para representar un síndrome y todavía menos para servir de denominación á una enfermedad; debe, pues, encerrársele y restringírsele dentro de la terminología sintomatológica.

4.º El grupo reconstituído de los prurigos comprende el género prurigo de Willan y las especies de prurigos de los géneros *Strophulus* y *Liquen*, que desde Hebra habían sido indebidamente distribuidos entre los eritemas, urticarias y eczemas. Efectivamente, estudiados y revisados de nuevo la mayor parte, conforme á las exigencias de la dermatología actual, se les incluye otra vez entre los prurigos, faltando sólo regularizar y completar el estudio.

5.º El ensayo que en nuestros días hacen algunos eminentes dermatólogos de constituir un nuevo tipo completo de prurigo basado en un carácter anatómico que se supone específico, dejaría persistir, si es que se confirmara, la confusión que hemos indicado respecto de las afecciones del mismo orden nosológico que los prurigos, las que continuarían diseminadas en los grupos de los eritemas, urticarias y eczemas.

6.º Diversas especies de verdaderos prurigos —dermatitis pruriginosas, multiformes, crónicas, exacerbantes—presentan como base fundamental lesiones múltiples y comunes, entre las que ocupan el primer lugar la liquenización y la eczematización, formando esas especies de prurigos una clase importante entre los prurigos que dependen de las condiciones diatésicas propias de los individuos afectos; constituyen también uno de los tipos más ordinarios de los prurigos diatésicos.

7.º La neurología general y la neuropatología dermatológica no están todavía suficientemente adelantadas para que pueda tratarse á fondo la cuestión de las angioneurosis, neurodermias, neurodermitis, aplicada á la teoría de los prurigos.

8.º Sea cual fuere el proceso patogénico inmediato que presida la producción del prurito y de las lesiones primarias ó secundarias de la piel en los prurigos, tiene grandes probabilidades la existencia anterior de adulteraciones sanguíneas, directas ó indirectas, de orden muy com-

plejo. Según esta teoría, los pruritos serían toxidermias ó autotoxidermias temporales, intermitentes, remitentes y permanentes. Cualquiera que sea el elemento tóxico producido en el líquido sanguíneo ó en los espacios lagunares por las reacciones secundarias provocadas ó autónomas, el irritante obra sobre los focos sensitivos del eje ó sobre las extremidades periféricas, determinando con el prurito ó consecutivamente á éste los trastornos de circulación y de nutrición que representarán la serie de las lesiones primitivas parenquimatosas.

9.º El prurito en los prurigos es *anterior* y *superior* á las lesiones. El prurito autónomo de la pápula ó de los demás estados anatomopatológicos no se confunde ni con el prurito local previo ni con el prurito difuso que rebasa considerablemente su extensión y límites y que emana directamente de las irritaciones centrales ó periféricas primitivas y no de la lesión que es contingente. El prurito continúa después que han desaparecido las pápulas, mientras que éstas nunca persisten más tiempo que el prurito.

10. En los prurigos, la acción directa de las condiciones patógenas se limita á producir en la piel un estado fisiopatológico, una perturbación sensitiva y nutritiva, y en las formas agudas, una tensión neurovascular más ó menos acentuada, pero ordinariamente no produce por sí sola ni al primer embate lesiones de superficie. Estas lesiones de superficie, agudas, lentas, crónicas, primarias ó secundarias, inmediatas ó remotas, reconocen por factores esenciales, casi siempre necesarios, los efectos traumáticos del rascarse, etc. La piel perfecta y convenientemente protegida contra los traumatismos de toda especie, queda indemne de lesiones de superficie.»

En sentir de Brocq, el calificativo prurigo debe aplicarse de un modo distinto y más restringido, opinión que mi sabio colega expresó en el Congreso de Londres en los términos siguientes: «La cuestión planteada es la siguiente: ¿Ha de reservarse el nombre de prurigo únicamente para aquellas dermatosis en las que se observa, al menos al principio, la papulovesícula característica? Este criterio fuera, á nuestro entender, el más acertado, pues se evitarían de este modo todas las confusiones y se tendría una terminología clara y precisa.

»¿Debe, por el contrario, extenderse el sentido de la palabra prurigo y admitir que, al lado del prurigo simple, del prurigo tipo Hebra, existe un prurigo ferox Vidalí, prurigos diatésicos y prurigos parasitarios? Todo esto en definitiva no es más en el fondo que un asunto convencional que está por resolver.

»Nos aventuraremos, sin embargo, á formular las siguientes reservas.

Si se despoja el término prurigo del sentido rigurosamente preciso desde el punto de vista objetivo, que preferiríamos se le conservase, el nombre de prurigo diatésico tiene una significación tan vasta que habrá necesidad de precisar, y en este caso se podría quizás adoptar la nomenclatura que propusimos en uno de nuestros últimos artículos, esto es, que con la palabra prurigo no se significase más que una dermatosis pruriginosa que va acompañada de una erupción visible.

«1.º Prurigo diatésico de forma objetiva de liquenificación pura circunscrita, para designar el liquen simplex, crónico, nuestra neurodermitis crónica circunscrita.

«2.º Prurigo diatésico de forma objetiva de liquenificación difusa, para designar nuestras neurodermitis difusas.

«3.º Prurigo diatésico de forma objetiva eczematoliqueniana, para designar los prurigos diatésicos verdaderos de E. Besnier.

«4.º Prurigo diatésico de forma objetiva de prurigo simplex, para designar el liquen simplex agudo de E. Vidal (Prurigo temporal autotóxico de Tommasoli, Prurigo simplex de Brocq).

«5.º Prurigo diatésico de forma objetiva de prurigo ferox, para designar el prurigo ferox de E. Vidal.

«6.º Prurigo diatésico de forma objetiva de prurigo de Hebra para designar el prurigo de Hebra.

«Pero, lo repetiremos, preferiríamos que se reservase el nombre de prurigo solamente para las dermatosis cuya lesión elemental capital es la papulovesícula de que hemos hablado anteriormente, y en este caso podría adoptarse la nomenclatura siguiente:

«1.º Neurodermitis crónica circunscrita, para el liquen simplex crónico de E. Vidal, dermatosis en la que las lesiones objetivas están constituidas por liquenificaciones circunscritas acentuadas.

«2.º Neurodermitis difusas, para las dermatosis pruriginosas difusas que presentan como lesiones objetivas liquenificaciones superficiales.

«3.º Neurodermitis de forma objetiva eczematoliqueniana, para designar los prurigos diatésicos de E. Besnier.

«4.º Prurigo simplex, para el antiguo liquen simplex agudo de E. Vidal.

«5.º Prurigo de Hebra, para el prurigo tipo de Hebra.

«6.º Prurigo ferox Vidal.

«Todas las formas morbosas se designan así de un modo preciso que no se presta á ninguna duda. Por otra parte, todas ellas se relacionan así íntimamente, como ya lo hicimos notar en 1892 en la comunicación al

Congreso de Viena sobre las dermatosis pruriginosas y sobre los antiguos líquenes.» (Brocq).

La tendencia actual es á extender el campo de los prurigos. La histología no ha podido proporcionarnos una guía, un elemento característico que permitiera definir anatómicamente el prurigo, pues en este caso, como en otros, no ha podido encontrar el elemento específico, y nos es preciso, por tanto, volver á la observación clínica para definir el prurigo. Esta, en efecto, demuestra que, al lado de los prurigos simples, perfectamente definidos y explicados por los grandes maestros de comienzos y mitad del siglo pasado, existen otros que, comenzando como ellos y siguiendo igual proceso, vienen á parar en un momento dado á las erupciones ordinarias del liquen y del eczema; los enfermos en que se observan estos prurigos están ordinariamente afectos de una tara diatésica, herpes ó artritis, y están sujetos á una serie de complicaciones viscerales perfectamente descritas por Besnier; en estos enfermos, el prurito constituye siempre el fenómeno predominante; la piel presenta una excitabilidad muy especial y el rascarse produce erupciones polimorfas; la influencia de las estaciones sobre la marcha de los accidentes es considerable; la afección es de larga duración, siempre de muchos años, y su curso experimenta cierto número de modificaciones dependientes de las transformaciones de la vitalidad de la piel que la evolución del mal y la edad del sujeto determinan. A estas dermatosis pruriginosas de las que Besnier principalmente nos hizo comprender los caracteres y la evolución, es á las que se aplica hoy día el calificativo de *prurigos diatésicos*.

Sirviéndonos de los términos de Besnier, podría definirse el prurigo: toda afección eruptiva en la que el prurito constituye cronológicamente el primer síntoma y el principal en el decurso de su evolución. Tras el prurito pueden aparecer erupciones de diferentes modalidades, que se presentan unas veces con la apariencia de la pápula del prurigo de Willan, y otras bajo el aspecto de una erupción liquenoide ó eczematoide. La forma de la erupción tiene escasa importancia. Lo principal desde el punto de vista clínico es el papel predominante que desempeña el prurito en la afección, pues la erupción no es más que un fenómeno sobreañadido y accesorio, importando poco su forma é interesando únicamente saber que ha sido provocada por la acción de rascarse ó por otras excitaciones exteriores. Desde el punto de vista terapéutico, lo que importa saber es que, en estas afecciones, el prurito y el rascarse son los enemigos, y que si el médico consigue librar á la piel de las excitaciones exteriores las erupciones desaparecen como por encanto.

Las precedentes consideraciones etiológicas y sintomáticas sobre el más reciente amplio concepto de los prurigos, distan mucho de ser puramente especulativas, pues nos llevan á conclusiones prácticas, cuya importancia queda demostrada por la observación diaria. La mayor parte de los prurigos no llegan á las formas complejas y graves de la enfermedad sino progresivamente, por etapas y bajo la influencia de excitaciones exteriores; las exacerbaciones se producen en condiciones que podemos comprender, tales como las influencias estacionales, alimenticias, nerviosas, existiendo un conjunto de causas provocadoras y agravantes sobre las cuales estamos lejos de encontrarnos completamente desarmados, y pudiendo, por el contrario, suprimiendo las distintas causas, reducir la afección á un prurigo, transformar el prurigo compuesto en prurigo simple y éste en prurito simple.

Desde el punto de vista del tratamiento, habremos de examinar la conducta que convenga seguir enfrente de una afección pruriginosa, según que se presente en forma de prurigos diatésicos, de prurigo simple ó de prurito puro: comencemos por estudiar las formas simples.

II

Tratamiento de los prurigos simples ó de Willan y de los pruritos generalizados ó extensos

A. — INDICACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES Y RÉGIMEN

El tratamiento de los prurigos simples no difiere, al parecer, del de los pruritos sin erupción; las pocas pápulas que se producen en la superficie de la piel no modifican de ordinario las indicaciones terapéuticas generales, ni reclaman tampoco un tratamiento especial.

Lo primero que se procurará investigar es si el prurigo ó el prurito proceden de causa externa ó interna. Cuando la enfermedad es de causa externa, como, por ejemplo, la tiriasis, la sarna, etc., etc., surgirá como primera indicación la supresión de esta causa, lo que en general se consigue fácilmente; pero si el prurito parece ser de origen interno, convenirá esforzarnos en determinar con toda la precisión que sea posible las causas determinantes y agravantes de dicha afección.

Se someterá al enfermo á un examen minucioso de todos sus órganos, procurando investigar con sumo cuidado su estado actual y sus defectos y vicios de funcionalismo orgánico. Las condiciones de vida del enfermo se

analizarán detalladamente, para lo cual el médico averiguará la influencia que sobre el accidente que se desea tratar hayan podido ejercer la profesión del paciente, el ambiente social que le rodea y los acontecimientos más recientes de su existencia. Será preciso informarse también de los antecedentes hereditarios, de las diátesis de que puede estar afecto: herpetismo, artrismo, linfatismo; buscar los vicios de higiene ó de alimentación que hayan podido provocar la aparición de la enfermedad é investigar, en fin, las causas susceptibles de despertar los accesos, la influencia de las estaciones, temperaturas, alimentación, cansancio, etc.

Convendrá asimismo, para formarse una opinión exacta, proceder á un verdadero examen de la cantidad y calidad de la orina; á este fin no será suficiente concretarse á buscar la albúmina, el azúcar y dosificar la urea y el ácido úrico, sino que deberán investigarse también las taras menos perceptibles, la fosfaturia, la oxaluria, la peptonuria, etc.

De este modo llegarán á descubrirse los vicios de nutrición que pueden existir en el paciente, sacando de los mismos preciosas indicaciones terapéuticas.

Siempre y cuando se descubra alguna tara general, habrá que esforzarse en conseguir su curación ó atenuación, pues muchos pruritos nacen ó se conservan merced á la influencia de semejantes defectos.

El diabético deberá quedar sometido al régimen especial que reclama su estado; al linfático se le prescribirá el *aceite de hígado de bacalao* durante el invierno y los preparados *yodados*, los *glicerofosfatos* en la estación calurosa; los artríticos se regirán por las preparaciones *alcalinas* á dosis elevadas, etc.

El *régimen* de los enfermos afectados de pruritos y prurigos deberá ser atentamente vigilado, pues aun prescindiendo de los casos en que una afección del estómago, hígado, intestino, dilatación gástrica, retención biliar, etc., pueda ser considerada como causa de la afección de la piel reclamando un tratamiento especial, hay que temer siempre, en los enfermos atacados de prurito ó de prurigo, que el mal estado de las vías digestivas y los vicios de la alimentación sean, si no la causa principal cuando menos una causa de exacerbación de los accidentes. Existen desde luego un cierto número de alimentos de que los enfermos afectados de pruritos deberán abstenerse en absoluto ó usar de ellos con precaución y moderadamente; tales son los pescados de mar, conchas de mar, crustáceos, salchichería, conservas, platos muy especiados, caza y especialmente las carnes manidas, trufas, fresas, coles, espárragos, vegetales ácidos, acederas, tomates, bebidas fuertemente alcoholizadas, vino puro, licores y el té y café en grande cantidad.

La alimentación deberá componerse sobre todo de carnes blancas asadas y tostadas, legumbres verdes y frutos cocidos; pocas salsas, sobre todo salsas especiadas. Las bebidas consistirán en leche mezclada con agua, cerveza ligera, vino de Burdeos con una fuerte proporción de agua, agua muy ligeramente alcoholizada ó también agua natural. En las formas intensas será ocasión de ensayar algunas veces el régimen lácteo exclusivo. El estreñimiento deberá combatirse con todo rigor. Los efectos del régimen se completarán ventajosamente, sobre todo en los casos de digestiones manifestamente defectuosas y de diarrea, con la antisepsia intestinal por medio del *carbón*, el *benzonaftol* y el *salol*.

En los casos graves, Besnier comienza siempre el tratamiento por la dieta láctea absoluta, volviendo en seguida y gradualmente á la alimentación, al tenor de los resultados que se observen.

Feulard sostenía hasta hace poco tiempo que en los niños afectos de prurigos lo que convenía ante todo vigilar era el régimen alimenticio. En los niños de la primera edad, basta casi siempre con regular las tetadas, y en los más avanzados, se prohibirá que se les dé vino, café, cerveza, dulces y sobre todo demasiada carne; la supresión completa de la carne, al menos provisionalmente, da en algunos casos resultados extraordinarios.

Este régimen riguroso habrá de continuarse durante meses y aun años y únicamente continuando en el mismo con perseverancia será posible detener desde la infancia muchos prurigos (1). La tesis de Millon (1895) contiene un estudio muy completo é interesante de las manifestaciones cutáneas que puede determinar en los niños una alimentación viciosa.

B. — TRATAMIENTO INTERNO

No existe, en realidad, ningún medicamento que tenga la propiedad de atacar directamente el prurito ó, propiamente hablando, que sea *anti-pruriginoso*, y muchos de los medicamentos que determinan una acción sedante muy marcada sobre los fenómenos dolorosos comunes, distan mucho de ejercer sobre el prurito una acción análoga; de ellos, algunos pueden hasta ser perjudiciales y despiertan fácilmente las molestias y comezones, como ocurre, por ejemplo, de un modo especial con los preparados de *ópio*, de los que ciertos individuos no pueden tolerar las más pequeñas dosis, puesto que inmediatamente les provocan muy molestas picazones; efectos análogos producen á veces también el *cloral* y el *bromuro de potasio*.

Por todas estas razones se ensayarán al principio, con preferencia á

(1) Congreso de Londres, Agosto de 1896.

estos diversos medicamentos, los preparados de *valeriana*, *belladona*, *beleño*, *datura estramonium*, etc.

1.º La *valeriana* es uno de los medicamentos que se emplean con mayor frecuencia, pudiéndose prescribir en distintas fórmulas como las siguientes:

Extracto de valeriana.	} aa. . .	4 gramos
Polvo de valeriana.		
Polvo de hojas de naranjo.		c. s.

H. s. a. Tómese en cuatro ó diez veces en un día.

Valeriana pulverizada	0 gr. 25
Canela pulverizada.	0 gr. 05
Miel.	c. s.

M. Para un bolo; de 4 á 15 al día.

Extracto de valeriana.	} aa. . .	0 gr. 05
Asafétida.		
Galbano.		
Castóreo.		

Para una pildora; 3 al día.

Valerianato de zinc.	1 gramo
Extracto de belladona.	0 gr. 10
Miel.	c. s.

Para 10 pildoras; 1 á 4 al día.

Valerianato de amoníaco.	0 gr. 50
Extracto de valeriana.	0 gr. 50
Polvo de valeriana.	c. s.

Para 10 pildoras; 1 á 5 al día.

Ácido valeriánico.	3 gramos
Carbonato amónico.	c. s. p. saturación
Extracto alcohólico de valeriana.	2 gramos
Agua.	95 —

M. s. a. Dos á tres cucharaditas en una infusión de tilo y de hojas de naranjo (PIERLOT).

2.º El *ácido fénico* cuenta con numerosos partidarios y de los más autorizados, como Besnier, Brocq, Kaposi, Augagneur, prescribiéndose en general á dosis que varían de 50 centigramos á 1 gramo. Es siempre de temer su acción irritante en el estómago, por lo que vigilemos con mucha atención sus efectos; la orina se examinará con regularidad con el fin de descubrir ya desde su aparición los primeros fenómenos de la intoxicación; en el caso de presentarse la coloración negra convendrá suspender inmediatamente el empleo del medicamento.

Algunas de las fórmulas más usadas son las siguientes:

Ácido fénico.	} c. s.	0 gr. 05 á 0 gr. 15
Magnesia decarbonatada.		
Extracto de valeriana.		

Para una pildora; de 2 á 6 al día (E. BESNIER)

Ácido fénico..	2 gramos
Polvo de genciana.	} aa. . . c. s.
Extracto de raíz de genciana.. . . .	

Para 60 píldoras; 10 píldoras al día (KAPOSI).

El medicamento no debe tomarse en ayunas, y se administrará a principio ó al finalizar las comidas para que mezclándose con los alimentos se suavice un tanto su acción en el estómago.

3.º El *acónito* se administrará en tintura de raíz V á XXX gotas ó en tintura de hojas, de 2 á 5 gramos.

4.º La *belladona* ha parecido que en algunos casos calmaba la co-mezón; se administra en píldoras:

Extracto de belladona.	} aa. . . 0 gr. 01
Polvo de belladona.	

Para una píldora; 2 ó 3 al día.

Se puede también asociarla al *acónito*:

Tintura de belladona.	} aa. . . 5 gramos
Alcoholaturo de raíz de acónito.	

M. s. a. V á X gotas mañana y tarde.

Schwimmer recomienda el empleo de la *atropina*:

Sulfato de atropina.	0 gr. 02
Goma tragacanto.	1 gr. 50
Glicerina..	} aa. . . c. s.
Polvo de regaliz.	

Para 20 píldoras; 2 al día.

Esta dosis es demasiado elevada para que pueda emplearse siempre en un principio sin prevención de ninguna clase; por esta razón dará mejores resultados el comenzar por los gránulos de sulfato y valerianato de un cuarto ó de medio miligramo.

5.º El ácido *cianhídrico* (solución oficial al 1 por 100, V á XV gotas por día) y el *cianuro de potasio* sólo podrán prescribirse siempre y cuando se tomen las mayores precauciones.

6.º El *haschisch* se dará en forma de píldoras:

Extracto de cáñamo indiano.	1 gramo
Ácido gállico.	4 gramos

H. s. a. 40 píldoras; 2 á 4 al día.

Tintura de cannabis indica.—XX á XL gotas al día (BULKLEY).

7.º El *gelsemium* se ha recomendado en tintura, de X á LX gotas al día.

8.º El *jaborandi* se prescribirá en píldoras:

Polvo de jaborandi..	} aa.	10 centigramos
Extracto de jaborandi..		

Para una píldora; de 5 á 10 al día.

El jaborandi deberá tomarse en ayunas, una hora por lo menos antes de las comidas. Tenneson hace observar que la acción depresiva sobre el corazón constituye una contraindicación en los cardíacos, en los viejos y en los individuos cuyos riñones no funcionan con normalidad.

Antes de elegir entre las preparaciones de belladona ó de jaborandi, bueno será estudiar el funcionalismo de la piel, el estado de sequedad ó de transpiración, y según predomine uno ú otro, se adoptarán los preparados de belladona ó de jaborandi.

9.º El *arsénico* se administrará en la forma de *licor de Fowler*, aumentando progresivamente la dosis de VI á XII gotas por día; el *bromuro de arsénico* se dará después de cada comida de 5 diezmiligramos á 1 miligramo (Brocq); los gránulos de *ácido arsenioso*, gránulos de Dioscorides de 4 á 12 al día.

10. Con los preparados de *cocaína* no se ha obtenido por ahora gran resultado.

11. La serie de los medicamentos nervinos ha sido preconizada contra el prurito; especialmente la *quinina*, en forma de bromhidrato, que se administrará á la dosis de 40 á 80 centigramos al día tomada en dos veces, la mitad en cada comida, ó en una sola dosis, que se dará en la comida de la noche con el fin de combatir el prurito nocturno; la *antipirina* se dará á la dosis de 1 á 3 gramos y la *fenacetina* uno ó dos cachets de 25 centigramos al día.

12. El *salicilato de sosa* administrado á la dosis de 3 á 5 gramos por día; ha sido recomendado de un modo especial por Waldo, Wertheimer.

13. En algunos enfermos podrán administrarse los calmantes por la *vía rectal* en enemas ó supositorios ó también en inyecciones hipodérmicas.

Raíz de valeriana.	30 gramos
Hágase una infusión en	
Agua hirviendo.	250 —
Filtrese y añádase:	
Asafétida.	4 gramos
Yema de huevo.	N.º 1
M. s. a. Para un enema.	

14. En algunos casos se obtendrán mejores resultados con las *inyecciones hipodérmicas*, sobre todo en los enfermos cuyo funcionalismo gástrico no se verifique con normalidad.

Clorhidrato de pilocarpina. 0 gr. 10
 Agua destilada. 10 gramos

Disuélvase. 1 centímetro cúbico al día.

ó:

Sulfato neutro de atropina. 0 gr. 10
 Agua destilada. 100 gramos

Disuélvase. $\frac{1}{2}$ á 1 centímetro cúbico al día.

ó:

Sulfato de atropina. 0 gr. 01
 Clorhidrato de morfina. 0 gr. 10
 Agua de laurel cerezo. 20 gramos

M. s. a. 1 ó 2 centímetros cúbicos en los casos en que el insomnio y la agitación causados por el prurito sean muy pronunciados, procurando vigilar muy atentamente los efectos de las primeras inyecciones para asegurarnos que la morfina, aun asociada á la atropina, no determina ninguna acción provocadora sobre el prurito.

El *arsénico* podrá inyectarse en una de las formas siguientes:

Licor de Fowler. 1 parte
 Agua destilada. 2 —

M. s. a. $\frac{1}{2}$ á 1 centímetro cúbico.

Será preferible administrar el licor de Fowler *no alcoholizado*, pues la presencia del alcohol hace dolorosa la inyección. Podrá también emplearse el arseniato de sosa:

Arseniato de sosa. 10 gramos
 Agua destilada. 0 gr. 05 á 0 gr. 10

Disuélvase. $\frac{1}{4}$ de jeringa.

15. La influencia de las *estaciones* en el curso del prurito podrá proporcionarnos algunas indicaciones; en los enfermos en que el invierno constituye una causa de exasperación, podrán ensayarse los sudoríficos, graduando progresivamente su actividad; se darán bebidas sudoríficas, *bardana* ó *lampazo*, *zarzaparrilla*, etc., preparados de *jaborandi*, *fricciones* ligeramente excitantes, y en caso de necesidad, los *baños de vapor* y las *estufas secas*.

Si las exacerbaciones se presentan en el verano, se ensayarán los efectos producidos por la *belladona*, *atropina*, *tanino*, *fosfato de cal*, *agárico*, *cornezuelo*, *ergotina*, *lociones avinagradas*, es decir, todas las

preparaciones cuyo efecto sea el moderar la congestión de la piel y la actividad de las glándulas sudoríparas.

Para calmar la agitación que se presenta durante la noche, podrán emplearse las preparaciones de *valeriana*, el *valerianato de amontaco*, el *sulfonal*, la *belladona* y sus derivados, con preferencia á los opiados y al bromuro de potasio, cuyo efecto es acrecentar todavía más el escozor en algunos enfermos. Si con las *inyecciones hipodérmicas de morfina* se consiguen buenos resultados, convendrá vigilar al enfermo afecto de prurito crónico para que no se habitúe y abuse de este medicamento.

C. — TRATAMIENTO EXTERNO

1.º *Liciones*.—Cierta número de lociones determinan algunas veces una acción calmante muy pronunciada; podrán practicarse con agua sola muy *caliente*, con cocimiento de *raíz de malvarisco*, de *salvado*, de *manzanilla*, de *raíz de énula* ó también con agua sola, á la que se podrá añadir alguna de las siguientes substancias:

Por cada vaso:

Vinagre.	1 á 4 cucharadas de sopa
Agua fagedénica.	1 á 4 — —
Creolina.	1 cucharada de café
Sulfuro de sodio.	20 gramos
Ictiol.	20 á 40 —
Naftol β	2 á 5 —
Acido benzoico.	2 á 5 —
Carbonato amónico.	5 á 10 —
Alcohol mentolado.	4 á 10 —

Por cada litro:

Bromuro de potasio.	5 á 50 gramos
Tabaco para fumar.	1 á 5 —
Acido fénico.	5 á 10 —
Sulfato de cobre.	1 á 5 —
Hojas de coca.	1 á 5 —
Cianuro de potasio.	2 —
Sublimado.	0 gr. 30 á 0 gr. 50
Acido cianhídrico medicinal á 1 por 100.	4 á 8 gramos

También podrá añadirse:

Alcohol alcanforado con tres partes de agua caliente;

Éter sulfúrico;

Éter de petróleo;

Agua clorofórmica.

Las embrocaciones ó unturas con las *soluciones etéreas ó alcohólicas* producen con frecuencia un alivio temporal por la sensación de frío que determinan.

Taylor recomienda la siguiente loción:

Hojas de belladona.	} aa.	7 gramos
Hojas de beleño.		
Hojas de acónito		1 gr. 80
Acido acético.		30 gramos
Agua.		350 —

H. s. a.

Las siguientes fórmulas son las más frecuentemente empleadas:

Hidrato de cloral.	5 á 10 gramos
Agua.	250 —

Disuélvase.

Hidrato de cloral.		4 gramos
Glicerina.	} aa..	25 —
Alcohol.		
Agua.		150 —

M. s. a.

Hidrato de cloral.	5 gramos
Agua de laurel cerezo.	50 —
Agua destilada.	200 —
Alcohol de espliego.	100 —
Alcohol.	150 —
Eter sulfúrico.	2 gr. 50
Aconitina.	1 gramo

M. s. a.

(KAPOSI).

Leche de almendras.	250 gramos
Sublimado.	0 gr. 25
Clorhidrato amónico.	0 gr. 25

M. s. a.

(HARDY).

Cloral.	1 gramo
Agua destilada.	25 —
Glicerina.	25 —
Leche de almendras.	230 —
Azufre.	5 —

M. s. a. Tres lociones al día.

(HARDY).

Carbonato potásico.	1 gramo
Agua destilada de laurel cerezo.	20 —

ó:

Agua destilada.	100 gramos
Sublimado.	1 —
Alcohol.	c. s.

M. s. a. Una cucharadita de café para una loción. — Tres lociones al día.
(DOYON).

Leche de almendras.	100 gramos
Azufre.	10 á 20 —

M. s. a. (HARDY).

Acido fénico.	25 gramos
Glicerina neutra pura.	100 —
Agua destilada.	400 —
Esencia de tomillo.	c. s. para aromatizar

M. s. a. De una á cuatro cucharadas de sopa en un vaso de agua caliente.
(BROCQ).

Bórax.	7 gramos
Glicerina.	30 —
Alcohol alcanforado.	15 —
Agua de rosas.	220 —

M. s. a. (DÜHRING).

Agua de cal.	} aa . . .	30 gramos
Glicerina.		60 —
Aceite de almendras dulces.		V gotas
Esencia de romero.		

M. s. a. (BAZIN).

Subnitrato de bismuto.	7 gramos
Acido cianhídrico diluido.	7 —
Emulsión simple.	120 —

M. s. a.

Agua de laurel cerezo.	300 gramos	
Sublimado.	} aa.	0 gr. 30
Clorhidrato de amoniaco.		
Alcohol alcanforado.		30 gramos
Tintura de benjuí.		10 —

M. s. a.

También podrán emplearse los alcoholados aromáticos diluidos en dos ó cuatro veces su volumen de agua, como, por ejemplo, el *agua de Colonia*, *alcohol de menta* y el *alcoholado de romero*, además se podrá utilizar el alcohol con un 2 á 10 por 100 de *mentol*, el *aceite fenicado* al 2 por 100 y el *aceite mentolado* del 5 al 10 por 100.

Las lociones generales podrán practicarse dos veces al día. De un modo absoluto no puede fijarse anticipadamente la temperatura á que debe darse una loción acuosa, pues para algunos individuos es conveniente que

sean muy calientes, por encima de los 35°, mientras que otros, por el contrario, comienza la calma después de las lociones dadas á baja temperatura; convendrá, pues, proceder por vía de tanteo estudiando á cada enfermo en particular.

2.° *Pomadas*. — Las unturas con una substancia grasa sin añadir ningún medicamento bastan á veces para calmar ciertos pruritos, como, por ejemplo, una mezcla de dos partes de *lanolina* con una de *vaselina* y una de agua; sin embargo, la adición de una substancia medicamentosa permite graduar la intensidad de los medios de acción.

Las pomadas pueden tener por excipiente la vaselina, la lanolina ó la manteca de cerdo fresca, pero en general preferiremos los *glicerolados* ó el *ungüento de zinc* compuesto de partes iguales de óxido blanco de zinc y de vaselina. Besnier prescribe este ungüento con preferencia á los glicerolados puesto que éstos al ser aplicados sobre una gran superficie provocan una sensación de frío molesta, alterándose además con mucha facilidad.

La *brea*, tan extensamente empleada en terapéutica cutánea y cuya acción sobre los pruritos secundarios del eczema y de gran número de otras dermatosis es con frecuencia tan pronunciada, resulta en cambio muy poco eficaz en los pruritos generalizados.

El *glicerolado tartárico* de Vidal produce muchas veces un marcado alivio:

Acido tartárico.	1 gramo
Glicerolado de almidón á base de glicerina neutra.	20 —

M. s. a.

Según la opinión de muchos dermatólogos, el *ácido fénico* es la preparación que merece la preferencia: se prescribirá á la dosis de 1 á 3 y hasta un 5 por 100, obteniéndose con frecuencia buenos resultados asociándole el óxido de zinc.

También podrá prescribirse por 100 gramos de excipiente:

Mentol.	0 gr. 10 á 1 gramo
Acido salicético.	1 á 5 —
Salol.	1 á 5 —
Naftol β.	10 á 15 —
Cloral.	5 á 10 —

Ó una de las siguientes pomadas:

Acido fénico cristalizado.	1 gramo
Oxido de zinc.	15 —
Vaselina ó manteca.	45 —

M. s. a.

Ó:

Acido fénico cristalizado.	2 gramos
Oxido de zinc.	{aa. 50 —
Vaselina.	

M. s. a.

(BESNIER).

Manteca.	60 gramos
Acido tartárico.	2 —
Acido fénico.	1 —
Esencia de menta.	1 —

M. s. a.

(QUINQUAUD)

Ungüento de zinc.	60 gramos
Hidrato de cloral.	{aa. 7 —
Alcanfor.	
Lanolina.	{aa. 20 —
Vaselina.	
Aceite de almendras dulces.	5 —
Oxido de zinc.	10 —
Calomelanos.	2 gr. 50
Esencia de menta.	1 gr. 50

H. s. a. una pasta bien blanda.

(D. BULKLEY).

Vaselina.	20 gramos
Naftol β.	1 á 2 —

M. s. a.

Vaselina.	20 gramos
Acido salicílico.	0 gr. 25 á 0 gr. 50

M. s. a.

Alumbre.	1 gramo
Alcanfor.	0 gr. 75
Manteca.	30 gramos

M. s. a.

(GIBERT).

Brea.	15 gramos
Láudano Rousseau.	2 —
Vaselina.	60 —

M. s. a.

Resorcina.	2 gramos
Ictiol.	4 —
Lanolina.	60 —

M. s. a.

Alcanfor.	4 gramos
Hidrato de cloral.	4 —
Ungüento rosado.	30 —

M. s. a.

(BULKLEY).

Vaselina.	20 gramos
Oxido de zinc.	1 —
Mentol.	0 gr. 20 á 0 gr. 40

M. s. a.

Mentol.	1 á 5 gramos
Oxido de zinc.	10 —
Vaselina.	} aa. 25 —
Manteca.	

M. s. a.

Las pomadas á base de cocaína, morfina, belladona y calomelanos se reservarán para los pruritos localizados en pequeñas superficies.

3.º *Polvos*. — El espolvoreo constituye un tratamiento de fácil aplicación y con frecuencia muy eficaz. En muchos enfermos se obtendrán muy buenos resultados con mantenerlos casi constantemente cubiertos de polvos, debiendo empolvase inmediatamente después de la aplicación de las pomadas, después de las lociones y baños; el espolvoreo puede, cuando comienzan las crisis de escozor, suspenderlas ó atenuarlas.

Los polvos se aplicarán en abundancia y con suavidad.

El mejor procedimiento para aplicar el polvo es tomarlo en la palma de la mano y friccionar después suavemente las superficies enfermas.

También pueden extenderse los polvos sobre compresas de *lint*, con las que se practica una envoltura en seco de las regiones pruriginosas.

Cuando el prurito es irresistible, el enfermo en vez de rascarse con las uñas, procurará calmarlo haciéndose fricciones con un cepillo de franela suave ó con un trozo de algodón fino impregnado del polvo que debe emplearse (Besnier).

Para este objeto pueden utilizarse los polvos de *almidón*, *talco*, *licopodio*, *óxido de zinc*, *salicilato* ó *subnitrate de bismuto*, *alcanfor*, etc., conviniendo muchas veces confeccionar varias mezclas, que variarán según la impresionabilidad de los enfermos.

Polvo de almidón.. . . .	100 gramos
Subnitrate de bismuto.	} aa.. . . . 5 á 25 —
Carbonato de bismuto.	
Oxido blanco de zinc.	
Acido salicílico.	1 á 3 —

M. s. a. Este polvo tiene la ventaja de ser muy adherente.

(BESNIER).

Talco.	} aa.. . . . 30 gramos
Oxido de zinc.	
Polvo de almidón.. . . .	

M. s. a.

Alcanfor finamente pulverizado.	1 gramo
Ácido fénico.	1 —
Talco.	90 —

M. s. a.

(LASSAR).

Polvo de almidón.	90 gramos
Salicilato de bismuto.	10 —

M. s. a.

(BESNIER).

4.º *Baños*. — La acción que ejercen los baños es muy variable é insegura, siendo un tratamiento que sólo puede emplearse con circunspección y atenta vigilancia.

Los baños prolongados, continuados durante varias horas, ó varios días son los que al parecer pueden producir una notable mejoría; la dificultad de su aplicación, sin embargo, los hace impracticables para la mayoría de los enfermos.

Los baños que en cierto número de casos han determinado un señalado alivio son los que contienen:

1.º Almidón. 200 á 500 gramos

Dilúyase en 2 litros de agua y échese en el baño lentamente y agitando el agua.

2.º Salvado. 1 á 2 kilogramos

Colóquese en un saquito de tela, échese en el baño malaxándolo hasta que el agua se enturbie.

3.º Tilo. 1 kilogramo

Hágase una infusión por espacio de una hora en 10 litros de agua, fíltrese y se mezcla después con el agua del baño.

4.º Vinagre simple ó aromático.	1 litro
Subcarbonato de sosa.	100 á 250 gramos
Carbonato de sosa.	100 —
Sal marina.	20 —
Sulfato de sosa.	60 —
Gelatina.	100 —

M. s. a.

(Baño de Plombières artificial).

5.º Sulfato de cobre. 45 gramos

ó:

Trisulfuro de potasio sólido. 50 á 100 gramos

Disuélvase en el momento del baño en un litro de agua caliente.

6.º Hidrosulfuro de sosa cristalizado.	} aa.. 60 gramos
Cloruro de sodio cristalizado.	
Carbonato de sosa desecado.	
	30 —

M. s. a.

(Baño de Barèges artificial)

Disuélvase en un litro de agua.

Los baños sulfurosos deben tomarse en habitaciones especiales, en bañeras de madera, de zinc ó de hierro esmaltado.

- 7.º Bicloruro de mercurio. } aa. . . 15 gramos
 Sal amoniacal. }

M. s. a.

Para un baño (bañera especial).

Desconfiar de las absorciones muy abundantes en los casos de soluciones de continuidad de la piel.

Los últimos baños, baños sulfurosos y baños de sublimado que poseen una acción excitante muy marcada sobre la piel, deberán vigilarse muy atentamente, pues á consecuencia de los mismos se observa algunas veces una exacerbación del prurito; sin embargo, en algunos enfermos no se manifiesta la producción de tales alteraciones.

5.º Las *duchas* también podrán ensayarse, evitando las duchas administradas sin las debidas precauciones, los chorros demasiado fuertes, las temperaturas muy elevadas ó muy frías, por los peligros que pueden ofrecer; la ducha que conviene al enfermo que sufre de prurito es la ducha templada en lluvia ó regadera, procurando que el choque sea lo más suave posible, lo preferible será administrarla en las condiciones que Jacquet y Beni-Barde aplican en el liquen plano; la temperatura agradable al enfermo (34 á 37º) y su duración de tres á seis minutos.

6.º Las *fumigaciones* secas van seguidas á veces de una mejoría rápida; nuestro malogrado profesor Vidal ensayaba con verdadero interés las fumigaciones de *cinabrio* en los enfermos de piel seca afectos de pruritos rebeldes, y Besnier es de opinión que las fumigaciones mercuriales han de ser prudentemente dirigidas, pues es de temer la intoxicación que pudieran determinar.

En los casos en que aparezca disminuída la sudación, convendrá ensayar los *baños de vapor* ó las *estufas secas*.

A los enfermos atacados de prurigos y de pruritos crónicos sólo con mucha prudencia podrán aconsejárseles las *estaciones hidrominerales*, mereciendo entre éstas la preferencia las poco mineralizadas, como *Néris*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Plombières*, *Royat*; sin embargo, hay estaciones sulfurosas como las de *Luchon*, *Saint-Sauveur*, *Aix-la-Chapelle*, *Ratz*, etc., que cuentan en sus estadísticas éxitos innegables; *Loèche*, con sus baños prolongados, se halla en condiciones ventajosas para que se obtengan felices resultados.

El tratamiento consistirá en baños prolongados, duchas tibias en forma de lluvia y en estufas.

7.º *Envolturas*.— Para sustituir á los baños prolongados, Besnier aconseja la envoltura con *tela de caucho* durante el día y las envolturas húmedas por la noche. La envoltura de la totalidad ó de una parte del

cuerpo con telas muy finas de caucho puede conciliarse perfectamente con las exigencias que supone la vida activa. Para esto se practica aquella cubriendo la superficie del cuerpo con una tela de caucho delgada y flexible susceptible de ser aplicada muy exactamente sobre las partes subyacentes; esta tela se sostiene y adapta á la superficie por medio de vendas de gasa ó de tela fina; se podrán también hacer llevar al enfermo vestidos, camisas, chalecos y pantalones de tela de caucho aplicados directamente sobre la piel.

En algunos casos de prurito la piel rezuma algunas veces durante los primeros días de la aplicación, por lo que procuraremos renovar más ó menos la cura según la abundancia del exudado. Cuando ya no hay exudado ó la exudación no aumenta, podrá mantenerse aplicada la tela de caucho durante algunos días sin levantar la cura.

He aquí en qué términos Besnier formula las condiciones en que deben ser practicadas las curas húmedas.

Por la noche, ó también en los casos especialmente rebeldes, se colocará entre la tela de caucho y la piel trozos de tarlatana ó de lint humedecidos con las diversas soluciones que ya indicaremos; estos trozos de tarlatana ó de lint se aplicarán tibios y se procurará exprimirlos bien antes de proceder á su colocación; después se cubrirán con una tela impermeable procurando que sea lo más fina posible (siendo absoluta esta recomendación) sosteniéndola cuidadosamente con vendas de tarlatana muy finas y dúctiles.

Según la estación y las condiciones particulares del individuo, se colocará el enfermo en su cama, cuyas cubiertas se elevarán por medio de un arco, llevando el paciente un peñador ó manto de algodón, que también podría ser de franela. Si el tratamiento se ha practicado en las debidas condiciones, las compresas permanecerán húmedas y el enfermo no experimentará ningún enfriamiento.

Las envolturas se humedecen bien con agua previamente hervida, con *agua de lluvia*, siempre que sea posible, ó también con *infusiones* ó *cocimientos* de todas las especies emolientes, astringentes, narcóticas, etc.; nosotros empleamos generalmente el agua hervida con un 5 por 100 de *glicerina*, ó también á veces el cocimiento de *hojas de coco* de 1 á 5 por 100, empezando siempre por las aplicaciones más simples; sólo en caso de insuficiencia ó también cuando el enfermo está bien adiestrado en la confección de la envoltura es cuando añadimos al líquido las sustancias medicamentosas, siempre á pequeñas dosis al principio y tanto más débiles cuanto más extensa sea la superficie que ha de envolverse. Las soluciones deberán aplicarse tibias.

Para la envoltura general ó extendida en grandes superficies las soluciones serán débilmente dosificadas elevándose solamente de un modo gradual; su composición puede ser muy variada.

He aquí algunos.

Por cada litro de agua:

5 á 10 gramos de vinagre común,
0 gr. 25 á 1 gramo de ácido fénico,
0 gr. 25 á 1 gramo de ácido salicílico,
1 á 5 gramos de ácido tartárico, bórico, etc.,
1 á 10 gramos de bicarbonato de sosa,
0 gr. 25 á 2 gramos de borato de sosa,
1 á 10 gramos de salicilato de sosa con igual cantidad de bicarbonato de sosa,
0 gr. 01 á 0 gr. 05 de deutocloruro de mercurio,
1 á 10 gramos de ictiol,
(Solución muy activa, pero intolerable para la mayoría de los enfermos por el olor que despiden).
5 á 25 gramos de coaltar saponinado.

(E. BESNIER).

En los casos de prurito muy rebelde, se podrá ensayar la envoltura con las *colas*. Ya estudiaremos esta clase de cura á propósito de los pruritos localizados, en los que es más directamente aplicable. De momento podemos adelantar que esta envoltura no presenta los peligros que á primera vista nos podrían hacer temer los experimentos de los fisiólogos acerca de los accidentes provocados por la envoltura del cuerpo con sustancias impermeables.

8.º *Electricidad*.—La electrización se ha empleado sobre todo para los pruritos localizados; sin embargo, en los casos de prurito generalizado podrán ensayarse las *corrientes continuas* ó mejor todavía los *efluvios de electricidad estática*, el tratamiento por los *soplos eléctricos*.

9.º Las *ropas* del enfermo atacado de prurigo ó de prurito han de cumplir algunas indicaciones.

La piel irá cubierta con lienzos de tela fina, evitándose muy cuidadosamente el contacto con los forros de lana. Los vestidos serán más bien ligeros.

10. Cuando en un momento determinado un prurito simple ó un prurigo de Willan se complican de *lesiones eczematiformes* ó *liquenoides* reclaman entonces el tratamiento ordinario de los pruritos localizados complicados ó el de los prurigos diatésicos, según la extensión y la importancia que presentan las lesiones sobreañadidas (véase más adelante).

11. El *prurito de invierno* (prurigo de Dühring), aparte de las condiciones del tratamiento del prurito en general, exige algunas precau-

ciones especiales. Se cubrirá el enfermo con ropas calientes y las que estén en contacto con su cuerpo deberán ser de tela delgada y no de lana; el enfermo usará también guantes de piel, no conviniéndole los de lana ni los forrados.

Las sábanas serán de tela fina y las cubiertas ligeras. Por la noche se aplicarán envolturas húmedas y durante el día se espolvoreará el cuerpo con polvos de *óxido de zinc* ó de *bismuto*.

Contra este prurito *hiemalis*, Dühring aconseja que se hagan unturas con vaselina ó glicerina simple ó adicionada de *ácido fénico* ó de *brea*. Para utilizar las sustancias grasas, pomadas, es preciso tomar muchas precauciones, pues si efectivamente estas aplicaciones producen á veces en algunos enfermos marcado alivio, no es menos cierto que en otros el empleo de estas sustancias va seguido de fenómenos de irritación más ó menos acentuada, escozor y eritemas. Convendrá, pues, vigilar atentamente las primeras aplicaciones de dichas sustancias, sobre todo en los casos en que se haya creído oportuno añadirles alguna sustancia activa.

Los baños que, según Dühring, conviene tomarlos á una temperatura moderadamente caliente, constituyen también un tratamiento de resultados inconstantes y algunas veces más perjudiciales que ventajosos. Los baños de vapor á baja temperatura resultan con mucho más preferibles que los baños ordinarios.

Cuando el prurito está localizado es preferible tratarlo por los tópicos no excitantes (véase más adelante).

12. *En los viejos* se practicarán las lociones y curas húmedas con gran prudencia con el fin de evitar los enfriamientos verdaderamente peligrosos en este período de la vida.

Ellice M. Alger, de Nueva York, recomienda la siguiente mezcla, que obraría á un mismo tiempo como calmante, diurético y estimulante de la función sudoral; disminuiría, por otra parte, la tensión arterial generalmente exagerada á consecuencia de la arterioesclerosis.

Bromuro de sodio.	8 gramos
Yoduro de sodio.	4 —
Salicilato de sosa.	8 —
Acetato de sosa.	4 —
Infusión de genciana.. . . .	60 —

H. s. a. una mixtura.

Tómese una cucharadita de café de esta solución con agua después de cada comida

III

Tratamiento de los pruritos localizados

Los pruritos localizados son muy comunes y algunas regiones como el ano, la vulva, el escroto, las ventanas de la nariz, la palma de las manos y la planta de los pies presentan una predisposición especial. No es raro tampoco observar en los miembros pruritos localizados, y así, por ejemplo, ciertas erupciones, principalmente las erupciones secas de los miembros, ó el liquen simple circunscrito de Vidal, van á menudo precedidas de un período de prurito simple más ó menos prolongado.

La analogía entre el curso de estas erupciones y el de los pruritos localizados alrededor de los orificios del cuerpo es completa; el prurito comienza, y las rascaduras y las excitaciones exteriores vienen á ser las causas determinantes de las erupciones; la supresión de aquellas excitaciones produce el alivio y la curación de la erupción. La relación entre unos y otros desde el punto de vista patogénico y terapéutico nos parece perfectamente admisible.

Los tratamientos que vamos á estudiar son, pues, aplicables á un determinado número de lesiones localizadas y circunscritas de los miembros pruriginosos en grado extremo, así como también á los pruritos más especialmente estudiados del ano, vulva, etc. La *oclusión* constituye para unos y otros el tratamiento por excelencia, el cual deberá practicarse con tanta frecuencia y minuciosidad como lo permita la disposición de la región.

Los pruritos localizados pueden presentarse en el estado simple ó en el morbo, produciendo únicamente las molestias de la comezón; sin embargo, con mucha frecuencia, y hasta podría decirse en la mayor parte de los enfermos, un estado inflamatorio de la piel viene en un momento dado á complicar el prurito.

Las erupciones liquenoides ó eczematiformes que se observan en casos semejantes, son provocadas por la acción de rascarse á que se entregan á menudo con gran violencia los enfermos.

Cuando el médico va á instituir el tratamiento, ha de tener siempre presente que un prurito, aun cuando sea localizado, está muchas veces preparado por un estado diatésico como el linfatismo, artritis, herpetismo, diabetes; deberá, pues, ante todo asegurarse de si existe ó no en

su enfermo, esforzándose inmediatamente en atenuarlo si hubiere comprobado su existencia.

Si el prurito se manifiesta alrededor de un orificio natural, será preciso fijar el estado de integridad ó de enfermedad de la cavidad que se encuentra en comunicación con la piel en que radica el prurito, y si se comprobase un estado inflamatorio de la cavidad, ano, vagina, útero, cavidades nasales, se combatirá enérgicamente esta inflamación.

Una vez establecidas las reglas que hayan de seguirse como tratamiento general, será ocasión de instituir el tratamiento local, el cual variará según que se trate de un prurito simple ó de un prurito complicado de lesiones inflamatorias de la piel. En este último caso, la primera indicación consistirá en procurar la desaparición de estas complicaciones inflamatorias tanto si se presentan en forma húmeda como en forma seca.

1.º Las *superficies rezumantes*, eczematiformes, deberán someterse al tratamiento ordinario de las lesiones eczematosas hasta que las lesiones hayan desaparecido por completo ó hayan quedado secas, inmovilizadas; entonces estarán indicados los tratamientos de las inflamaciones no rezumantes.

2.º Si la inflamación es muy intensa y el rezumamiento abundante, se recurrirá á las curas y envolturas húmedas.

La aplicación de las *envolturas húmedas* se hará del modo siguiente:

Se tomarán compresas de tela fina ó mejor todavía pliegues de tarlatana sin apresto ó un trozo de *lint* empapándolos del líquido escogido, y después se exprimirán para quitar el exceso de líquido; hecho esto, se colocarán de plano sobre las superficies que hayan de cubrirse. Encima y con el fin de impedir la evaporación, se aplica bien una hoja de gutapercha laminada ó bien un trozo de tafetán engomado flexible ó de makintosh, que se sostiene por medio de una venda ó de cualquier otro apósito apropiado á la forma de la región. La aplicación sobre las partes enfermas deberá hacerse del modo más exacto posible.

Los líquidos que habrán de emplearse en estas curas son los cocimientos tibios de *ratz de malvavisco*, *abedul*, *manzanilla*, *agua almidonada*, *agua de salvado*, soluciones muy débiles de *ácido bórico*, *fenosalol*, *coaltar*, *cresol*, etc.

La envoltura podrá practicarse simplemente con la *tela de caucho*, aplicada directamente sobre la piel; pero la disposición de las partes en que se desarrolla casi siempre el prurito localizado, hace á menudo difícil la práctica de este procedimiento terapéutico, precisando además recordar lo que tan en claro puso nuestro colega Tenneson, y es que una envoltura con la tela de caucho sólo da buenos resultados cuando se

asegura su contacto inmediato con toda la superficie de la piel que haya de cubrirse. Las telas buenas para estos casos son las muy flexibles y delgadas y se limpiarán cuidadosamente á cada renovación de la cura.

3.º Las curas con las sustancias grasas, las *pomadas*, podrán también ser utilizadas, empleándose las pomadas á base de *óxido de zinc*, *salicilato de bismuto*, *ácido salicílico*, *mentol*. Convendrá, antes de aplicar las pomadas, lavar la región con un cocimiento emoliente ó ligeramente astringente y antiséptico caliente, y espolvorearlo con abundancia una vez la aplicación de la pomada se haya efectuado.

Las fórmulas de pomadas expuestas á continuación son algunas de las que se emplean más comúnmente.

Vaselina.	20 gramos
Naftol.	1 —

M. s. a.

Vaselina.	20 gramos
Oxido de zinc.. . . .	1 —

M. s. a.

Vaselina.	30 gramos
Resorcina.. . . .	1 —

M. s. a.

Vaselina.	50 gramos
Precipitado blanco.. . . .	1 —

M. s. a.

Vaselina.	} aa.	25 gramos
Lanolina.		
Ácido salicílico.		

M. s. a.

Contra los pruritos localizados simples ó acompañados de erupciones no rezumantes están principalmente indicadas las pomadas calmantes:

Vaselina.	20 gramos
Cocaína.. . . .	0 gr. 25 á 1 gramo

M. s. a.

Vaselina.	20 gramos	
Extracto de belladona.	} aa.	1 —
Extracto de beleño.		

M. s. a.

Vaselina.	20 gramos
Cloroformo.	2 —

M. s. a.

Vaselina.	20 gramos
Clorhidrato de morfina.	0 gr. 10

M. s. a.

Vaselina.	20 gramos
Esencia de menta.	0 gr. 40
M. s. a.	
Vaselina.	20 gramos
Cianuro de potasio.	0 gr. 05 á 0 gr. 10
M. s. a.	
Cloral.	} aa. . 3 gr. 50
Alcanfor.	
Vaselina.	30 gramos
M. s. a.	

(BULKLEY).

Porrit añade á la manteca de cacao un 2 por 100 de cocaína. Lo mejor es dar á la masa de manteca la forma de un lápiz medicamentoso el cual, conservado en un estuche de madera, puede dejarse á disposición del enfermo. La manteca se derrite por el contacto de la piel al momento de las fricciones y forma en su superficie una capa protectora blanda y suave.

4.º Las *lociones*, especialmente las lociones frías, constituyen una forma de tratamiento muy eficaz contra los accesos de prurito. El agua fría pura basta para algunos enfermos, pero se obtendrán mejores resultados añadiéndole *vinagre*, *ácido fénico*, *cloral*, *cocatna* ó *cianuro de potasio* (véase anteriormente). Las soluciones podrán ser más concentradas que las empleadas contra el prurito generalizado.

En este sentido el profesor Bronson recomienda contra el prurito vulvar la siguiente mezcla, que por contener una fuerte proporción de ácido fénico no podría emplearse en lesiones extensas:

Licor de potasa á 5,84 por 100.	8 gramos
Acido fénico.	16 —
Aceite de liño.	36 —
Esencia de bergamota.	X gotas
M. s. a.	

Los *polvos* se aplicarán después de la pomada ó desde luego previa una sencilla loción de la región inflamada.

Los polvos que deberán usarse son los de *almidón*, *arroz* y con preferencia los polvos minerales de *talco*, *óxido de zinc*, *subnitrito de bismuto*, *ácido bórico*, *aristol*, *salol*, etc.; estos últimos sobre todo se hallan indicados cuando las superficies están muy inflamadas y es de temer una inflamación secundaria. Se obtendrán generalmente mejores resultados poniendo encima de los polvos una capa de algodón que protegerá completamente la región enferma contra las irritaciones exteriores: esta forma de tratamiento está principalmente indicada en la inflamación de los pliegues.

La aplicación abundante de los polvos y la del algodón en las superficies de las regiones rezumantes constituye un procedimiento fácil de oclusión que no deja de ofrecer sus ventajas.

Cuando las inflamaciones que acompañan al prurito no son rezumantes es conveniente practicar la oclusión siempre que la disposición de las regiones enfermas lo permita. La *envoltura con algodón* simple, precedida de una aplicación de polvos, constituye ya una forma de oclusión, pero es preferible hacerla con las colas.

5.° Las *colas* que ordinariamente se emplean son las preparadas á base de gelatina, glicerina y óxido de zinc, porque tienen la propiedad de derretirse á temperaturas relativamente poco elevadas y de solidificarse á la temperatura ordinaria del aire exterior.

a) Las propiedades de las colas, ensalzadas por Unna, han sido bien estudiadas por su discípulo Menahen Hodara. Estos autores han observado que la adición de la glicerina á la gelatina da por resultado la elevación de las temperaturas de fusión y de solidificación, disminuyendo la contracción de la pasta; el óxido de zinc eleva ligeramente las temperaturas de fusión y de solidificación, aumentando la contracción; el aumento de la gelatina y la disminución del agua elevan débilmente las temperaturas de fusión y de solidificación, aumentando débilmente también la contracción.

Unna propone dos fórmulas de colas que, por tener diferentes propiedades, podrían utilizarse en distintos casos según los resultados que se desearan obtener.

1.° Gelatina.	} aa. . .	12 gr. 50
Glicerina		
Oxido de zinc.		20 gramos
Agua.		55 —

M. s. a.

(Cola blanda que se derrite á la temperatura de 37°,75 y se solidifica á 28°; es poco contráctil).

2.° Gelatina.	15 gramos
Glicerina.	10 —
Oxido de zinc.	25 —
Agua.	50 —

M. s. a.

(Cola consistente que se derrite á 38°,75, solidifica á 31° y se contrae más que la precedente).

Otro preparado menos caro sería el siguiente:

3.º Gelatina.	} aa. . . .	10 gramos
Glicerina.		
Oxido de zinc.		30 —
Agua.		50 —

M. s. a.

Las propiedades que debe reunir una cola para que se considere de buena calidad es que sea blanda, sólidamente adherente, que se liquide á una temperatura que no exceda de la temperatura del cuerpo en cantidad suficiente para que la aplicación produzca una sensación de quemadura desagradable, que no se derrita por el calor del cuerpo, ni se agriete después que se haya endurecido.

La fórmula dada por Tenneson y Thibault, era ya excelente:

Grenetina.	150 gramos
Gelatina.	100 —
Glicerina.	300 —
Agua.	300 —
Oxido de zinc.	100 —

M. s. a.

Disuélvanse las gelatinas al baño maría en la glicerina y 200 gramos de agua; añádase óxido de zinc diluído en 100 gramos de agua, y añádase después agua en cantidad suficiente para formar los 950 gramos.

La fórmula que empleamos hoy día generalmente en el hospital Saint-Louis, es la siguiente:

Gelatina.	150	gramos
Grenetina.	100	—
Goma arábica.	5	—
Glicerina.	} aa. . . .	300 —
Oxido de zinc.		
Fenosalol.	2	—

M. s. a.

Por una parte, hágase fundir la gelatina y la grenetina (la grenetina es una gelatina purificada, tratada por el ácido clorhídrico y decolorada completamente por el negro animal) á poca temperatura y al baño maría en la cantidad de agua prescrita.

Por otra parte, añádase poco á poco la goma y el óxido de zinc á la glicerina.

La solución gelatinosa, después de pasada por un tamiz poco tupido, se vierte inmediatamente en la mezcla de glicerina y de óxido de zinc. Añádase luego el fenosalol, y cuando la masa comienza á perder su flui-

dez, se vierte en un frasco de porcelana. Se conservará la pasta al abrigo de la humedad.

b) La aplicación de las colas se hará de la manera siguiente:

Primeramente se prescribe un baño al enfermo ó bien se limpia y desengrasa la piel lavándola con jabón y agua caliente. La cola, previamente calentada al baño maría y ya hecha flúida, se extiende sobre las superficies enfermas por medio de un pincel plano y flexible que los pintores designan con el nombre de cola de bacalao. Conviene no elevar la temperatura de la cola más allá de los 100°, pues alteraría las gelatinas y dificultaría su solidificación al enfriarse.

Dos ó tres capas de cola son suficientes para dar á la untura un espesor conveniente. Antes de que aquélla se seque convendrá frotar la piel suavemente con el algodón hidrófilo bien deshilachado; algunos restos del mismo algodón que se adhieren á la cola facilitan su desecación y le dan mayor resistencia.

Transcurridos de diez á quince minutos, la cola está suficientemente seca para que el enfermo pueda vestirse y dedicarse á sus ocupaciones ordinarias.

La capa de cola blanda, de análoga consistencia á la de la piel de guante de Suecia, se adhiere perfectamente al tegumento, continuando adherida sin descostrarse durante varios días. En algunos enfermos se conserva á veces sin agrietarse por espacio de ocho y diez días. En el caso de que se agriete por distintos puntos, se llenarán las grietas aplicando otra capa de cola sobre la primera en los puntos en que hubiera cedido, pero al menor despegamiento de la capa que se note alrededor de las fisuras, lo más conveniente será quitarla toda y colocar una nueva.

Después de aplicar la cola, el enfermo experimenta algunas veces una sensación de frío muy molesta, calmándose ordinariamente esta sensación pasadas algunas horas; pero puede también continuar todo el tiempo que la cola está sobre la piel. En determinados casos es tan acentuado el frío que experimentan los enfermos, que para calentarse se aproximan al fuego ó sienten la necesidad de cubrirse con ropas calientes.

La envoltura de una gran parte y más todavía de la totalidad del cuerpo por una substancia impermeable podría despertar fundados temores desde el momento que los fisiólogos han demostrado que los animales no pueden vivir cubierto su cuerpo con un barniz espeso. La experiencia ha demostrado, sin embargo, que los enfermos pueden estar cubiertos de cola en toda la superficie de su cuerpo sin que se les ocasione ningún grave inconveniente, de manera que el único inconveniente real que puede presentarse es la sensación de frío que acabamos de mencionar.

El tratamiento por medio de las colas es, pues, aplicable á algunos pruritos generalizados, lo mismo que á los pruritos localizados.

Las colas no suprimen completamente, según parece, la evaporación cutánea; y constituyen, por otra parte, una excelente protección contra las rascaduras y las irritaciones exteriores. Algunos enfermos, no obstante, es tal el desespero con que se rascan durante el sueño, que llegan á desgarrar la cola, siendo para ellos este tratamiento casi ilusorio é impracticable.

El tiempo que puede durar la oclusión de la región cubierta por la cola varía mucho, según la extensión de las superficies cubiertas, así como también según sea la susceptibilidad de los enfermos; con frecuencia podrá prolongarse sin dificultad la oclusión durante semanas, mientras que otras veces es tan molesta la sensación de frío que experimentan algunos enfermos que el médico se ve obligado á renunciar á la misma prontamente.

6.º *Emplastos*.—Cuando las superficies enfermas no son muy extensas, la oclusión podrá obtenerse por la aplicación de los emplastos finos y flexibles que hoy día se fabrican, como los emplastos á base de *aceite de hígado de bacalao*, *óxido de zinc*, *sulfato de cal*, *emplastos blancos*, los cuales obran principalmente por la oclusión que con ellos se consigue y algún tanto por las substancias medicamentosas que entran en su composición; también podrán emplearse los emplastos á base de *ácido bórico*, *resorcina*, *aceite de enebro*, *ácido pirogálico*, más enérgicos que los anteriores, y cuya acción se aproxima á la que ejercen las pomadas, de que nos ocuparemos en seguida. La oclusión por medio de las colas es preferible á la de los emplastos cuando las superficies enfermas son extensas ú ocupan regiones cuya disposición y movilidad hacen en extremo difícil la aplicación exacta de los emplastos.

Se podrá comenzar por la oclusión con el algodón, aplicando previamente polvos en los casos en que las lesiones sean todavía rezumantes; acto seguido se procederá á la aplicación de los emplastos á base de óxido de zinc y de aceite de hígado de bacalao, los cuales, sin embargo, sólo podrán utilizarse en enfermos cuyas lesiones sean relativamente poco extensas. Cuando, por el contrario, las lesiones sean muy extensas, darán mejores resultados las envolturas con algodón, tela de caucho ó colas.

7.º En las erupciones secas que han resistido á los tratamientos precedentes, convendrá modificar la vitalidad de las partes afectas aplicando *pomadas excitantes*, teniendo cuidado siempre de no llevar demasiado lejos la irritación de las regiones enfermas; en el caso de que éstas se

inflamasen intensamente, habrá que recurrir al tratamiento antiflogístico aplicable á las formas rezumantes de la afección.

Si se deseara modificar las erupciones secas y rebeldes, podrían emplearse las pomadas á base de *naftol*, *mentol*, *ácido salicílico*, etc., que se han indicado al hablar del tratamiento de los pruritos generalizados.

Con el mismo objeto podrán ensayarse los preparados de *azufre*.

Flor de azufre.	1 gramo
Manteca de cerdo.	30 —
M. s. a.	
Azufre sublimado y lavado.	18 gramos
Creta preparada.	12 —
Aceite de hayuco.	18 —
Jabón verde.	aa. 30 —
Manteca de cerdo.	
M. s. a.	

(HEBRA)

La pomada de Wilkinson, modificada por Hebra, se compone de:

Flor de azufre.	aa. 180 gramos
Aceite de haya ó de enebro.	
Jabón verde.	aa. 500 —
Manteca de cerdo.	
Creta preparada.	120 —
M. s. a.	

La loción de Vleminckx contiene:

Cal viva.	500 gramos
Flor de azufre.	250 —
Agua simple.	2500 —
M. s. a.	

Glicerolado á base de enebro de Vidal:

Aceite de enebro verdadero.	15 gramos
Extracto fluido de panamá.	c. s. para emulsionar
Glicerolado de almidón á la glicerina neutra.	90 gramos
M. s. a.	

Pomadas mercuriales:

Precipitado blanco.	2 gr. 50
Ungüento populeón.	20 gramos
M. s. a.	
	(HEBRA).
Calomelanos.	1 gramo
Acido tánico.	2 á 3 —
Manteca de cerdo.	30 —
M. s. a.	
	(HARDY).

Glicerolado de almidón..	20 gramos
Bromuro de potasio.	1 —
Subnitrato de bismuto.	1 —
Calomelanos.	0 gr. 40
Extracto de belladona.	0 gr. 20

M. s. a.

Ungüento diaquilón.	partes iguales
Aceite de olivas.	

M. s. a.

(BESNIER).

Cabrá recurrir también á los toques con el *lápiz de mentol*, con la solución alcohólica de mentol al 1 por 40 ó al 1 por 30, ó con una solución fuerte de *nitrato de plata*.

El *bálsamo del Perú* y la *tintura de benjuí* constituyen unos excelentes tópicos, formando una especie de capa impermeable cuya acción es parecida á la que ejercen las colas.

En los casos muy rebeldes, Brocq aconseja las fricciones con:

Aceite de ricino.	30 gramos
Biyoduro hidrargírico.	0 gr. 25

Disuélvase.

haciendo preceder y seguir la fricción por una aplicación calmante á base de cocaína ó de morfina.

Hillairet prescribía:

Yodoformo.	5 gramos
Manteca de cerdo.	45 —

M. s. a.

Los *emplastos á base de jabón negro, ácido salicílico, aceite de enebro, sulfato de cal y mercuriales* podrán ser utilizados también con el objeto de modificar la piel crónicamente inflamada; pero convendrá siempre vigilar su acción con mucho cuidado para que no se convierta en demasiado irritante.

Cuando la piel es muy gruesa Okmann recomienda una embrocación con la *creosota*. Esta cauterización es muy dolorosa, si bien el dolor desaparece en muy poco tiempo y deberá practicarse una sola vez.

Se aplicará seguidamente la siguiente mezcla:

Bicloruro de mercurio.	0 gr. 13
Clorhidrato de amoníaco.	0 gr. 13
Acido fénico.	4 gramos
Glicerina.	60 —
Agua de rosas.	115 —

M. s. a.

8.º Los distintos tratamientos que acabamos de mencionar, como son las lociones, polvos y pomadas, llegan por lo regular á producir el alivio ó la curación; el médico, sin embargo, ha de procurar siempre añadir ó sustituirlos por las curas oclusivas. A este fin recordará que las lesiones inflamatorias casi siempre se producen á consecuencia del rascarse, de las excitaciones de causa externa y del contacto de las secreciones irritantes y que lo mejor para suprimir la influencia de estas diferentes causas consiste en practicar la oclusión por un procedimiento que variará según la forma y la mayor ó menor agudez de los fenómenos inflamatorios, ya simplemente por un espolvoreo seguido de una aplicación de una gruesa capa de algodón, ya mejor todavía por una aplicación de colas ó de emplastos, cuyo agente activo se determinará según que las lesiones se presenten en estado seco ó rezumante, atónico ó agudo.

9.º Las cauterizaciones con el *termocauterio* ó mejor todavía con el *galvanocauterio* han llegado á producir á veces en casos muy rebeldes la disminución del prurito y de la inflamación.

10. Las *escarificaciones en cuadrícula* practicadas según el método de Vidal, dan á menudo buenos resultados contra el engrosamiento muy pronunciado de la piel y contra los fenómenos dolorosos, modificando además de un modo muy favorable la vitalidad del tegumento cutáneo.

11. En los pruritos localizados es cuando la *electrización* se muestra especialmente eficaz; algunos autores no quieren ver en su acción más que un fenómeno de sugestión; pero sin entrar en discusiones diremos que lo importante es que los enfermos resulten mejorados con el procedimiento. El que comúnmente se seguía hasta hace algunos años para obtener la electrización era la corriente farádica, pero hoy día la mayoría de los médicos otorgan la preferencia á la electricidad estática.

El profesor Leloir expuso á la Academia de Ciencias en 12 de Junio de 1893 que en el tratamiento de los pruritos había sustituido la faradización con pincel por el efluvio eléctrico, porque el primero le daba resultados muy inseguros, al paso que el efluvio eléctrico experimentado en 25 casos de prurito localizado ó generalizado de los más rebeldes le produjo los más felices é inesperados resultados. Varios casos de prurito anal, vulvar y de las extremidades fueron seguidos de curación. El profesor Doumer, de Lila, acepta en un todo la opinión y procedimiento de Leloir.

Siguiendo este procedimiento, se coloca al enfermo sobre el taburete aislador en estado de baño eléctrico, y de este modo recibe sobre las superficies ó regiones enfermas el sople electroestático, viento ó ducha eléctrica.

La cuestión acerca del polo que debe aplicarse sobre la región enfer-

ma no se ha resuelto todavía, pues Leloir, Doumer, Bordier y Foveau de Courmelles han visto que en ciertos individuos se producía la mejoría por el efluvio positivo, mientras que en otros por el negativo, sin que pueda determinarse en qué circunstancias sea preferible el uno al otro. La electricidad positiva es, sin embargo, aquella cuya acción sedante parece que debe ser ensayada en primer término, y sólo en caso de que fracase se probará la electrización negativa.

12. Nos limitaremos á mencionar las *operaciones quirúrgicas*, la elongación de los nervios y la ablación de la piel de las regiones enfermas, que se han ensayado para obtener la curación del prurito. Estos recursos sólo pueden utilizarse en casos de gravedad excepcional que hayan resistido á todos los demás tratamientos, y que ejercen sobre el ánimo del enfermo una influencia desastrosa, y aun en estos casos, la importancia de la operación y su resultado más que inseguro harán vacilar fundadamente á más de un médico antes de proceder á su realización.

La localización de ciertos pruritos los hace susceptibles de algunas indicaciones terapéuticas especiales.

A. — PRURITO ANAL

1.º En los casos de prurito anal, se practicarán lociones de la región con una de las soluciones antipruriginosas indicadas anteriormente, de un modo especial con las soluciones diluídas de *ácido bórico* ó de *sublimado*; las lociones frías ó muy calientes resultan muchas veces más eficaces que las lociones de temperatura mediana. Algunos enfermos se han mejorado con el uso de una oliva metálica, análoga á la que se emplea en el tratamiento de las hipertrofias de la próstata; esta oliva se introduce en el recto y se hace pasar una corriente de agua tan caliente como sea posible. A veces se ha conseguido una mejoría por medio de simples duchas ascendentes.

Convendrá siempre combatir el estreñimiento usando, sin embargo, con prudencia de los purgantes drásticos; los *enemas* emolientes con una pequeña cantidad de ácido bórico modificarán favorablemente toda clase de inflamación del recto. El enfermo, cada vez que evacúe, deberá después lavarse con mucho cuidado y curar de nuevo las partes inflamadas.

La oclusión es difícil de obtener en el caso de prurito perianal y el enfermo habrá de contentarse en la mayoría de los casos con el uso de pomadas y abundantes aplicaciones de polvos, colocando después algodón

en el pliegue de las nalgas. Cuando la inflamación es muy intensa, y sobre todo si abarca alguna extensión, se podrá recurrir á las curas húmedas á la envoltura de caucho, cuya aplicación requiere en este caso una minuciosa atención.

Los *baños de asiento* son de recomendar como un procedimiento de lavado poderoso y á veces como sedantes; se emplearán sobre todo los baños emolientes.

El uso de los *supositorios* calmantes está especialmente indicado en el tratamiento del prurito perianal.

Extracto de belladona.	) aa.	0 gr. 01
Extracto tebaico.		
Manteca de cacao.		3 gramos

H. s. a.

Clorhidrato de morfina.	0 gr. 01
Manteca de cacao.	3 gramos

H. s. a.

Clorhidrato de cocaína.	0 gr. 01
Manteca de cacao.	3 gramos

H. s. a.

Manteca de cacao.	3 gramos
Extracto de belladona.	0 gr. 03
Clorhidrato de cocaína.	0 gr. 01

H. s. a.

6:

Manteca de cacao..	3 gramos	
Clorhidrato de morfina..	) aa..	0 gr. 02
Clorhidrato de cocaína..		

H. s. a.

Convendrá vigilar siempre la acción inconstante de la morfina, puesto que por ser un preparado opiado puede en algunos enfermos sobreexcitar ó generalizar el prurito. Es preferible comenzar por los supositorios en que no entre morfina.

A. Berger, de Krémentchong, recomienda el siguiente tratamiento:

Se introduce en el ano una mecha de algodón de unos 2 ó 3 centímetros de largo, empapada de una solución de *hipoclorito de cal* al 2 por 100. Esta mecha se deja colocada hasta que el enfermo experimente una ligera sensación de escozor, se quita entonces lavándose la región anal con la misma solución, teniendo buen cuidado de lavarla otra vez con una solución suavizante. El prurito cesará inmediatamente, pero en el

caso de reproducirse tendrá que repetirse esta sencilla maniobra. El eczema del periné y del escroto que acompañan generalmente al prurito anal, curarán también rápidamente empleando el indicado tratamiento.

B.—PRURITO VULVAR

En el caso de prurito vulvar, se examinará el estado de la vagina, del útero y de la vejiga y se procederá al análisis de la orina para asegurarse de que no existe una causa de irritación cutánea que pueda ser curada: convendrá siempre recordar que el prurito vulvar es á menudo una de las primeras manifestaciones de la diabetes y á veces de un cáncer del útero en sus comienzos.

El enfermo se aplicará *inyecciones vaginales* muy calientes con agua adicionada de una pequeña cantidad de un medicamento antiséptico, astringente ó calmante.

Cuando la piel se presenta intensamente inflamada, se recurrirá á las aplicaciones emolientes, compresas de tarlatana empapadas de un cocimiento de *raíz de malvarisco* y *adormideras*, *manzanilla*, recubiertas de *tela engomada* ó de *gutapercha laminado*; al disminuir la agudez de la inflamación, se sustituirán por las soluciones astringentes, pomadas y polvos.

Las alteraciones que se producen en el prurito vulvar son similares á las del prurito anal, estando indicados los tratamientos que se expusieron al hablarse de los pruritos localizados en general.

La inflamación que acompaña al prurito vulvar alcanza generalmente mayor extensión que la provocada por el prurito anal, rebasando fácilmente los límites del surco interno de las nalgas y llegando hasta la región interna de los muslos; en estas circunstancias el empleo de las colas y de los emplastos se hace posible y conveniente, por lo menos en una gran parte de las superficies enfermas, en la periferia de las lesiones.

Ménière, para combatir la exageración de las funciones de las glándulas cutáneas y la producción excesiva de sebo que acompaña frecuentemente al prurito, aconsejaba que mañana y tarde se aplicase sobre las superficies enfermas la pomada siguiente:

Miel blanca.	20 gramos
Jabón verde.	10 —
Esencia de almendras amargas.	V gotas

M. s. a.

Manténgase la aplicación durante diez minutos, pasados los cuales se quitará por medio de una loción con agua muy caliente.

La mixtura siguiente, que Tanski recomienda, espolvoreando después las regiones afectas, constituye una forma de oclusión.

Bálsamo del Perú.	4 gramos
Polvos de goma arábiga.	8 —
Aceite de almendras dulces.	12 —
Agua de rosas.	20 —

M. S. A.

Las regiones atacadas por el prurito se cubrirán en todo caso con una buena capa de polvos á fin de impedir la irritación que podría determinar el contacto de las secreciones normales ó de los líquidos patológicos; se colocará entre los pliegues una capa de algodón hidrófilo cubierta de un polvo mineral ligeramente astringente, como el *talco*, adicionado de *óxido de zinc*, *salicilato de bismuto*.

Las lociones deberán hacerse ó muy calientes ó frías. Las lociones frías producen generalmente una sedación de los accesos de prurito; y las pomadas calmantes se hallan especialmente indicadas en estos casos.

Los *semicupios* y los *baños generales* se prescribirán para mantener la absoluta limpieza de las regiones enfermas, para desgrasar la piel y asegurar el más completo aseo de la región, mayor todavía que el que se consigue con las lociones; sin embargo, su acción directa en el curso general del prurito es muchas veces nulo y algunas nocivo.

En los casos graves y rebeldes se podrá recurrir á las aplicaciones de *puntos de fuego* y de *escarificaciones lineales*; contra el prurito anovular ha sido encomiada la eficacia de la *electrización*. Las corrientes continuas pueden también emplearse, colocando el catodo en la vulva y paseando el anodo por toda la superficie enferma; la duración de las sesiones es de diez minutos.

Chalmogoroff publicó, en 1891, la observación de un enfermo curado empleando la corriente continua (1). La manera cómo se procedió á la electrización ofrece grande interés.

Se trataba de una mujer de treinta y seis años, que hacía doce que estaba casada y había tenido un hijo al año de su matrimonio. Desde la edad de trece años no presentó nunca el menor trastorno en las reglas; su marido era de buena constitución. Las relaciones sexuales se verificaron siempre con la mayor regularidad y á satisfacción de la mujer; nada de onanismo ni de glucosuria. A los dos años de casada, la mujer sufría de

(1) CHALMOGOROFF. — *Centralb. für Gynecol.*, 1891, n.º 29, pág. 612.

prurito vulvar. En un principio la comezón era tolerable manifestándose á la aproximación de la época menstrual. Después se hizo continua variando su intensidad de un día á otro. El calor no ejercía influencia sobre el prurito. Más adelante la comezón vino á ser tan intensa que la mujer no podía resistir á la necesidad de rascarse. Muy diversos medios se habían empleado para calmarlo, pero sin obtener grandes resultados; las aplicaciones de vaselina con cocaína y las lociones fenicadas, determinaban no obstante algún alivio.

Nada de anormal se observaba al examen de los órganos genitales internos y externos como no fuera las huellas de las rascaduras. Chalmoroff propuso un tratamiento por medio de la electricidad, aceptándose su proposición. Así, pues, se introdujo en la vagina de la enferma, hasta 4 ó 5 centímetros de profundidad, un electrodo cilíndrico de caucho endurecido con la extremidad de metal. El otro electrodo formado por un disco de metal de 4 centímetros de diámetro, cubierto de piel de gamuza, se aplicó en la región donde radicaba el prurito, puesto en comunicación con el polo negativo. La intensidad de la corriente empleada varió entre los 15 y 20 miliamperios y la duración de las sesiones fué de diez minutos. Ya desde la quinta sesión el prurito había disminuido, por lo que se continuó el tratamiento; después de la sexta, la comezón había desaparecido, continuando la curación seis meses más tarde.

En estos últimos años, ya hemos indicado que se había dado la preferencia á la electricidad estática.

C. — PRURITO GENITAL EN EL HOMBRE

El individuo afecto de este prurito deberá llevar un suspensorio perfectamente adaptado, con el que se sostendrán perfectamente las diferentes curas que se empleen. Los suspensorios de caucho en esta dermatosis producen resultados mucho más inseguros é irregulares que contra los eczemas de los testículos.

Con los emplastos, aplicados en forma de pequeñas vendas, se consigue una oclusión más precisa, y según el medicamento añadido al emplasto, se podrán introducir en la oclusión las modificaciones activas que se estimen convenientes. Los tratamientos locales y generales son los mismos que los que se emplean para combatir los pruritos del ano y de la vulva, variando en su aplicación según que existan ó no complicaciones inflamatorias. En algunos casos se ha obtenido algún resultado con el empleo de los enemas.

IV

**Tratamiento de los prurigos compuestos
y de los prurigos diatésicos**

Los prurigos diatésicos (prurigo de Hebra, prurigos diatésicos de Besnier) tienen la propiedad, como ya se ha indicado en las consideraciones generales expuestas al comenzar este capítulo, de ser extremadamente rebeldes á todo tratamiento y de complicarse fácilmente con erupciones secundarias inflamatorias parecidas al eczema ó al liquen; son éstas, pues, afecciones que reclaman un tratamiento de larga duración, variándolo de conformidad con los diferentes aspectos que de un momento á otro puede presentar la enfermedad, y para la curación de estos prurigos, al mismo tiempo que la perseverancia del enfermo, se necesita la vigilancia constante y prolongada del médico.

Los prurigos no diatésicos se complican con menos facilidad y menos frecuencia que los diatésicos de erupciones banales, eczematiformes y liqueniformes; sin embargo, no están, por completo al abrigo de estas complicaciones y cuando se presenten se combatirán del mismo modo en unos que en otros.

El profesor Kaposi, que recogió las tradiciones de Hebra, cree que el tratamiento de un enfermo afecto de prurigo de Hebra ha de dirigirse del modo siguiente:

A los primeros síntomas del prurigo y en las formas ligeras, cuando predomina la urticaria y existe únicamente un pequeño número de pápulas, basta lavar todos los días al enfermo de un modo conveniente con *jabón de brea y de azufre*, ó bien una vez cubierto de espuma de jabón colocarle después en un baño durante una hora; hecho esto se le fricciona con *aceite de hígado de bacalao*, con *aceite y brea* ó grasa simple.

Cuando el prurigo es intenso, se empleará la solución de Vleminckx en baños prolongados.

Una serie continuada de diez á doce fricciones con la pomada de Wilkinson produce una mejoría considerable en el prurigo agria, y especialmente hace desaparecer en seguida la comezón, facilitando un sueño reparador.

La envoltura con la tela de caucho da igualmente excelentes resultados.

Fácil es comprender que ya en la totalidad del cuerpo, como en

puntos limitados de la piel, deberán aplicarse también otros medicamentos que se han indicado para combatir el prurito moderado, la sequedad de la epidermis, así como el eczema con rezumamiento; tales son, por ejemplo, el *ácido fénico* ó el *ácido salicílico*, 1 por 200 de alcohol; la *pomada de zinc*, el *ungüento diaquilón*, la *pomada boricada* (ácido bórico, glicerina, aa. 5, cera blanca, parafina, aa. 20, aceite de olivas 50), etc.

Por lo que se refiere al empleo de las aguas termales sulfurosas naturales, como el de los baños sulfurosos artificiales, se considera muy beneficioso para el prurigo; precisa únicamente que se haga de sus aguas un uso más constante que el que por lo común se hace en las estaciones termales.

Son también de recomendar por sus buenos resultados, los baños de *sublimado* (5 á 10 gramos para un baño completo), los de *alumbre*, *sosa* (1,000 á 2,000 gramos por baño), las *sales de yodo* y de *bromo* (Darkau, Hall), los *baños salados*, y por último, los *baños de corteza de encina*; su acción, sin embargo, no es suficiente.

Desde hace algunos años Kaposi trata con el *naftol* todos los enfermos, así los de la clínica como los de su práctica particular, que se hallan atacados de prurigo, cualquiera que sea el grado de la enfermedad, habiendo conseguido en todos ellos los resultados más satisfactorios. El prurito disminuía inmediatamente, desapareciendo pronto y hasta los síntomas de eczema que se observan con los mejores métodos antiguos de tratamiento, cedían en la misma proporción. Esta nueva medicación sólo tiene la ventaja de ser poco costosa, cómoda y limpia, pues los baños son enteramente superfluos; el naftol no despidе mal olor ni se echan á perder los lienzos de manera que puede emplearse con toda comodidad.

Todas las noches se practicará una ligera fricción con una pomada compuesta de naftol 5, ungüento emoliente 100 sobre la piel de los miembros, principalmente en su cara externa, espolvoreando después por encima. En los niños menores de diez años Kaposi prescribe una pomada de 1 á 2 de naftol por 100 de excipiente. Sin embargo, cada dos noches se podrá también lavar al enfermo dentro del baño con jabón de naftol y de azufre. Siguiendo este procedimiento, no ha notado Kaposi que se presentase el menor accidente, antes al contrario le ha producido buenos efectos sin ofrecer ningún inconveniente.

Los métodos locales de tratamiento deberán continuarse en una ú otra forma hasta que la piel quede completamente lisa y flexible, no haya ya comezón ni nuevas erupciones de pápulas. Entonces se aplicará el tratamiento moderadamente cada dos ó tres días, no interrumpiéndose la

cura sino cuando, después de meses enteros de observación y cuidados, se tuviese la completa seguridad de que la piel ha vuelto otra vez á su estado normal, emprendiendo de nuevo el tratamiento tan pronto se notare un recrudecimiento del prurigo.

Kaposi afirma que, en el tratamiento de esta enfermedad, poco puede esperarse del uso de los medicamentos internos.

En algunos casos, no obstante, hemos podido observar una disminución indudable de los síntomas del prurigo después de haber administrado el *ácido fénico* al interior á la dosis de 1 gramo á 1^{gr},50 por día, en píldoras.

Cabe asimismo obtener á veces una mejoría, aunque pasajera, por medio de inyecciones hipodérmicas de *pilocarpina muriática* á la dosis de 0^{gr},02 (O. Simón), así como también en el *jarabe de jaborandi*.

El *arsénico* no da ningún resultado administrado contra el prurigo, mientras que, por el contrario, el *aceite de hígado de bacalao* al interior, puro ó con *yodo* (yodo puro 0^{gr},01, aceite de hígado de bacalao, 100 gramos), ó *fósforo* (aceite de hígado de bacalao, 30; fósforo puro, 0^{gr},01; goma arábica, azúcar blanco, aa. 15 gramos; agua destilada 40 gramos; jarabe simple, 15 gramos, Kassowitz), conviene mucho á los individuos afectados de prurigo que van mal alimentados, descoloridos y de constitución escrofulosa, beneficiando también de las reglas de higiene general, como por ejemplo, las curas de leche, la residencia en el campo durante el verano, el uso accidental de baños yodados, etc. (Kaposi).

Besnier divide la cura en cura de noche y cura de día; *a*) durante la noche aconseja que se hagan aplicaciones grasas, de pomadas ó de emplastos, *b*) por la mañana, un lavado con agua caliente y jabón simple ó medicamentoso y una fricción superficial con una franela rociada de un alcoholato aromático; *c*) después, durante el día, se protegerá la piel envolviéndola con tela fina de caucho.

La envoltura de la piel se practicará cubriéndola con caucho vulcanizado, bien sea tela fina de caucho, que se tendrá cuidado de conservar íntimamente aplicada sobre la piel, y vigilando mucho que no quede ondulante; bien doblando las ropas ó los calzoncillos de tela engomada. La tela habrá de lavarse y secarse minuciosamente todas las veces que se cambien las ropas. En vez de caucho se puede emplear la gutapercha laminada y el mackintosh, y en último extremo el tafetán engomado.

En resumen, el tratamiento de un enfermo atacado de prurigo diatéxico, de prurigo de Hebra, procurará en primer lugar la desaparición de

la serie indicada de lesiones comunes, liquenización, eczematización, que complican la situación y pueden ser consideradas como lesiones accidentales sobreañadidas, como verdaderas complicaciones.

En los casos de infección secundaria intensa de la piel con forunculosis, abscesos superficiales y ectima, será necesario comenzar el tratamiento por la desinfección general de la piel; para esto, se cubrirá la piel con compresas mojadas en una solución diluida de *sublimado* ó de *ácido bórico*, practicándose también fricciones generalizadas con *aceite fenicado* al 1 por 10 ó al 1 por 20. Las pústulas de ectima, y los abscesos forunculosos se locionarán con una solución antiséptica, recubiertos luego por medio de una rodaja de *emplasto de Vigo* ó de *emplasto rojo de Vidal*.

La desinfección de la piel se obtiene generalmente con bastante facilidad.

Cuando se observa que las lesiones sobreañadidas, aun no siendo infecciosas, se presentan con un carácter de marcada inflamación, y sobre todo si revisten una forma húmeda, eczematosa, se recurrirá á las curas emolientes, compresas empapadas de agua hervida, de agua almidonada, infusión de manzanilla, agua bórica ó de una solución de *fenosalol* al 1 por 300 ó por 500, etc., dando también buenos resultados las cataplasmas de fécula de patata.

Cuando hayan desaparecido los fenómenos más agudos de la inflamación y cesado del todo ó en gran parte el rezumamiento, deberán emplearse las pomadas á base de *óxido de zinc* ó *salicilato de bismuto*, espolvoreando las partes inflamadas con el polvo de *talco* ó de *óxido de zinc*; una vez espolvoreadas se podrá cubrirlas con una capa de algodón hidrófilo, lo que vendrá á constituir un ensayo y un procedimiento de transición antes de llegar á las oclusiones más completas por medio de las colas y de los emplastos.

Las formas húmedas de las erupciones son incómodas en el sentido de que hacen difíciles las oclusiones metódicas y prolongadas que tan buenos resultados dan en ciertas formas de prurigos diatésicos. Conviene saber, no obstante, que podemos ensayar en los enfermos atacados de pruritos diatésicos la envoltura prematura de algunas erupciones que sean todavía ligeramente rezumautes; así se observará á veces que la envoltura con la cola, que en las demás afecciones húmedas no hace sino agravar los fenómenos inflamatorios, produce en estos casos una mejoría rápida de afecciones también rezumantes. La cura ha de ser renovada con bastante frecuencia y las primeras veces vigilada muy atentamente; no es raro, sin embargo, observar en los prurigos compuestos cómo por la

influencia de las curas oclusivas las erupciones húmedas se transforman en erupciones secas.

Las lesiones secas que tengan la apariencia de liquen se tratarán por la oclusión con la cola ó los emplastos de aceite de hígado de bacalao, de óxido de zinc, ó emplasto blanco.

Cuando las superficies inflamadas se hayan reducido ó haya desaparecido del todo la inflamación, se emplearán las fricciones generalizadas á base de aceite de hígado de bacalao, hechos por toda la superficie del cuerpo, ó bien se aplicarán vendas de tarlatana impregnadas del mismo aceite y cubiertas con una envoltura impermeable de caucho ó de gutapercha. Si queda todavía algo de inflamación, el aceite blanco es preferible al amarillo, empleándose éste, por el contrario, cuando los tegumentos no estén irritados; si la comezón es intensa, se añadirá al aceite 1 por 10 ó 1 por 20 de *naftol*, ó 1 por 100 de *ácido fénico*, usando este último medicamento con gran prudencia si se ha de aplicar á los niños. Son también de aconsejar el *linimento oleo-calcáreo*, el *glicerolado tartárico* de Vidal, y la pomada á base de *naftol*.

Las envolturas de caucho están indicadas en todos los períodos activos de la enfermedad.

Nuestro colega Tenneson ha demostrado que puede cubrirse toda la superficie del cuerpo de los enfermos con una capa de cola sin que les cause ningún perjuicio, calmándose generalmente el prurito mientras no se agriete la cola.

Las lociones calmantes deberán repetirse con más ó menos frecuencia según la intensidad del prurito.

Según también el estado de la piel, los baños deberán ser emolientes, almidonados ó con agua de salvado, baños sulfurosos ó baños de sublimado.

A los individuos linfáticos podrán prescribíseles las aguas de la *Bourboule*, *Luchon*, *Barèges*, *Salies-de-Béarn*, *Salins du Jura*, *Bea*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Saint-Gervais*, *Uriage*, etc.; á los artríticos, las de *Plombières*, *Royat*, produciéndolas á menudo mejores resultados los baños prolongados de *Louèche*. Antes de decidirnos por una ú otra de las estaciones termales convendrá tener muy en cuenta la constitución del enfermo.

La alimentación se vigilará rigurosamente, manteniendo á los niños todo el tiempo que sea posible con el régimen lácteo exclusivo, del cual obtienen algunas veces los adultos provechosos resultados.

El *aceite de hígado de bacalao* es el medicamento por excelencia, sobre todo para los niños afectos de prurigos diatésicos, procurando que

su uso se prolongue el mayor tiempo posible y á dosis elevadas. Al lado del aceite de hígado de bacalao es preciso hacer mención de los preparados *yodados* y *fosfatados*.

Los preparados *arsenicales*, el *ácido fénico* forman parte integrante del tratamiento ordinario. Augagneur declara que, administrándose el ácido fénico al interior, las recidivas son mucho menos frecuentes que usando otros medicamentos. La *pilocarpina* ha sido considerada como susceptible de activar la secreción sudoral con frecuencia muy reducida.

Las duchas tibias calman en algunos enfermos el prurito.

Los individuos de constitución linfática y artrítica están sujetos á indicaciones especiales.

Los diferentes recursos de que se echa mano para combatir ó tratar los pruritos diatésicos no se distinguen mucho en definitiva de los que se emplean en el tratamiento de los prurigos y de los pruritos generalizados simples como en el de los pruritos localizados complicados de erupciones rezumantes ó liquenoides; es por esto que creemos inútil repetir aquí lo que se ha expuesto acerca la elección y manera de aplicar estos diferentes medicamentos, pomadas, polvos, lociones, colas, emplastos, baños, electrización, etc., en los párrafos precedentes, donde podrán encontrarse tratados todos estos puntos.

Mejorar por los diversos tratamientos que acabamos de señalar un enfermo atacado de prurigo de Hebra, es cosa que se consigue fácilmente, pero nada hay tampoco tan difícil como poner este mismo enfermo al abrigo de nuevas agravaciones y recaídas de la enfermedad. Para llegar á este resultado es preciso continuar el tratamiento rigurosamente largos meses después que se ha producido la mejoría, y la higiene, la vigilancia de la alimentación, como la medicación interna y externa, no deben nunca descuidarse ni menos abandonarse; sólo en estas condiciones cabe esperar la curación.

Reproduciremos para terminar el prudente consejo de nuestro profesor Besnier.

«En el momento en que el médico va á comenzar el tratamiento de un prurito antiguo, se ve consultado más de una vez por el enfermo ó su familia acerca de si el prurito puede hacerse desaparecer sin peligro. La respuesta ha de ser siempre muy reservada, pues el médico experimentado tendrá presente que un prurito localizado ó generalizado ha constituido más de una vez una de las primeras manifestaciones de una afección orgánica que todavía está latente ó en sus principios, ó de una enfermedad nerviosa ó mental; es por esto que el médico nunca será bastante prudente en sus respuestas por el temor de que más tarde el enfermo no atribuya

á la supresión del prurito los accidentes de que el prurito no era más que un fenómeno premonitorio.

„Convendrá que el médico recuerde también que los enfermos atacados de prurigos diatésicos son de aquellos en quienes la supresión brusca de una erupción extensa puede ir seguida de metástasis viscerales.”

CAPITULO XIV

TRATAMIENTO DE LAS DERMATITIS EXFOLIANTES

POR

E. LEREDDE

Jefe de laboratorio en el hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

La cuestión de las dermatitis exfoliantes es una de las más oscuras en dermatología. Caracterizadas, según Brocq, por una rubicundez generalizada del dermis y una descamación más ó menos abundante de la epidermis, se presentan revistiendo diversas formas que pueden distinguirse por la rapidez de su evolución (forma, aguda ó eritema escarlatiniforme descamativo, forma subaguda, forma crónica). ¿Estas formas clínicas constituyen afecciones distintas ó son más bien expresiones evolutivas de una misma enfermedad? Los síntomas no bastan para diferenciarlas de un modo categórico y su etiología además parece común á todas ellas.

La *pitiriasis rubra*, tipo morbozo individualizado por Hebra, propiamente hablando, no es más que una dermatitis exfoliante, distinguiéndose de las formas ya señaladas por la existencia de un período en el que la infiltración y el engrosamiento de la piel son reemplazados por la atrofia, el estado cicatricial de los tegumentos y la asociación de trastornos tróficos profundos. ¿Llega á constituir una enfermedad distinta? En la actualidad no se admite, como lo sostenía Hebra, que ocasione siempre la muerte del individuo, y por lo demás, el pronóstico no puede servir en patología visceral para deslindar una enfermedad de otra.

Creemos de utilidad resumir en este lugar los síntomas de las diversas dermatitis exfoliantes:

A. — DERMATITIS EXFOLIANTE AGUDA Ó ERITEMA ESCARLATINIFORME

Se caracteriza por ser una afección aguda de comienzo febril y por su rubicundez generalizada ó predominando en los pliegues articulares y en las extremidades. La descamación se manifiesta muy pronto — lo que es bastante para distinguir esta enfermedad de la escarlatina (Besnier) — y en toda la superficie del cuerpo. Algunas veces caen los cabellos como también las uñas. La duración total de la enfermedad viene á ser de tres á seis semanas, observándose con frecuencia múltiples recidivas.

B. — DERMATITIS EXFOLIANTE SUBAGUDA Ó ENFERMEDAD DE WILSON

En esta enfermedad, el comienzo es igualmente febril, continuando la fiebre en el período de estado. La rubicundez va acompañada de infiltración dérmica y exfoliación; las uñas y los cabellos caen generalmente. Dura la afección de tres á seis meses, y aunque el enfermo cure, son posibles las recidivas.

C. — DERMATITIS EXFOLIANTE CRÓNICA

Su comienzo, es por lo general, lento y apirético, y la infiltración cutánea va precedida por un largo período eczematiforme. La enfermedad persiste durante varios años acabando muchas veces con la vida del individuo.

D. — DERMATITIS EXFOLIANTE CON ATROFIA Ó PITIRIASIS RUBRA
DE HEBRA

Esta dermatitis se manifiesta en un principio en forma de placas eczematiformes que van extendiéndose. Por espacio de varios meses sus síntomas no difieren de los de la forma precedente; pero después sobreviene la fase de atrofia cutánea y de trastornos tróficos profundos. La enfermedad tiene regularmente una terminación fatal.

Prescindimos en este bosquejo de la dermatitis exfoliante de los recién nacidos de Ritter von Rittershain, de la que en Francia se tiene un

concepto equivocado, pareciendo probable (Besnier) que con este nombre se han confundido una serie de afecciones cutáneas, que sólo tienen de común la rubicundez y la generalización.

El resumen sintomático que acabamos de hacer, ha de completarse con algunos detalles. Se observa, sobre todo en las dermatitis crónicas ó subagudas sin atrofia, que se presentan complicaciones cutáneas: pústulas, forúnculos, ántrax, adenopatías profundas, flemones, diversas lesiones de las mucosas abiertas: conjuntivitis, coriza y alteraciones viscerales, artritis, cardiopatías y paraplegias.

Mientras que la *pitiriasis rubra* es generalmente mortal, las formas no atróficas curan con bastante frecuencia. Trastornos intestinales y pulmonares preceden á la caquexia. Por lo demás, convendría emprender de nuevo el estudio de las causas que determinan la muerte del individuo. La tuberculosis figura comúnmente entre estas causas; pero no hay que extrañar que se observe en enfermos cuya resistencia orgánica está disminuída y que residen años enteros en el ambiente infectado del hospital.

II

Patogenia

No hemos hablado todavía de que, en el decurso de las grandes dermatosis, como el *eczema*, *psoriasis*, *pitiriasis rubra pilosa*, *dermatosis ampollosas crónicas*, *liquen plano*, pueden sobrevenir brotes de infiltración dérmica general y de exfoliación. Si bien estos brotes simulan la dermatitis exfoliante, se distinguen, no obstante, porque sus lesiones no alcanzan á toda la piel, quedando algunos islotes de piel sana y por verificarse la regresión, cualesquiera que sea la extensión de las lesiones, como en las formas vulgares limitadas.

Bazin ha descrito con el nombre de *herpétides exfoliantes* verdaderas dermatitis exfoliantes, consecutivas á las mismas dermatitis universales, con exfoliación general, no susceptibles de regresión, las que ocasionan la muerte como las formas primitivas. No se puede dudar de su existencia y se describen actualmente con el nombre de *dermatitis exfoliantes secundarias*.

Estas dermatitis, ¿son en realidad independientes de la afección originaria? Esto cabe preguntarse respecto al pénfigo foliáceo, pues tocante á la eritrodermia micósica (Besnier, Hallopeau), que ya en otros tiempos

había sido clasificada como herpétide exfoliante, presenta todos los caracteres histológicos de la micosis fungoide, de la cual no puede por consiguiente separarse.

Por otra parte, puede suceder también que ciertas dermatitis exfoliantes verdaderas queden en sus comienzos limitadas y simulen el eczema, la psoriasis, no presentándose en su forma típica sino en un periodo más avanzado.

Si, excepción hecha aun de estos casos, existen ejemplos de dermatitis exfoliante secundaria verdadera, se les podría atribuir una génesis análoga á las lesiones del riñón reunidas bajo el título de *nefritis parenquimatosa*, las cuales son consecutivas á una nefritis escarlatinosa, tífica, *a frigore*. La alteración cutánea ya no sería eczematosa ni psoriásica, y también como la nefritis parenquimatosa constituiría el término común de lesiones inicialmente diferentes.

El descubrimiento del origen hidrargírico de ciertos eritemas escarlatiniformes y hasta de dermatitis exfoliantes subagudas ó crónicas, ha derramado mucha luz sobre la patogenia de las eritrodermias exfoliantes primitivas. Se ha comprobado el hecho de que, en ciertos individuos de sensibilidad especial, la absorción por las vías digestiva, cutánea ó subcutánea de una muy pequeña dosis de mercurio, 1 centigramo de sublimado por ejemplo, podría provocar la rubicundez y después la exfoliación general de la piel, sin que quepa establecer ninguna diferencia clínica entre estos hechos y los casos ocurridos espontáneamente.

Otros agentes tóxicos empleados como medicamentos pueden también provocar el eritema escarlatiniforme, tal sucede, por ejemplo, con la quinina, el opio, la morfina, el yoduro de potasio, el ácido salicílico, el cloral y la belladona. La evolución no es siempre tan regular como en la forma mercurial y la exfoliación es escasa y pasajera. Estos agentes no parecen, por otra parte, dar origen á dermatitis exfoliantes prolongadas.

Entre otros accidentes cutáneos, la tuberculina puede provocar el eritema escarlatiniforme, siendo también muy cierto que las toxinas microbianas pueden obrar del mismo modo que los venenos anteriormente citados, y hoy día no causa sorpresa observar que, en los comienzos de una dermatitis exfoliante, se presentan fenómenos de infección, locales (angina, endopericarditis) y generales. Ciertos casos han sido atribuidos á supuraciones que han quedado latentes como, por ejemplo, lesiones peritúterinas.

En las infecciones, del mismo modo que en la intoxicación hidrargírica, la dosis del veneno es de poca importancia; esto no ocurre en las infecciones más graves en donde son *a priori* más abundantes las toxinas y

se observan con preferencia las lesiones cutáneas; en estos casos, el terreno y la susceptibilidad del individuo desempeñan un papel muy esencial.

En la etiología de las dermatitis exfoliantes, ¿cabe colocar las auto-intoxicaciones? Indudablemente, siendo éstas á menudo resultantes de fermentaciones saprofiticas, y así se explicarían las formas prolongadas. Nos consta, de todos modos, por los casos de eritrodermias mercuriales, que la alteración cutánea puede persistir mucho tiempo después de la completa eliminación del veneno.

En resumen, la intoxicación en todas sus formas resulta ser la causa primera de las eritrodermias exfoliantes. Pero ¿á qué puede atribuirse esa sensibilidad personal que se traduce por graves lesiones cutáneas? No puede atribuirse á la acción directa del agente tóxico sobre la piel, pues esta acción es demasiado intensa y duradera en relación con el veneno, que está en muy poca cantidad. Sobre este punto se han emitido dos hipótesis, una de ellas, que es la que indican la mayor parte de los autores, admite un trastorno del sistema nervioso, central ó periférico. Así las lesiones cutáneas serían de orden trofoneurótico.

Pero ¿es necesario hacer intervenir el sistema nervioso? ¿No cabe creer que en el eritema escarlatiniforme, como en todo eritema tóxico, el veneno obra sobre el suero sanguíneo determinando así la alteración de las funciones? Las reacciones extraordinarias que producen en el suero las toxinas microbianas y hasta las vegetales (Ehrlich) están todavía en estudio y á nuestro entender las modificaciones del suero humano quizá nos darían la explicación de ciertas dermatosis.

Sin embargo, no insistiremos más en estas cuestiones doctrinales, que no tienen todavía trascendencia terapéutica. Ciertas condiciones coadyuvantes favorecen la aparición de las lesiones tegumentarias; tal ocurre, por ejemplo, con el embarazo, pues en el decurso del mismo se observa á veces la aparición del eritema escarlatiniforme y de la dermatitis exfoliante, y sabido es también que, en el período puerperal, pueden presentarse «escarlatinas». La escarlatina puerperal es, pues, ó un eritema mercurial ó resultado de infecciones estreptocócicas atenuadas.

La albuminuria es excepcional en estos casos y quizá no se han estudiado con el suficiente detenimiento las lesiones renales en vista de que en la autopsia el riñón en general parece sano. Es muy sensible que no se haya practicado siempre el análisis de la orina, pues es de regla el observar la hipozouria: en cambio se ha encontrado urea en las escamas. Los trastornos de la nutrición que acompañan á las dermatitis exfoliantes habrán de ser objeto de nuevos estudios.

III

Tratamiento

De la patogenia cuyo bosquejo acabamos de hacer y que está en relación, á nuestro entender, con las más recientes investigaciones, ¿se pueden deducir nociones terapéuticas precisas?

A. — En el *eritema escarlatiniforme* y en el período inicial de las formas crónicas, la infección deberá investigarse con el mayor cuidado, examinándose el estado de la faringe, de los pulmones y de los anexos uterinos, y mientras exista fiebre, se obrará como si se debiera combatir una infección bien conocida y clasificada, obligando al enfermo á guardar cama y favoreciendo las eliminaciones por todos los emunctorios. La misma conducta habrá de seguirse en las intoxicaciones mercuriales; se administrarán *laxantes* repetidos, *bebidas abundantes* y *diuréticos* (Brocq). El *régimen lácteo* deberá ser instituido y continuar la prescripción hasta que desaparezca completamente la rubicundez cutánea, pues una vez haya desaparecido puede considerarse al enfermo en vías de curación.

En el curso del eritema escarlatiniforme, cualquier aplicación cutánea daría, á nuestro entender, muy poco resultado ó sería inútil. En el período de terminación de la enfermedad, las aplicaciones de *manteca de cerdo fresca* ó de *vaselina* facilitarán la caída de las escamas, y se completará la limpieza de la piel prescribiendo los *baños almidonados*.

B. — Una vez diagnosticada la *dermatitis exfoliante* y que su duración sea lo suficientemente prolongada para que pueda desecharse el diagnóstico de eritema escarlatiniforme, ya no podrá continuarse el régimen lácteo, pues convendrá alimentar al enfermo, proteger las eliminaciones cutáneas y disminuir el enflaquecimiento, que por lo general se verifica con bastante rapidez.

Se procurará que el enfermo absorba la mayor cantidad posible de alimentos, despertándole el apetito con los *amargos*, la *estricnina*, las *sales de potasa* y proscribiendo los alimentos tóxicos y fermentescibles (pescados, conservas, quesos). La habitación del enfermo deberá ser bien ventilada, el empleo de las *inhalizaciones de oxígeno* producirá buenos resultados favoreciendo la nutrición. Los preparados de *hierro* y de *quina* podrán ser ensayados, pero de ninguna manera recurriremos al arsénico

tan frecuentemente empleado y que en ningún caso ha producido efectos apreciables.

Es posible que por el análisis químico de las eliminaciones renales y cutáneas de los enfermos se originen nuevas indicaciones. Deberán repararse las pérdidas salinas que sin duda son de consideración, y si bien por el estado actual de nuestros conocimientos no es posible establecer una regla general, el médico está autorizado para practicar todas cuantas investigaciones sean necesarias en cada enfermo, inspirándose en los resultados que aquéllas le proporcionen.

El tratamiento directo de las lesiones cutáneas no tiene ninguna acción curativa, pues, como se comprende bien, no se trata aquí de un proceso local. Este tratamiento debe cumplir dos indicaciones: favorecer las eliminaciones y mantener el estado aséptico de la piel. Accesoriamente debe disminuir el prurito y la criestesia de que se quejan los enfermos.

El *baño continuo*, desusado en Francia, difícil de poner en práctica, responde á todas estas indicaciones. En el extranjero se emplea con mucha frecuencia, continuándose durante varios días ó semanas. En el caso de ensayarse dicho tratamiento, convendrá tomar la precaución de añadir al agua 1 por 100 de *ácido bórico*.

Si los baños continuos no fuesen posibles, reportarán alguna utilidad los baños cotidianos, pero no surtirán otro efecto que asegurar la *toilette* de la piel y se darán de corta duración.

Por la mayor parte de los dermatólogos se emplean como pomadas la *manteca de cerdo* fresca y el *linimento oleo-calcáreo*, pero de esta manera no puede mantenerse la limpieza de la piel ni evitar las complicaciones locales, despidiendo á menudo los enfermos un olor infecto.

El *fenol*, de propiedades anestésiantes, es el más usado de todos los antisépticos. Se formula de la siguiente manera:

Manteca de cerdo ó vaselina.	120 gramos
Oxido de zinc.	30 —
Acido fénico.	2 —

M. s. a.

ó bien:

Linimento oleo-calcáreo.	100 gramos
Acido fénico	1 gr. 50

Disuélvase.

Otros agentes pueden también disminuir el prurito, como por ejemplo, el *mentol* y la *cocatna*, pero como son más ó menos tóxicos se hace necesario regular las dosis y vigilar el efecto que producen, pues la piel

es mucho más susceptible para la absorción. Se empleará, por ejemplo, la siguiente pomada:

Vaselina.	100 gramos
Acido bórico.. . . .	6 —
Cocaína.. . . .	0 gr. 50

M. s. a.

Por último, convendrá envolver el cuerpo con el fin de proteger también á la piel contra las irritaciones exteriores. Cada mañana se quitará la cura y si el enfermo no toma baños se lavará el cuerpo con *agua fenicada* (1 por 100) ó con *agua bórica*.

Los forúnculos y las lesiones ectimatosas se tratarán en sus comienzos abriéndolos y curándolos lo más pronto posible. En estos casos se tomarán todas las precauciones necesarias con el fin de evitar la tan temible contaminación tuberculosa.

No nos ocuparemos aquí del tratamiento de los brotes generalizados que aparecen en el curso del eczema, de la psoriasis, etc., pues es el mismo de la afección primitiva; pero siendo en general la piel irritable, habrá que disminuir un tanto las dosis. La *envoltura con el caucho*, tal como la ha reglamentado Tenneson, puede dar buenos resultados, siempre y cuando su aplicación vaya dirigida y vigilada por el médico; pero si se trata de una herpétide exfoliante, es más bien perjudicial, pues aumenta la congestión y el edema cutáneos, favoreciendo las infecciones superficiales, á no ser que se tomen las precauciones más extraordinarias.

CAPITULO XV

TRATAMIENTO DE LOS ACNÉS

POR

H. HALLOPEAU

Médico del hospital Saint-Louis, agregado de la Facultad de París
Miembro de la Academia de Medicina

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Con el nombre de *acnés* se comprenden la mayor parte de los trastornos funcionales y de las lesiones que pueden radicar de un modo exclusivo en las glándulas sebáceas ó el tejido circundante. Siguiéndose esta nomenclatura, no se hace otra cosa que continuar la tradición, la que no deja de ser muy criticable, puesto que reúne en un mismo título estados morbosos de naturaleza y localización diferentes.

Por este motivo estudiaremos sucesivamente la terapéutica de los acnés *seborreicos*, *pilosos*, *vegetantes*, *necróticos*, *tóxicos*, *ptomáticos*, *queloidianos*, *córneos*, *cicatriciales*, *decalvantes*, *papulotuberculoso agmíneo* y los *caquécticos*: esta clasificación es defectuosa en el sentido de que se basa alternativamente en la etiología y en la anatomía patológica; en realidad, sin embargo, es principalmente etiológica, porque las diferencias desde el punto de vista de las lesiones implican causas distintas, y si no las indicamos en esta división es porque todavía no están bien determinadas.

II

Etiología general

En tesis general, se puede admitir que, en la gran mayoría de los casos, *las enfermedades de las glándulas sebáceas son provocadas por un trastorno en sus funciones*; estas funciones, por otra parte, son múltiples.

En primer lugar, *las glándulas pilosebáceas son constantemente el asiento de neoformaciones epidérmicas*; en varias ocasiones hemos establecido que *sus orificios y los de las glándulas sudoríparas son el punto principal de producciones epidérmicas en estado patológico y sin duda también en estado normal*; estos órganos concurren asimismo de un modo activo en la excreción de las sustancias que entran en la composición de estos productos epidérmicos y se comprende que una modificación en la cantidad ó calidad de estas sustancias puede convertirse en causa de alteración para estas glándulas. A esta causa pueden referirse verosíblemente por lo menos una parte de los casos de *acné córneo*, el cual está constituido por la producción de una cantidad anormal de células epidérmicas y su hiperqueratinización.

Las glándulas sebáceas son igualmente asiento de una producción continua y abundante de materias grasas, que parecen destinadas sobre todo á lubricar los cabellos, los pelos, como también la superficie cutánea; pero cabe suponer con las mayores probabilidades que *dichas glándulas, simultáneamente con las glándulas sudoríparas, constituyen también los emunctorios para los cuerpos grasos ingeridos ó producidos en el organismo*; en estos casos, también un exceso ó una alteración de estas sustancias ó de sus generadores pueden convertirse en causas de alteraciones de estos órganos; tal es, según la mayoría de los autores, el factor etiológico principal del *acné vulgar*. Payne ha emitido la hipótesis de que, en los individuos afectados de esta dermatosis, los folículos se desarrollan de un modo incompleto y se produce una acumulación de un sebo demasiado espeso para poderse eliminar suficientemente; pero esto en realidad no es más que una suposición. Por otra parte, se ha invocado una debilitación de la actividad celular y consiguientemente de la fuerza llamada *vis a tergo* que normalmente contribuye á la excreción de las células epidérmicas y de la grasa por los orificios pilosebáceos: esta inter-

pretación es difícil de sostener, dado el aspecto pletórico que presentan muchos acneicos, su constitución robusta y la actividad de su nutrición general. La misma consideración nos induce á no atribuir en la génesis del acné más que una importancia secundaria á la disminución de la elasticidad de la piel y á la atonía de sus músculos lisos, considerados, en un interesante trabajo de Pospelow, como factores de la mayor importancia.

Las glándulas sebáceas pueden convertirse en *órganos de eliminación para los productos anormalmente introducidos en el organismo ó que en él se produzcan*, ya por efecto de predisposiciones diatésicas ó también merced á la influencia de distintas causas morbosas, reaccionar contra ellas y como consecuencia alterarse: tal es la causa próxima de los *acnés medicamentosos* (acné yódico y brómico), así como de los *acnés llamados ptomainicos*, que Leloir ha descrito en la gripe y pueden aparecer en otras distintas enfermedades infecciosas, especialmente en la época de defervescencia cuando el organismo por sus diversos emunctorios elimina los productos anormales que se hayan producido.

Los aparatos pilosebáceos son muy ricos en vasos y por consiguiente *susceptibles de congestionarse*, ya aisladamente, ya al mismo tiempo que todas las demás partes de la superficie cutánea: los trastornos de la secreción sebácea constituyen, al parecer, una de las principales causas de estas congestiones locales, y así se explica cómo la *cuperosis* acompaña ó sigue muchas veces al acné vulgar.

El *cretismo cutáneo* que la ingestión provoca en la mayor parte de los acneicos, especialmente en la cara, *puede atribuirse á un reflejo de origen gastro-intestinal*, cuya significación fisiológica apenas se comprendería, ó más bien á la *sobrecarga momentánea que experimenta el organismo de materiales que encuentran su emunctorio en las glándulas de esta región, excitando sus funciones y determinando de este modo la congestión*; así se comprende que esas congestiones sean provocadas más especialmente por la ingestión de bebidas alcohólicas y de estimulantes difusibles.

Las glándulas sebáceas participan de la evolución del sistema piloso, es decir, que se desarrollan principalmente en la época de la pubertad, lo mismo en la mujer, cuya piel se cubre á menudo de un vello visible, que en el hombre; de esto proviene la gran actividad funcional y mayor vulnerabilidad que presentan estos órganos en este período de la vida.

La hiperemia que acompaña al acné puede determinar una mayor intensidad de los fenómenos nutritivos en el tejido conjuntivo que

rodea las glándulas sebáceas, de donde la producción de esas hipertrofias á veces monstruosas que pueden acompañar á los *acnés rosáceos*.

Merced á un proceso análogo, cabe explicar la formación de promi-nencias queloidianas en el circuito de los botones acneicos; en estos casos, sin embargo, se trata casi siempre de acné desarrollado alrededor de los pelos adultos. Lo mismo ocurre con la variedad descrita por E. Besnier con el nombre de *acné depilante*. La causa inmediata de estas afeccio-nescapa todavía á nuestras investigaciones, así como la de la enferme-dad de Darier; pero puede admitirse verosímilmente que se trata más bien que de enfermedades de causa interna, de *alteraciones provocadas por la invasión de elementos parasitarios*; concíbese, en efecto, que los *orificios constantemente abiertos de las glándulas sebáceas constituyen verdaderas puertas de entrada para los microbios patógenos*, que abun-dan generalmente en la superficie de la piel ó pueden en ella desarro-llarse accidentalmente.

Si entre estas diversas causas buscamos aquellas á que puede atri-buirse más especialmente la génesis del acné vulgar, el cual por su gran frecuencia conviene mucho conocerlo bien, encontramos en primer término la evolución sexual hasta el punto de que esta dermatosis podría desig-narse *acné de evolución*; la experiencia nos enseña, en efecto, que este acné aparece casi siempre en la época de la pubertad, continuando en el período de la adolescencia y primera juventud para extenderse luego y transformarse.

Como causa coadyuvante conviene citar sobre todo la sobrealimen-tación, que es tan frecuente en esta época de la vida, y de un modo espe-cial el abuso de los feculentos, grasas y alcoholes.

Barthélemy atribuye en la producción de este acné una gran impor-tancia á la dilatación del estómago, pues, á su entender, la gastroectasia existiría casi constantemente en los individuos afectados de esta dermato-sis. Nuestras observaciones personales no han venido á confirmar esta hipótesis, la cual, por otra parte, está en contradicción con la desapari-ción del acné á partir de la edad adulta, cuando precisamente es más común la dilatación del estómago.

¿Puede acusarse á la diátesis artrítica? Indudablemente el acné vul-gar se observa con frecuencia en los reumáticos y en los gotosos, pero se nota también del mismo modo en gran número de individuos que no pre-sentan ninguno de los caracteres de esta diátesis; la observación diaria no nos parece, por otra parte, confirmar desde este punto de vista la opi-nión de Bazin.

El acné vulgar coincide frecuentemente con un estado seborreico de

los más acentuados. Es probable que uno y otro reconozcan la misma causa inmediata, constituyendo diversas maneras de reaccionar los aparatos pilosebáceos.

Como veremos pronto, Unna admite en el acné vulgar un fino bacilo al que atribuye la génesis de esta dermatosis. Es posible que este parásito desempeñe algún papel en la producción de estas lesiones; pero, según todas las apariencias, sólo interviene de un modo secundario; la condición primera y esencial debe ser más bien una modificación en la composición del terreno constituido por el exudado sebáceo, y su transformación en un medio de cultivo favorable al desarrollo del bacilo. Iguales consideraciones son aplicables á los cocci y esporos en forma de calabaza (Malassez), que se encuentran asociados á este microbio.

La menstruación es una causa frecuente de acné, pero no del acné vulgar. Estas dos variedades, como lo ha hecho observar muy fundadamente Schütz, radican en diferentes puntos: el acné menstrual no comienza, como el acné vulgar, por la frente sino más bien por la barbilla y alrededor de la cavidad bucal, siendo preciso reconocer, además, que se desconoce por completo la causa de esta localización. Por lo que se refiere al modo de producirse el acné menstrual, se puede atribuir al eretismo vascular que acompaña á la aparición de las reglas, y quizás también á la producción de toxinas bajo la influencia del trabajo de maduración ovular.

III

Caracteres clínicos

A. — ACNÉ VULGAR

El acné vulgar puede afectar *diversas formas* que se han designado con los nombres de acné *punctata*, *papuloso*, *indurado*, *pustuloso* y *flemonoso*. Indicaremos por modo sucinto sus caracteres comunes y los que corresponden á cada una de estas distintas formas.

Todas ellas radican preferentemente en la cara y en la región superior del tórax y, como ha hecho observar justamente Schütz, siguen de ordinario un curso descendente; en efecto, comienzan por la frente é invaden sucesivamente y de arriba á bajo la nariz, especialmente su extremidad inferior, las mejillas y el mentón, atacando en seguida la parte anterior del esternón, la región interescapular y las espaldas; algunas

veces se extiende á la parte superior de los brazos, pero es raro que interese las demás partes del cuerpo. Las regiones desprovistas de glándulas sebáceas, como son las superficies palmar y plantar, quedan necesariamente indemnes.

Los individuos atacados de esta enfermedad tienen á menudo la piel gruesa y aceitosa, los orificios pilosebáceos anchos, y las alteraciones comienzan casi siempre por la formación de un comedón.

Estos comedones están formados por concreciones que obstruyen los orificios pilosebáceos, constituyendo verdaderos tapones ahilados, que terminan en la superficie del tegumento por una masa abultada que constituye la cabeza, y en la otra extremidad por una punta fina y prolongada; ésta es de un color blanquecino, mientras que la cabeza ofrece el aspecto de un punto negro; no es raro observar, como lo ha demostrado perfectamente Ohmann-Dumesnil, hasta dos cabezas comedonianas reuniéndose en la profundidad del tegumento y formando un solo cuerpo: es lo que se designa con el nombre de comedones dobles.

El volumen de estas concreciones varía extraordinariamente, observándose en algunas que la cabeza tiene varios milímetros de diámetro.

Sus sitios de predilección son los del acné vulgar, pero se ven también en regiones donde apenas existen botones acneicos, tales como los párpados y las orejas; pueden igualmente observarse en número considerable por toda la región superior del tronco, coincidiendo en la región lumbosacra con una variedad de acné córneo. De modo que, si bien desempeñan un papel considerable en la producción del acné vulgar, su proceso no va unido exclusivamente al de esta afección, ya que pueden existir sin ella, invadir regiones en las que aquélla no aparece y continuar aún mucho tiempo después de haber desaparecido las lesiones acneicas.

Para que el acné sea provocado por el comedón se hace necesario que el individuo reaccione de un modo especial y quizás también que se vea atacado por bacilos especiales; pues bien, esta forma de reacción no se produce más que en las condiciones precedentemente indicadas.

Los caracteres clínicos de las diferentes formas de acné vulgar son de fácil observación.

En el *acné punctata*, el comedón está rodeado por una prominencia ligeramente endurecida, unas veces de color rosado, otras sin color.

En el *acné simplex*, estas prominencias se presentan puntiagudas, de un color que varía desde la pigmentación normal de la piel al rojo más ó menos subido; son de fuerte consistencia y supuran casi siempre, viéndose entonces cómo blanquea su vértice, conteniendo pronto una gotita de pus, que se concreta y produce una pequeña costra, que cae rápidamente; pocos

días después la pequeña prominencia desaparece, no quedando de la lesión más que una mancha oscura que va palideciendo paulatinamente hasta desaparecer también, dejando á veces como huella una pequeña depresión cicatricial.

Los granos pueden tener mayor volumen, rodearse de una aureola eritematosa, y terminar formando una pústula más voluminosa, lo cual constituye el *acné pustuloso*.

Las lesiones del *acné indurado* profundizan más, interesando el tejido celular al mismo tiempo que el folículo pilosebáceo; los granos son voluminosos, de color rojo y de gran consistencia; se reblandecen en su vértice, en donde se ve aparecer pus. Esta forma de acné, más que la precedente, deja como consecuencia cicatrices deprimidas indelebles.

En el *acné flemonoso*, la supuración es más abundante, formándose un absceso dérmico que se abre más ó menos rápidamente, las cicatrices son más extensas y profundas.

Recibe la denominación de *acné en granos de cebada* la forma en que los granos aglomerados adquieren una forma ovalada.

Kaposi ha visto coincidir con el acné vulgar botones muy vasculares que alcanzaban el volumen de un guisante; á esta forma no supurativa la designa con el nombre de *acné telangiectásico*.

Si cada botón de acné casi siempre dura poco, terminando pronto por supuración y dejando ó no una cicatriz más ó menos deprimida y extensa según la intensidad del proceso inflamatorio y el volumen de los mismos, la enfermedad en sí misma persiste, por el contrario, durante años, procediendo por brotes sucesivos; así es que, á medida que van desapareciendo los granos, se reproducen otros, viniendo á constituir de esta manera una serie de erupciones separadas ó no por intervalos de calma más ó menos prolongados; estos brotes son provocados frecuentemente por alteraciones en el régimen, como por ejemplo, los abusos de los alcoholes ó una alimentación viciosa por su calidad ó cantidad. Así es como de ordinario se observa que el acné vulgar se prolonga durante una parte de la existencia del individuo.

No es raro tampoco que consecutivamente al acné vulgar se manifieste el eczema seborreico ó el acné rosáceo.

Sólo muy excepcionalmente el acné supurado ha dado lugar al desarrollo de una flebitis secundaria que, propagándose á la vena oftálmica y al seno cavernoso, ha podido ocasionar la muerte.

El acné vulgar ha sido en estos últimos tiempos especialmente estudiado, desde el punto de vista *anatomo-patológico*, por Unna y Menahem Hodara. Estos autores han demostrado, en primer lugar, que indepen-

dientemente del *demodex folliculorum*, parásito vulgar de la epidermis y sin significación patogenética, se encuentran diversos microorganismos: son cocos especiales, distintos de los estafilococos y de los estreptococos, esporos en piastra y finos bacilos que corresponderían propiamente á esta afección. Los cocos y los esporos de Malassez se encuentran en la cabeza y en las laminillas externas del comedón; lo han invadido seguramente por modo secundario y no tienen ninguna importancia. No podría decirse lo mismo, según el parecer de los autores que acabamos de citar, de los finos bacilos, cortos, relativamente gruesos, algo encorvados, de extremidades redondeadas y centro más voluminoso, que miden $7\ \mu$ por 3 , rodeados de una jalea, susceptibles de prolongarse, de agruparse en series de tres ó cinco ó de formar montones voluminosos, que se encuentran constantemente en las partes profundas del comedón, en su cavidad central, y que no penetran en las laminillas externas sino mucho más tarde; estos bacilos sólo se encuentran en los comedones acompañados de acné, no presentándose nunca en los otros. Unna los considera como la causa probable de esta dermatosis; no se tiene, sin embargo, la demostración del hecho, pues hasta la fecha no ha podido provocarse la afección inoculando el producto del cultivo de estos bacilos, siendo posible que, como los demás microorganismos citados, sólo se desarrollen secundariamente en un medio que les es favorable. Es muy verosímil, por el contrario, que sean los agentes productores de esas supuraciones acnéicas, pues de ordinario no se descubren otros microbios piógenos; las supuraciones se producen únicamente cuando los bacilos se multiplican en cantidad bastante considerable para penetrar en el tejido conjuntivo circunvecino ó para hacer penetrar en el mismo los fermentos solubles que ellos producen.

Como alteraciones histológicas hay que mencionar el engrosamiento de la epidermis á nivel del comedón, la dilatación de los vasos de los folículos y de las glándulas, la producción de células de múltiples núcleos, basófilas en su mayoría, esinófilas algunas, y de células fusiformes. Las inflamaciones secundarias pueden quedar limitadas á los folículos ó extenderse al tejido que los rodea, pueden igualmente provenir del impétigo. Unna distingue las foliculitis supuradas en superiores ó inferiores según que comiencen superficialmente por impétigo ó profundamente en el folículo ó en las glándulas anexas.

Las supuraciones son principalmente endofoliculares, permaneciendo generalmente circunscritas; su propagación al tejido circundante sólo se verifica muy raras veces y en débil proporción; por lo común, pues, no se extienden y se distinguen así esencialmente de las inflamaciones provocadas por los estafilococos, especialmente de los forúnculos.

Las lesiones del acné retroceden unas veces por completo, mientras que otras veces los abscesos foliculares determinan la formación de cavidades, y cuando varias de estas cavidades se hacen confluentes puede observarse la producción de comedones dobles.

El *diagnóstico* de esta afección apenas presenta dificultades, puesto que el asiento de las alteraciones, su curso descendente, la constante presencia de comedones, y la diseminación de los elementos eruptivos son en su conjunto síntomas característicos.

Sin embargo, ofrece quizás alguna dificultad el determinar si el acné vulgar existe sólo ó está complicado con eczema. Hemos visto, en efecto, que la afección se desarrolla en individuos seborreicos, esto es, que coincide frecuentemente con el *eczema seborreico* del cuero cabelludo; pero este eczema puede invadir el rostro y la parte superior del tórax, presentando entonces mucha analogía en su aspecto con el acné vulgar: en los dos casos hay prominencias acuminadas y eritematosas; si existen, pues, simultáneamente lesiones típicas de acné en el rostro y de eczema seborreico en el cuero cabelludo, ¿cómo clasificaremos la erupción torácica? En un enfermo que presentamos en 1889 á la reunión de médicos de Saint-Louis, no fué posible llegar á un acuerdo. Idéntica dificultad puede presentarse en el rostro, pues por la ausencia de comedones en los elementos es de temer que quedemos indecisos. Sin embargo, cuando se trata del eczema, la rubicundez concomitante es de ordinario más pronunciada alrededor de cada elemento, aunque el acné vulgar pueda coincidir con el acné rosáceo. En el eczema, además, los granos están con más frecuencia aglomerados en pequeños grupos, y supuran con menor constancia y únicamente bajo la influencia de tópicos irritantes, siendo también más pruriginosos; el volumen de las prominencias es menor y á menudo están cubiertas de escamas y de costras delgadas. Tomando en consideración todos estos caracteres, se evita las más veces un error que pudiera ser muy perjudicial por sugerir una terapéutica desacertada.

B. — ACNÉ MENSTRUAL

Este acné difiere principalmente del anterior por sus localizaciones; pues así como el acné vulgar comienza de ordinario por la frente para ir descendiendo gradualmente por las mejillas y la nariz, no afectando el mentón más que en último término, el acné menstrual, por el contrario, interesa en primer lugar, como ya lo hemos indicado, el mentón y toda la cavidad bucal, caracterizándose además por las exacerbaciones que presenta en la época de las reglas.

C. — ACNÉ PILOSO

Designado comúnmente en Alemania con el nombre de *acné varioliforme*, es el *acné piloso* de Bazin, *acné de cicatrices deprimidas* de Besnier y Doyon, *acné rodens* de Vidal y Leloir, *acné atrófico* ó *ulceroso* de Brocq, dándole más recientemente Boeck el nombre de *acné necrósico*. Entre estas distintas denominaciones, preferimos para esta dermatosis el nombre de *acné piloso*, puesto que las otras denominaciones, y principalmente la última, tienen el inconveniente de poder ser aplicadas igualmente á ciertas formas de acné vulgar; para convencerse de ello, basta observar las extensas cicatrices que se descubren en la cara y sobre todo entre los hombros de muchos enfermos afectados de esta dermatosis. Sea lo que fuere, este acné ataca con preferencia los folículos de los pelos adultos, siendo su sitio de elección la región témporo-frontal en el límite del cuero cabelludo, al que invade con frecuencia.

El acné piloso se manifiesta primeramente por una prominencia en cuyo centro se observa un pelo casi siempre de los adultos. Muy pronto esta prominencia queda cubierta en su parte superior por una costra de un color, primero amarillo, después obscuro, la cual muchas veces, aunque no siempre, ha ido precedida de una pústula de ordinario poco voluminosa; el pelo central cae muy pronto y la costra se deprime en su parte media; esta umbilicación fué la que llevó á Hebra á aplicar al acné piloso el epíteto de *varioliforme*.

Si se levanta la costra, se encuentra por debajo una ulceración cubierta de un exudado viscoso y amarillento. En los casos sencillos esta ulceración profundiza poco y desaparece gradualmente dejando una cicatriz algo deprimida, en un principio de color obscuro, pero después va perdiendo poco á poco el color hasta resaltar por su blancura de las regiones vecinas. En las formas graves, las costras alcanzan mayor extensión, abarcando varios folículos; la ulceración va profundizando en los tejidos, perdiéndose una cantidad de substancia relativamente considerable, de lo que resulta una cicatriz profunda y á veces también extensa de las que hemos visto algunas que tenían más de un centímetro de diámetro.

En el caso que Boeck ha tomado por tipo de su acné necrósico, los granos estaban rodeados de cierto número de puntos hemorrágicos finos como granos de polvo; seguramente se trataba de una manera anormal de reaccionar propia del individuo observado, pues los demás caracteres de la erupción eran, por otra parte, idénticos á los que acabamos de describir.

Estos acnés tienen tendencia á recidivar y á perpetuarse, indefinidamente si no se someten los individuos afectos á un tratamiento apropiado.

Esta dermatosis, á nuestro entender, no difiere por su naturaleza del acné vulgar, pues Unna ha encontrado los mismos microorganismos; la diferencia esencial consiste en que, en el acné piloso, los diplococos en vez de quedar limitados á la superficie del grano, penetran en el interior del folículo piloso inflamado, siendo posible que no se trate más que de una cuestión de localización, de una manera especial de reaccionar los folículos y las glándulas de los pelos adultos.

D.—ACNÉ ROSÁCEO Ó ERITEMATOSO

ACNÉ TELANGIECTÁSICO. — CAPARROSA. — ACNÉ HIPERTRÓFICO
Y RINOFIMA

Estas distintas formas de acné reconocen como causas próximas ó inmediatas, los trastornos secundarios que determinan los acnés vulgares en la vascularización ó en la nutrición de las partes circunvecinas.

En la adolescencia es cuando comienzan generalmente estas alteraciones á manifestarse, sin que presenten después ninguna tendencia á retroceder; sobrevienen á veces en forma de brotes agudos, que se producen casi siempre después de las comidas, hasta en los individuos frugales, y *a fortiori*, por lo tanto, en los comilones y grandes bebedores.

No se vaya á creer, sin embargo, que toda alteración en el régimen haya de producir necesariamente el acné hipertrófico, pues el caso comprobado de un venerable sacerdote que estaba afecto de un rinofima verdaderamente colosal, bastaría para demostrar que esta etiología no es constante; á pesar de esto, no puede desconocerse que en muchos casos no deja de ser por lo menos una causa coadyuvante de innegable importancia.

Resta señalar también, como causa posible de estos brotes, la época menstrual.

Al revés de lo que ocurre en el acné vulgar, cuyo proceso hemos visto ya que era descendente, y en el acné menstrual, que es ascendente, los acnés rosáceos comienzan en la mitad del rostro para extenderse en seguida excéntricamente. La nariz y las regiones inmediatas son á veces por mucho tiempo los únicos puntos atacados, pero más tarde vense aparecer manchas en las mejillas, las que pueden, sin embargo, constituir, en algunos casos, la primera manifestación de la enfermedad; la frente, el mentón y la parte posterior de las mejillas, sólo se interesan

secundariamente, como también pueden verse atacadas las orejas, no invadiendo la erupción el cuello sino muy raras veces.

La caparrosa cuando se manifiesta muy ligeramente sólo se caracteriza por los brotes eritematosos que se producen después de las comidas ó de la ingestión de bebidas estimulantes, especialmente el té, y radica aislada ó simultáneamente en el centro de las mejillas y el lóbulo de la nariz; con el transcurso del tiempo la rubicundez de estas regiones se hace persistente, aumentándose su intensidad é invadiendo con bastante frecuencia otras regiones (frente, parte posterior de las mejillas, mentón).

Este estado puede continuar durante largos años con alternativas de mejoría y de agravación, acabando por atenuarse y desaparecer gradualmente. Otras veces, por el contrario, complicanse con el eritema pápulo-pústulas, las cuales son de muy variables dimensiones, unas miliares, otras voluminosas. En algunos casos se descubre sobre todo, como lo han demostrado Besnier y Doyon, un estado seborreico con *exfoliación y prominencia de los orificios* pilosebáceos; parece entonces que se trata de una variedad intermedia entre el acné y el eczema, á la que puede darse indiferentemente los nombres de *acné eczemático* ó de *eczema acneico*.

En los casos intensos, las pápulo-pústulas están rodeadas por una base inflamatoria con infiltración profunda del dermis y á veces también del tejido conectivo subyacente.

Á la dilatación de los capilares, que constituye casi siempre las placas eritematosas, pueden añadirse dilataciones venosas, especialmente en el lóbulo y en las ventanas de la nariz, como también en las mejillas: de aquí el nombre de *acné telangiectásico* que se da á esta variedad.

En el acné llamado *hipertrófico ó elephantíaco*, la tumefacción es considerable y á veces extraordinaria. En sus comienzos, casi siempre es la piel del lóbulo y de las alas de la nariz la que se engruesa, al mismo tiempo que toma un color más rojo y sus orificios glandulares son más aparentes; en estos orificios, aunque en parte obliterados, se forma una secreción adiposa que da á las partes afectas un aspecto aceitoso, estando recorridas por venas muy voluminosas y superficiales que se dibujan debajo de la piel.

La hipertrofia puede ser uniforme ó tuberosa; en este último caso, se destacan de la masa principal tumores más ó menos voluminosos, formando prominencias más ó menos considerables. En un molde del museo del hospital Saint-Louis se ve que alcanzan el volumen de dos puños y pasando por delante de la boca descenden de la nariz hasta el mentón.

En otro molde, del que Besnier dió una reproducción fotográfica en la *Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques*, las lesiones presentaban la mayor intensidad á nivel de la glabella ó entre las cejas, en donde las masas prominentes forman circunvoluciones separadas por pliegues profundos que, en la mayoría de los casos, no son más que los pliegues normales muy exagerados. La superficie de estas prominencias es generalmente lisa ó granujienta, á veces desigual y abollada, pudiendo verse en ella también granos de acné; su color es de un rojo sombra, y á menudo violáceo; la dilatación de los orificios pilosebáceos, que puede llegar á varios milímetros, es de lo más característico. La consistencia de las masas casi siempre es esponjosa, á veces firme á trechos. Todas estas alteraciones imprimen á la fisonomía del individuo un aspecto muy extraño. Al igual que en la caparrosa simple, las masas se ponen más rojas después de la ingestión de bebidas ó alimentos estimulantes.

La hiperemia y las localizaciones iniciales de este tipo morbo en las partes medias de la cara, le distinguen del acné vulgar. Se ha demostrado su origen sebáceo; en efecto, los trastornos de vascularización pueden existir solos, sin lesiones glandulares apreciables, pero como se producen con los mismos caracteres que si fuera una complicación del acné, puede admitirse muy verosímilmente que las glándulas constituyen siempre su punto de partida. Concíbese que un órgano pueda convertirse, á consecuencia del trastorno en sus funciones y estructura íntima, en punto de partida de alteraciones congestivas ó inflamatorias, desde el momento que por lo limitado de nuestros medios de investigación nos es imposible determinar la naturaleza de estas lesiones iniciales.

Se hace difícil algunas veces distinguir el acné rosáceo del *lupus eritematoso*, pues en los dos casos la nariz y las mejillas pueden ser asiento de placas eritematosas persistentes, así como las localizaciones pueden ser semejantes; la presencia, sin embargo, de granos pápulo-pustulosos nos permitirá afirmar que se trata de un acné. Por el contrario, las cicatrices muy superficiales y extensas en superficie indicarán que se trata de un *lupus eritematoso*, diagnóstico que se confirma más y más si se observa una ligera prominencia de uno de los bordes de las placas eritematosas, con mayor rubicundez á nivel de las mismas, así como una decoloración apreciable de sus partes centrales.

Las masas eruptivas del rinoftima se confunden á veces con otros tumores del lóbulo nasal, y cuando van acompañadas de hiperemia, sólo el examen histológico puede decidir la cuestión.

E. — ACNÉS CÓRNEOS

Con esta denominación Cazenave y Hardy han descrito una dermatosis caracterizada por unos puntos duros que se elevan algunos milímetros de la superficie cutánea, y se localizan en los folículos pilosebáceos.

Las recientes observaciones demuestran que son varias las formas de acné de esta clase que pueden señalarse.

En una de ellas, que notamos también nosotros con Tenneson, las lesiones son agmíneas, formando grupos de limpios contornos, irregulares ó policíclicos; su aparición no se remonta á la infancia del individuo, presentando una evolución con tendencia á diseminarse y extenderse. Las producciones córneas están manifestamente constituidas por comedones muy alargados y duros, casi siempre de color negro, y los folículos pilosebáceos, de los que los comedones representan el producto de secreción endurecido, son prominentes, pudiendo presentar además un ligero color rojo pálido; las placas agmíneas pueden aparecer en su conjunto con una coloración roja más ó menos viva; por último, las partes afectas son á veces asiento de un prurito intenso. Esta erupción radica con preferencia en la parte superior y posterior del tronco; en el caso, por nosotros observado, las lesiones se extendían á los bordes posteriores de las axilas, codos, regiones póstero-externas de los antebrazos y á las nalgas. Pueden estar igualmente interesados los miembros inferiores, y algunas veces también invadir la cara.

Las alteraciones histológicas, según la opinión de Leloir y Vidal, atacan, sobre todo en el acné córneo, el epitelio del folículo pilosebáceo, el cual se encuentra muy engrosado en sus capas córneas como también á nivel del cuerpo de Malpigio; las papilas dérmicas están muy alargadas y un poco ensanchadas; los vasos del dermis, dilatados y rodeados de cilindros de células embrionarias.

Leredde ha comprobado en la enferma de Tenneson la presencia de glóbulos blancos en las glándulas sebáceas.

Otra forma de acné córneo es la que no evoluciona, pero queda indefinidamente estacionaria; los comedones en vez de estar distribuidos en placas, aparecen diseminados. Esta forma tampoco es agmínea ni presenta tendencia á extenderse. En dos casos observados y que publicamos con Jeanselme, las concreciones ocupaban principalmente las partes laterales del raquis, en la región lumbar y parte inferior de la región dorsal, viéndose algunas en el abdomen: su disposición era generalmente simétri-

ca. Notóse igualmente un escaso número de concreciones diseminadas en las conchas de las orejas, ó en las axilas, ingles, pubis, muslos y piernas. Cada comedón, de un color obscuro subido ó negruzco y muy consistente, forma una prominencia de uno á dos milímetros que, si se enuclea, se obtiene una especie de perla córnea, casi translúcida, que resbala y se escapa como un hueso de cereza cuando se quiere aplastar entre dos láminas de vidrio: su consistencia disminuye á medida que se llega á su extremidad interna, que es blanda, blanquiza y está atravesada por pelo fino.

Entre los comedones que representan la lesión en actividad, aparecen diseminadas numerosas cicatrices superficiales, blanquizas, circulares, que miden hasta 5 milímetros de diámetro, algo prominentes en su periferia y ligeramente deprimidas en su centro, de donde emerge un pelo: estas lesiones son las huellas de inflamaciones supurativas que pueden renovarse cada año, observándose también manchas pigmentadas que reconocen el mismo origen.

El examen anatomo-patológico pone de relieve una enorme dilatación del folículo, la presencia de numerosas células queratinizadas en su cavidad, las cuales se caracterizan por ser muy pobres en materias grasas, el engrosamiento de la capa de Malpigio, y la multiplicación de las células redondas y fusiformes en el tejido conjuntivo subyacente.

Estos acnéis córneos se distinguen del acné vulgar por su localización, manera de distribuirse, ausencia casi completa de grasa en los comedones, y por el aspecto filiforme y longitud de las producciones; es evidente, por lo tanto, que, al revés de lo que ocurre en el acné vulgar, en ellos no han de preocupar los trastornos de la eliminación de las materias grasas. Se desconoce cuál es su causa próxima ó inmediata, pero puede suponerse que se trata de una invasión microbiana en la primera forma y un trastorno de evolución ó una discrasia para la segunda forma.

F. — ACNÉS QUELOIDES

Su localización en la nuca, en la región infraoidea ó en la parte posterior de las mejillas, y la presencia en los botones de pelos adultos que llaman la atención por su implantación viciosa, su divergencia y su volumen, relativamente considerable, son caracteres bastantes para diferenciar esta dermatosis del acné vulgar, de modo que, en realidad, la confusión no es posible.

G. — DERMATITIS PÁPULO-PUSTULOSA AGMÍNEA DE LA CARA

En la enfermedad que con P. Claisse hemos dado á conocer con esta denominación, la manera de desarrollarse los botones, que aparecen repentinamente como un pseudoexantema y que en un principio son de pequeñas dimensiones, pues su diámetro inicial no pasa de 1 milímetro, su forma, en sus comienzos puntiaguda, su color de un rojo vivo, su crecimiento rápido, el aspecto redondeado de su vértice que le da una forma semiesférica, su fuerte consistencia, su agrupación en placas que alcanzan las dimensiones de una moneda de dos pesetas, recordando por su aspecto el del zona, y su curación completa por las cauterizaciones ígneas, son otros tantos caracteres que nos permiten distinguirla del acné vulgar.

H. — ACNÉS MEDICAMENTOSOS

El *acné yódico* se diferencia del acné vulgar por su rápida supuración, la agudez de su evolución, por sus localizaciones en toda la cara, así como también en los miembros, y por la coincidencia con otros fenómenos de yodismo.

El *acné brómico*, en general, se produce juntamente con otras manifestaciones distintas del acné, especialmente con elevaciones ampollas concretas del todo características.

Las *foliculitis* provocadas por el contacto de ciertas sustancias medicamentosas, como el aceite de enebro, la crisarrobina, el ácido pirogálico, la brea y otras, se distinguen de un modo suficiente por su localización y por la presencia del agente productor del proceso en el orificio glandular.

I. — ACNÉS CICATRICIALES DEPILANTES

La dermatosis, descrita con este nombre por Besnier y Doyon, es la misma á que se ha llamado *sicosis crónica, prolongada, permanente, acné decalvante* por Lailler; *foliculitis decalvante*, según Brocq; *ulériema sicosiforme y acneiforme*, por Unna. Estas erupciones ocupan generalmente las regiones vellosas de la cara. Comienzan por unas prominencias en la base de los pelos, de color rojo al principio y que muy

pronto se convierten en vésico-pústulas; estas lesiones se agrupan en islotes, sean ó no simétricos, que se extienden con mayor ó menor rapidez, presentando contornos serpiginosos; estas vésico-pústulas se desecan en pequeñas costras, de un color blanquecino y de apariencia córnea, convirtiéndose los islotes invadidos en punto de descamación pitiriasiforme; los pelos caen para no volver á salir, produciéndose un tejido cicatricial en los mismos puntos en vez de los folículos.

J. — ACNÉ DE LOS CAQUÉTICOS

Ya hemos dicho que esta erupción, asociada las más veces con el liquen escrofuloso, no es otra cosa también que una forma de tuberculosis cutánea provocada probablemente por la acción de las toxinas que engendran los bacilos. Lo mismo puede afirmarse de la *folliculitis* de Barthélemy y del acné llamado escrofuloso.

IV

Tratamiento

A. — INDICACIONES QUE DERIVAN DE LAS CAUSAS

Estudiaremos sucesivamente las indicaciones que derivan de las causas, de los procesos y de las lesiones de estos acnés, siendo negativas las que resultan de los síntomas.

Una de las indicaciones principales que surgen de la etiología es la *dieta de las substancias grasas y feculentas*; sea cual fuere la causa del acné seborreico, se combate de un modo eficaz, disminuyendo, en la medida de lo posible, la producción en el organismo de los materiales productores del sebo.

Por idénticas razones se proscribirán los alcoholes y las bebidas estimulantes, pues determinan una acción irritante muy manifiesta sobre las funciones de las glándulas sebáceas y la vascularización de la cara.

Al mismo tiempo es de gran utilidad favorecer tanto como sea posible, las digestiones gástrica é intestinal y prevenir las fermentaciones que pueden entorpecerlas ó viciarlas, por lo que podrán prescribirse con

muy buenos resultados los *alcalinos* ó el *ácido clorhídrico* según la forma de dispepsia, y también los antisépticos como el *naftol* ó el *salol* asociados ó no al *carbón*; únicamente en los casos de dilatación muy pronunciada del estómago procederemos metódicamente al *lavado* de este órgano.

Cuando las erupciones acneicas sufren la influencia de los brotes menstruales, parece estar indicado el uso de los *emenagogos*.

Veremos luego que el tratamiento local consiste en parte en la aplicación de parasitocidas que cumplen igualmente una indicación causal.

Por lo que toca á los acnés ptomáinicos en las enfermedades infecciosas agudas, es preciso conceder gran importancia á la *antisepsia bucal*, á la que podrán asociarse los *purgantes* y los *diuréticos*, especialmente el *régimen lácteo* con el fin de favorecer la eliminación de las toxinas.

La supresión de la causa morbosa basta evidentemente para detener el desarrollo de los acnés tóxicos y medicamentosos. En las demás formas de acné, la ignorancia en que se encuentra el médico respecto de su causa le imposibilita el cumplimiento de esta indicación.

B.—INDICACIONES QUE DERIVAN DE LOS PROCESOS Y DE LAS LESIONES

1.º — Acné vulgar

Estas indicaciones variarán según las diversas formas de estos acnés.

En el *acné punctata*, es menester ante todo desembarazar los orificios glandulares de las concreciones que los obstruyen, lo que se consigue *mecánicamente* comprimiendo sus contornos, con el instrumento llamado *Komedonquestcher* (extractor de comedones), ó bien simplemente con la extremidad de una llave de reloj: el comedón sale en forma de un filamento negro en su extremo superior y blanco amarillento en su terminación. Esta ablación tiene capital importancia pues, como ya hemos dicho anteriormente, la irritación provocada por la presencia de estas concreciones, es la causa determinante de las alteraciones que se producen más tarde en los aparatos pilosebáceos y en su periferia, dando origen de este modo á diversas formas de *acné figurata*. Con el mismo fin Pospelow ha preconizado recientemente el *masaje* de las partes afectas. Este autor lo practica mañana y tarde con los dedos impregnados de un tópico graso y teniendo cuidado de hacer las fricciones siguiendo la dirección de los conductos excretores de las glándulas sebáceas, esto es, del

centro hacia los lados de la frente, de las orejas oblicuamente abajo hacia las mejillas y el mentón, de los ángulos internos de los ojos y de las alas de la nariz también en sentido oblicuo hacia las mejillas, de la fosita sublabial transversalmente hacia afuera, y por último, circularmente de arriba abajo alrededor de la eminencia mentoniana.

En el mismo sentido, la aplicación de *agua tan caliente* como puedan resistirla los enfermos, produce magníficos resultados para facilitar la expulsión de los comedones y también para impedir la formación de nuevas concreciones; recientemente se ha aconsejado practicar esta aplicación por medio de un tubo, en cuyo extremo se introduce algodón impregnado del líquido: de esta manera se puede obrar directamente sobre cada botón de acné.

Convendrá añadir al agua caliente, para obtener mejores resultados, *bórax*, ó *carbonato de sosa ó de potasa* á la dosis de 1 á 10 gramos por 1000, ó *jabón blando de potasa*, ó *jabón á base de azufre*, de *ictiol* ó de *salol*. Cuando por ser los comedones demasiado numerosos no sea posible quitarlos, se puede atenuar la deformidad que imprimen á la región afecta decolorándolos con una aplicación de *lanolina* asociada al *agua oxigenada ó vinagrada*.

Diversos son los tópicos que producen buenos resultados en el tratamiento local de las *diferentes formas de acné seborreico*, los cuales en su mayoría tienen por base el *azufre*, pudiendo igualmente ejercer alguna acción curativa el *ictiol*, el *naftol*, el *tiol*, los *ácidos fénico y salicílico*, la *resorcina*, los *mercuriales*, y el *clorhidrato de amoníaco*.

Es de notar que todos estos agentes son parasiticidas, lo que hace sospechar que las invasiones microbianas, encontrando en el sebo un medio de cultivo favorable, contribuyen también al desarrollo de los acnés inflamatorios.

Las preparaciones activas, pueden emplearse en forma de pomadas, pasta, emplastos, barnices ó líquidos.

En cuanto á las pomadas, podemos escoger, como excipientes, la *vaselina*, la *lanolina* asociada al producto precedente, la *resorbina*, la *manteca de cerdo fresca* ó el *aceite de delfín* que, según Boeck, tiene un gran poder de penetración.

Citaremos las fórmulas siguientes:

Manteca de cerdo fresca benzoica.	30 gramos
Azufre precipitado y lavado.	} aa. 5 —
Jabón blando de potasa.	

H. s. a. pomada.

Leche de azufre.	2 á 5 gramos
Carbonato de potasa.	0 gr. 20 á 1 gramo

Disuélvase y añádase:

Vaselina.	20 gramos
-------------------	-----------

H. s. a. pomada.

En otras preparaciones el azufre se asocia al naftol:

Jabón.	10 gramos
Manteca de cerdo benzoica.	20 á 30 —
Leche de azufre	} aa. 5 —
Naftol.	

H. s. a. pomada.

Jabón.	} aa. 10 gramos
Vaselina.	
Naftol.	3 á 5 —
Azufre precipitado y lavado.	3 —

H. s. a. pomada.

Lassar recomienda una *pasta resorcinada* al 20 por 100.

Una fórmula también una preparación análoga:

Pomada á base de ácido benzoico.	80 gramos
Resorcina.	} aa. 10 —
Kaolin.	

H. s. a. pomada.

Schütz aconseja para los casos de poca intensidad el uso de pastas que contengan *azufre y ácido salicílico* á la dosis de un 2 á 10 por 100; para los de mediana intensidad, pastas á base de *resorcina* á la dosis de 5 á 50 por 100 y para los casos graves las que contengan del 10 al 20 100 de *naftol* β.

Los medicamentos pueden también incorporarse al *colodión*, á la *traumaticina* ó al *excipiente á base de caseína* formulado por Unna.

Así es como Petrini añade el *ictiol* á la resorcina en la siguiente fórmula:

Colodión elástico.	30 gramos
Ictiol.	2 —
Resorcina.	1 —

M. s. a.

Las pomadas pueden ser tachadas de aumentar la proporción ya excesiva de grasa en la superficie cutánea, ó si es que se trata de preparados á base de vaselina, de dificultar, por su cualidad de ser poco permeables, la excreción de las grasas; por estas razones se prefieren casi siem-

pre las preparaciones líquidas, entre las que las siguientes fórmulas son dignas de especial mención:

Carbonato de potasa.	5 gramos
Glicerina.	} aa 50 —
Alcohol.	

Disuélvase.

Agua de flores de naranjo.	20 gramos
Alcohol.	80 —
Resorcina.	2 gr. 25
Glicerina.	1 gramo

Disuélvase.

Schwimmer ha obtenido muy buenos resultados con el empleo de la solución de *tiol* al 25 por 100. Según Philippson, el *ácido acético* á la dosis de un 6 por 1000 en alcohol, modera el crecimiento y la multiplicación de los botones, así como hace desaparecer los que están en vías de desarrollo.

Algunas de las fórmulas más frecuentemente empleadas, son las siguientes:

Agua hervida.	200 gramos
Alcohol alcanforado.	25 —
Azufre precipitado y lavado.	15 —

M. s. a.

Jabón.	50 gramos
Alcohol.	100 —

Filtrese y añádase:

Leche de azufre.	5 gramos
--------------------------	----------

M. s. a.

El *sublimado* en solución alcohólica se emplea en una proporción relativamente fuerte; en los individuos de piel tolerante, se puede prescribir á la dosis de 1 por 500 y hasta de 1 por 200; con la pomada que contenga 1 por 20, 1 por 30 ó 1 por 40 de *calomelanos*, se pueden obtener también buenos resultados; están igualmente muy en uso las lociones con la solución de *clorhidrato amónico* y asimismo las aplicaciones de compresas de tarlatana impregnadas con este líquido; la dosificación de la solución varía de 1 por 1000 á 1 por 50 según la tolerancia de cada individuo.

El *ácido fénico* en la solución de 1 por 50 en la *glicerina* puede producir buenos efectos, y lo mismo podemos decir del *ácido salicílico* al 2, 3 ó 4 por 100 con la vaselina ó el alcohol.

Las proporciones de los principios activos contenidos en estas diver-

sas fórmulas deberán ser reguladas según el modo de reaccionar de cada individuo: proporciones inofensivas ó que sólo determinan una ligera irritación en la mayoría de los individuos, producen en otros inflamaciones vivas del tegumento; en este caso, pues, habrá de suspenderse momentáneamente el empleo de estos preparados y aplicar, durante algunos días, ya tópicos emolientes ó bien una pomada á base de *óxido de zinc*, volviendo después á aplicar las preparaciones activas, disminuyendo la dosis del medicamento, que constituye la base de dicha preparación. Estos brotes flegmáticos pueden ser beneficiosos é ir seguidos de una mejoría manifiesta y duradera.

Una forma de emplear el azufre, que en muchos casos nos ha parecido producir buenos resultados, son las pulverizaciones practicadas con un aparato automático de vapor, para las cuales puede recurrirse á una *agua de los Pirineos* ó á la de *Uriage* ó de *Aix* en Saboya, siendo también de aconsejar una cura en las mismas estaciones termales; con este tratamiento, hemos visto en algunas semanas desaparecer casi completamente un acné con caparrosa muy intenso, afección que durante muchos años había resistido á los tratamientos sucesivos por las escarificaciones y diferentes curas hidrominerales.

Parece, pues, que el medicamento proyectado de este modo, penetra más íntimamente en el tegumento y obra con más energía sobre los elementos nocivos que aquél contiene.

Las *escarificaciones* constituyen, sin embargo, uno de los mejores medios de acción de que disponemos contra todas las formas de acné que van acompañadas de dilatación vascular y, por consiguiente, en primer término contra la *caparrosa*, deben practicarse de preferencia con el instrumento de Vidal muy ventajosamente modificado por H. Fournier; puede reprochárselas, á veces, el determinar, en los individuos predispuestos, la producción de pequeñas cicatrices que, aun siendo muy poco visibles, por razón de su multiplicidad modifican sensiblemente el aspecto del tegumento.

Con esta medicación pueden incluirse también las *cauterizaciones* punteadas, practicándolas con el galvanocauterio ó con el termocauterio.

2.º Acnés hipertróficos

La *intervención quirúrgica* está también indicada en estos casos, pues el descortezamiento de la nariz, punto donde radica casi siempre la afección, puede modificar con los más satisfactorios resultados el estado de

los individuos atacados de la misma, de lo que se encuentran notables ejemplos en el museo de Saint-Louis.

3.º Acnés necrósicos

La indicación causal se confunde en esta clase de acnés con la indicación que deriva de la lesión, pues se trata, según todas las probabilidades, de una enfermedad parasitaria, supuesto que, conforme han hecho observar Besnier y Doyon, se deduce con toda evidencia de la acción rápidamente curativa que sobre esta afección ejercen los parasiticidas; y si después de haber hecho caer las costras con cataplasmas de almidón rociadas con *aceite fenicado*, se aplican compresas impregnadas de una solución de *sublimado* al 5 por 1000, ó bien rodajas de *emplasto rojo á base de minio ó de cinabrio*, se acaba bien pronto con la afección, de suerte que en muy raros casos hay necesidad de acudir á la cauterización ígnea.

4.º Acnés queloides

En esta clase de acnés, las indicaciones surgen exclusivamente de la lesión, puesto que la naturaleza de la predisposición que da lugar á esas hiperplasias cutáneas es desconocida. Es posible que combatiendo el acné que la provoca por medio de aplicaciones de tópicos indicados precedentemente en el tratamiento del acné seborreico, se detenga el progreso de la lesión; mas para que se reduzca es menester las más de las veces llegar al tratamiento quirúrgico, constituido ya por las *escarificaciones* lineales profundas y largo tiempo repetidas, ya por las *cauterizaciones ígneas*, ó bien sobre todo por el procedimiento de Besnier y Doyon que consiste en un *raspado* en masa después de conseguida la congelación con el cloruro de metilo ó de etilo; la recidiva es siempre temible.

5.º Acné piloso cicatricial depilante

Esta enfermedad, descrita por Besnier y Doyon, resiste, según estos autores, á todos los medios terapéuticos, sin embargo, aconsejan, para su tratamiento, las *pulverizaciones sulfurosas ó hidrargíricas*, los *emplastos salicilados, resorcinados, hidrargíricos, saturninos*, y la *depilación* reiterada.

6.° Acnés córneos

El tratamiento de estas formas ha de ser puramente *local*; las consideraciones que en los acnés vulgares conducen á regular la evolución de las materias grasas en el organismo no les son de ningún modo aplicables, estando más bien indicado, en estos casos, reblandecer desde luego las concreciones córneas con aplicaciones de *jabón negro* y de *alcohol*, pudiéndose emplear en seguida las aplicaciones de pomada *salicilada* al 3 ó 4 por 100, pues es sabido que el ácido salicílico disocia las concreciones córneas. En la forma en áreas se prescribirán al mismo tiempo los parasiticidas como el *azufre* (á 8 ó 10 por 100), el *naftol*, el *ictiol* (30 por 100), la *resorcina* (de 2 á 10 por 100) ó el *sublimado* en solución al 5 por 1000; las precedentes preparaciones pueden ser empleadas en forma de curas ó de emplastos. Hardy prescribía con buenos resultados una pomada que contiene 1 por 120 de *biyoduro de mercurio*.

7.° Acnés tóxicos, ptomáinicos y caquéuticos

Su tratamiento local consiste principalmente en el empleo de los antisépticos como el *aceite fenicado*, el *emplasto rojo*, y las pomadas á base de *ictiol* ó *salol*, etc.

8.° Dermatitis pápulo-tuberculosa agmínea de la cara

Se cura radicalmente esta afección en algunas semanas por medio de las *cauterizaciones igneas*.

CAPITULO XVI

TRATAMIENTO DEL MOLLUSCUM

POR

P. AUBERT

Cirujano de la Antiquaille

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

Con el nombre de molluscum se designan dos afecciones cutáneas completamente distintas: la primera, el *fibroma molluscum*, *nævus molluscoide*, pertenece al grupo de los tumores congénitos y de los nevos, mientras que la segunda afección, el *molluscum contagioso*, corresponde más bien al grupo de las afecciones parasitarias y contagiosas.

I

Molluscum verdadero, molluscum fibroso

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Esta especie de molluscum se manifiesta en forma de tumores cutáneos cuyo número y volumen son variables. Se han citado casos de enfermos cubiertos por centenares y aun miles de estos tumores, hasta el punto de que la vista de estos individuos inspiraba repulsión. El volumen varía desde el tamaño de un grano de mijo hasta el de una cabeza de adulto. En ciertas formas difusas de extensas implantaciones que resultan de la fusión de tumores vecinos, se forman á veces enormes repliegues cutáneos que pesan varias libras, á los que se ha dado el nombre de *dermatoli-*

sis. La forma es redonda, ovoide, á manera de pera. Estos tumores pueden evolucionar, aumentando ó disminuyendo de volumen, pero esto, salvo en raras excepciones, se verifica siempre muy lentamente. Esta evolución ha sido estudiada y descrita por Taylor: comienza por elevarse el tegumento experimentándose la sensación de blandura, percibiéndose en seguida, si se aprieta un poco, como si el dermis estuviese agujereado. Más tarde se producen adherencias con el dermis de tal manera que el tumor parece formar un solo cuerpo con él. Los tumores, al aumentar de volumen, pueden quedar sesiles ó pedicularse (*molluscum pendulum*), retrocediendo otras veces, ya en masa, ya dejando un pequeño saco de piel vacío y desecado. Los *tumorcitos verrugosos* que se ven principalmente en los párpados tienen este origen.

En los tipos circunscritos, los tumores son escasos, á veces únicos, presentando mayor tendencia á engrosar y á pedicularse; su consistencia recuerda la de un pecho ya marchito (Brocq); uno de sus sitios de predilección son los grandes labios.

Estos tumores pueden sufrir diversas alteraciones patológicas, perfectamente descritas por Lerefait y Chambard, y volver al neoplasma.

La estructura de los mismos consiste en tejido conjuntivo fibrilar, más ó menos laxo, con desarrollo variable y á veces considerable de vasos linfáticos y sanguíneos.

El molluscum puede observarse en varios individuos de una misma familia, y se asocia frecuentemente con otras formas de nevos. Recklinghausen les atribuye el carácter de neuromas.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento es puramente *quirúrgico* y las circunstancias que legitiman y hasta hacen necesaria la operación son las molestias que causa el tumor por su volumen ó situación, los brotes inflamatorios recidivantes, las ulceraciones y sobre todo la degeneración cancerosa.

Desde que la antisepsia está en boga, apenas se emplean la estrangulación lineal y la ligadura, y se opera con el bisturí ó las tijeras practicando la sutura inmediatamente después de la ablación.

II

Molluscum contagioso

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Desde que Batemann describió el primer caso de esta enfermedad en una nodriza contagiada por un niño cuyos dos hermanos, igualmente atacados, se contagiaron de otra nodriza, se ha designado de este modo una afección cutánea frecuente, que consiste en un pequeño tumor globuloso que recuerda, por su semitranslucidez y su ombligo central, un grano de viruela ó de vacuna incompletamente desarrollado. Por la presión se hace salir un pequeño corpúsculo blanco lechoso, sólido y difícil de aplastar. Son molluscums miliares muy pequeños; su volumen generalmente es el de una lenteja. Por excepción pueden ser asiento de fenómenos inflamatorios, de lo cual es un ejemplo el caso de Batemann; en estas circunstancias, hemos visto algunos que tomaban el aspecto de verdaderos forúnculos.

La cara y los órganos genitales son las partes que generalmente suelen atacarse con más frecuencia, pero puede encontrársele en las demás regiones del cuerpo. Barthélemy ha insistido en la frecuencia y estado, á veces confluyente, con que se presenta en las prostitutas, lo que puede ser causa de error en el diagnóstico. Los autores, como Devergie y Bazin, que han dado á estos pequeños tumores el nombre de acné tuberculoide, varioliforme, han caído en un error, pues las investigaciones histológicas de Renaut (1880) y de Neisser (1889) demuestran que se trata de un tumor epitelial proveniente de una degeneración de las células de la capa de Malpigio, de donde el nombre de epitelioma contagioso de Neisser.

La noción del contagio se funda en los casos de pequeñas epidemias de familia ó de pensionados, de transmisión de la enfermedad del niño á la nodriza, en la frecuencia con que se observa en los órganos genitales y en las prostitutas, y en algunos experimentos realizados que han dado resultados positivos contra un gran número que los han dado negativos. Con los cultivos no se ha obtenido ningún resultado. Las investigaciones han venido á demostrar la presencia de pequeños corpúsculos ovoides, fuertemente refringentes, considerados, según unos, por esporozoarios, y según otros dependientes de una especial degeneración de las células. De todo esto los casos clínicos son los más demostrativos.

B. — TRATAMIENTO

La incisión practicada con el bisturí ó con las tijeras debe proscribirse casi siempre. El tratamiento que hemos visto emplear constantemente, y que empleamos, consiste en *exprimir con las uñas* el pequeño tumor central, sin hacer después ninguna cauterización.

Algunos clínicos prefieren añadirle una gotita de *tintura de yodo* ó una punta de *nitrato de plata*.

Para las formas inflamadas y forunculosas, la *cucharilla* da buenos resultados, haciéndose casi necesaria en las formas aglomeradas de la vulva; después de raspar con la cucharilla bastan ligeras lociones antisépticas ó alguna pomada simple.

La naturaleza contagiosa de la enfermedad obliga, á pesar de su benignidad, á tomar algunas precauciones en los colegios y asilos, y Barthélemy ha llegado á proponer que se coloquen en el número de las enfermedades venéreas las localizaciones vulvares en las prostitutas.

CAPITULO XVII

TRATAMIENTO DE LA FORUNCULOSIS Y DEL ÁNTRAX

POR

ALBERTO ROBIN

Y

E. LEREDDE

De la Academia de Medicina

Jefe de laboratorio del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Entre el forúnculo, inflamación limitada á un solo aparato pilosebáceo, y el ántrax, que ataca á varios, no existe en rigor otra diferencia que la mayor extensión del proceso morbosos. Su patogenia, que desde luego vamos á estudiar, es muy parecida, y nos permitirá, en el decurso de este capítulo, indicar la profilaxia, esto es, el modo de prevenir la aparición de las lesiones forunculosas, y de impedir su *proliferación en el mismo punto (ántrax) ó á distancia (forunculosis)*.

Los dermatólogos no admiten hoy día la existencia del forúnculo independiente de los aparatos pilosebáceos. Los microbiólogos han reconocido que había de atribuirse siempre al *estafilococo dorado*. El estudio de las lesiones inflamatorias, agudas, nodulares, producidas por este microbio, que terminan por la expulsión de un tapón ó raíz del forúnculo y que radican alrededor de las glándulas sudoríparas ó también por fuera de toda glándula cutánea, ha de emprenderse de nuevo, dado que su existencia parece dudosa.

Hace poco tiempo que se ha llegado á un concepto preciso del forúnculo. La definición fué puramente clínica hasta el día en que Richet afirmó y demostró su asiento anatómico real, pues antes de este autor, Dupuytren

lo hacía depender de una inflamación limitada del tejido célula-adiposo, y Gendrin lo consideraba un higroma inflamado.

En resumen, los caracteres objetivos del forúnculo fueron por largo tiempo los que ocuparon principalmente la atención de los médicos, y los cirujanos que estaban encargados de su tratamiento, se preocupaban poco de las condiciones generales en que puede manifestarse. Sin embargo, Prout y Marchal de Calvi hicieron observar la frecuencia con que se presentaba la afección en el curso de la diabetes, y en Francia sobre todo se estudiaron sus relaciones con el estado diatésico de los enfermos.

En 1880 Pasteur descubrió el origen microbiano del forúnculo, caracterizando su causa morbosa. Después de él, numerosos trabajos, cuya indicación se hallará en el interesante artículo de J.-L. Faure (1), han venido á precisar los detalles, y hoy día el estudio del forúnculo, de la forunculosi y del ántrax ha adelantado mucho. No hay necesidad de consignar nuevos datos bibliográficos sobre este asunto.

En realidad, el forúnculo es una lesión microbiana, debida á causas locales, autorizada y favorecida por causas generales.

II

Patogenia

A.— CONDICIONES LOCALES

El estafilococo en todas sus formas, pero principalmente en la del *staphylococcus albus*, se encuentra excesivamente esparcido por la superficie de la piel. *Es el parásito normal de ésta* como el estreptococo lo es de la mucosa bucal. Reside en las capas córneas superficiales y penetra en los orificios naturales ó artificiales del tegumento, debiéndose á él muchas de las lesiones cutáneas, como el impétigo, muchos ectimas y abscesos intra y subepidérmicos, el panadizo, por ejemplo. Normalmente se extiende por la superficie de los pelos finos, separado del dermis vascular, por una capa de células epiteliales más delgada que en la superficie del epidermis. Penetra también con bastante facilidad en el interior de las glándulas sebáceas, cuando una causa cualquiera *dificulta su funcionamiento*, por ejemplo, la suciedad de la superficie en las profesiones que producen

(1) J. L. FAURE.—*Traité de Chirurgie* de LE DENTU y DELBET.

TOMO VII.—52. TERAPÉUTICA APLICADA.

polvo. Los forúnculos se observan con bastante frecuencia en individuos de determinados oficios, como carboneros, mineros y mecánicos.

La penetración de los microbios en el dermis es necesaria para que se forme el nódulo forunculooso, pero raras veces se debe á la abertura directa y de momento transepidérmica de la piel. *En general, se verifica poco á poco*; las células del cuerpo mucoso ofrecen una resistencia normal al avance de los microbios, los filamentos interepiteliales los detienen y fácilmente las células leucocitarias emigran hacia la epidermis para luchar contra el elemento parasitario. Pero si hay efracción de la piel el parásito penetra con mayor facilidad, obrando en este sentido los *traumatismos repetidos*, hasta los más débiles; citaremos entre otros el roce que ejerce en la nuca el cuello almidonado de las camisas (el forúnculo de esta región se presenta muy raras veces en la mujer), y asimismo los *forúnculos de la región anal en los que montan á caballo*, sobre todo en los comienzos de su aprendizaje.

Conviene mencionar aquí también *la acción del prurito que impele á rascarse*. A consecuencia de las continuas rascaduras se modifica la resistencia de la epidermis, siendo sobre todo de temer, cuando existe una afección pustulosa que proporciona gérmenes *virulentos*, por ejemplo, la sarna. Según la opinión de Unna, al comienzo del forúnculo hay siempre una pustulación, una impetiginización, pero el estudio clínico no confirma esta aserción tan absoluta.

Una vez formado el forúnculo, se producen frecuentemente otros nuevos. La *autoinoculabilidad* está demostrada: el forúnculo se siembra con la mayor facilidad. A distancia del primero, no en seguida, sino principalmente en el momento de la supuración, aparecen un segundo y tercer forúnculos, verificándose después la multiplicación rápidamente.

Y esto pone en evidencia un hecho sobre el que, en general, no se ha insistido bastante, ó sea *el papel que desempeña la virulencia del microbio*. Éste existe en estado saprofítico en la piel, y su penetración, que es de las más comunes, se detiene al primer obstáculo, por la más ligera fagocitosis. Desde que aumenta su virulencia, como en el forúnculo, donde se le encuentra siempre en forma de aureus y no de albus, determina lesiones parecidas á la primera, dominando, si cabe la expresión, la resistencia normal de la piel normal.

Ciertas condiciones locales exteriores pueden favorecer también el aumento de la vitalidad y virulencia del microbio, y entre ellas citaremos *ciertos medios terapéuticos* que, como las cataplasmas entre otros, es preciso abandonar hoy día resueltamente; éstas no hacen más que mace-
rar la piel, facilitando la penetración de los parásitos; la germinación de

los microbios aumenta por la temperatura que mantienen en la piel y el medio húmedo que determinan. Así también, *ciertos antisépticos* son á veces perjudiciales; tal ocurre con el ácido fénico ó el sublimado cuando se aplican en soluciones demasiado concentradas, pues si bien obran sobre los microbios, obran también sobre los tejidos, y pueden determinar, aunque este hecho parezca paradójico para los que desconozcan la práctica dermatológica, nuevos forúnculos, alterando profundamente la epidermis.

B. — CONDICIONES GENERALES

Como resumen de la precedente cuestión, afirmaremos que la penetración del estafilococo se verifica lenta y frecuentemente, favorecida por ciertas condiciones que obran sobre la piel á nuestro entender, más bien disminuyendo la resistencia *vital* de los tejidos que su resistencia *física*. Aunque falten estas condiciones, el forúnculo puede todavía formarse, si la resistencia del medio está modificada por condiciones internas que contribuyan á aumentar la virulencia, primero relativa, y después absoluta del microbio. También en este caso la afección presentará una tendencia anormal á la difusión y á la penetración; casi se podrá hablar de una enfermedad, y llamarla forunculosis.

Estos trastornos del medio interno no son conocidos todavía y será menester sin duda, en éste como en otros puntos, emplear largo tiempo en su investigación, aun tomándolo con verdadero empeño, antes de que la ciencia los haya definido.

Pero tanto al forúnculo como al ántrax, infecciones estafilocócicas localizadas, puede aplicarse la siguiente ley bacteriológica: la virulencia de los saprofitos se exalta en el curso de infecciones debidas á otros microbios. Así ocurre especialmente en *la convalecencia de la fiebre tifoidea*, sobre todo en los casos graves en que la depresión es profunda: el cuerpo, principalmente la espalda y las nalgas, por la presión á que están sujetas por el decúbito, se halla expuesto á cubrirse de forúnculos, los cuales á veces son el punto de partida de escaras.

Los individuos que están afectos de forunculosis y parecen gozar de buena salud, son, en general, *dispepticos intestinales* con predisposición al estreñimiento y atacados de hemorroides; frecuentemente se trata de individuos obesos, pero en estos casos quizás hay que atribuirlos al *irregular funcionalismo de las glándulas sebáceas* que prepara su infección, y de este modo cabe explicar la forunculosis de la nuca, más frecuente en

los adolescentes, en la edad en que se observa principalmente el acné facial.

Mas, cuando la forunculosis persiste en individuos de edad algo más avanzada, es de temer que se trate de la *diabetes*, de la que aquélla constituye uno de los síntomas reveladores más conocidos. En la diabetes de los artríticos es donde se observa principalmente este hecho, y con preferencia en un período en que la glucosuria está todavía poco acentuada, ó la polifagia y la polidipsia son moderadas. Se han señalado casos en que la glucosuria disminuía en el curso de una erupción de forúnculos, pero las observaciones son un poco antiguas y merecen ser comprobadas.

¿Cómo explicar la forunculosis de los diabéticos? ¿Se hace necesario admitir con Bujwid que *la virulencia del estafilococo aumenta en los medios azucarados*? En esto estriba, quizás, un elemento de la cuestión; pero el hecho, no obstante, ha sido puesto en tela de juicio por otros bacteriólogos.

Los *trastornos intestinales*, tan frecuentes en los individuos diabéticos, las *fermentaciones gástricas*, y la *estagnación hepática* deben entrar en juego, los cuales habrán de tenerse en cuenta desde el punto de vista terapéutico si se quieren suprimir los accidentes cutáneos.

La forunculosis se ha observado también en los *albuminúricos* y en el curso de la *diabetes azoúrica*, con bastante frecuencia para que no pueda considerarse como una mera coincidencia. Es posible que sobrevenga en estas afecciones, como en las caquexias, sea cual fuere su naturaleza, en que el organismo no resiste ya á las infecciones microbianas que en estado normal son de las más benignas.

Las condiciones determinantes del ántrax son poco conocidas. Su etiología es exactamente la misma que la del forúnculo y de la forunculosis. El aumento de la virulencia y de la vitalidad del estafilococo ocasiona la extensión de la inflamación local, la cual alcanza á gran número de aparatos pilosebáceos. Todas las causas que disminuyen la resistencia del organismo para el estafilococo, todas las que hemos señalado, favorecen la producción del ántrax.

Es tal la diseminación del estafilococo por la superficie de la piel, que causa admiración la rareza, no del forúnculo, sino de la forunculosis; no menos notable es la rareza de la *infección general* en el curso de esta última, pues no se manifiesta apenas más que en los individuos extremadamente debilitados, como los tifódicos, etc. Además, la infección estafilocócica á menudo no tiene por origen los forúnculos, y si bien la puerta de entrada es generalmente la piel, no hay con frecuencia la reacción inflamatoria manifiesta en el punto de inoculación, como es de regla en muchas

infecciones en que la intensidad de la infección general está en razón inversa de la intensidad de la lesión local.

Las condiciones de la región, bien estudiadas por los cirujanos, nos explican ciertas complicaciones raras (flebitis en los forúnculos de la cara) que no estudiaremos en este lugar.

De todo lo expuesto se deduce cuántos son los elementos complejos que entran en la patogenia del forúnculo, y se puede suponer también cuántos son los que se desconocen todavía. El conocimiento de estos elementos nos permite entrar en el estudio de la terapéutica de la afección.

III

Tratamiento

A. — TRATAMIENTO INICIAL

En los individuos predispuestos á los forúnculos, el diagnóstico puede hacerse antes de que el nódulo inflamatorio sea voluminoso, en el momento en que la lesión se traduce principalmente por una *molestia*, *tensión* ó cuando existe *alguna rubicundez*. Se podrá intentar entonces *hacer abortar* el forúnculo, para lo cual se han recomendado numerosos procedimientos, como el *nitrate de plata*, *soluciones antisépticas fuertes*, *tintura de yodo*.

Sea cual fuere el tratamiento empleado, lo esencial para favorecer la acción del tópico consiste en *limpiar y desgrasar la piel*. Esta es, por lo demás, una precaución que habrá de tomarse también cuando se trate de un forúnculo en el período de estado. La antisepsia cutánea sólo es posible con esta condición.

La piel ha de rasurarse á distancia del forúnculo, y en caso de necesidad (en los individuos de sistema piloso abundante) se practicará la depilación. Después se procederá á una enjabonadura prolongada, lavando luego la región con agua y después con alcohol y éter.

Á nuestro entender, la *tintura de yodo* es, entre todos los procedimientos empleados, el preferible, siendo, además, el que aplican ordinariamente los enfermos, puesto que es el más sencillo y no exige una cura especial. Convendrá tocar repetidas veces con el medicamento el punto ó los puntos enfermos. Este tratamiento, sin embargo, ha de ser precoz, pues si las aplicaciones yódicas son tardías, el dolor y la inflamación se exageran.

Este procedimiento no es obstáculo para que se pueda aplicar, si se quiere, el método de Vidal y Brocq, que consiste en aplicar una cura con *ácido bórico en solución saturada en el alcohol absoluto*.

Otro procedimiento excelente es la *cauterización profunda* del forúnculo en este período inicial; este método, si bien algo cruel, es el más seguro de todos y se practicará de preferencia con el galvanocauterio, que produce quemaduras más limitadas y deja menos cicatriz.

La propagación de los forúnculos por el cuerpo, así en el período inicial como más tarde, debe evitarse siguiendo el tratamiento general que expondremos en seguida y procurando la limpieza más escrupulosa de la piel. Brocq aconseja los *baños sulfurosos* y los lavados del cuerpo con *alcohol alcanforado*. El cuerpo se cubrirá con tela y no lana.

B. — TRATAMIENTO EN EL PERÍODO DE ESTADO

Hay forúnculos poco dolorosos que apenas pasan del volumen de un guisante: en estos casos se puede aguardar á que se abran por sí mismos contentándose con apresurar la maduración y prevenir su transformación en nódulos más gruesos y más dolorosos. Entonces están indicadas las *pulverizaciones antisépticas tibias*, si por el número crecido de forúnculos está justificado su empleo.

Las pulverizaciones se practicarán empleando preferentemente el *agua fenicada* al 1 por 100, y repitiéndose cuatro veces al día. Para la cara se usará el *agua bórica*.

En el intervalo de las pulverizaciones, se aplicarán sobre las lesiones *compresas empapadas en una solución antiséptica débil de sublimado*, por ejemplo, al 1 por 4000, cubriendo la cura con tejido impermeable, como por ejemplo, tafetán engomado. Se podrán asimismo utilizar soluciones un poco calientes de 40 á 45°, con lo que se conseguirán las ventajas de la cataplasma, calor y humedad, sin los inconvenientes que obligan, como ya hemos dicho, á abandonar completamente su uso.

A veces, sin embargo, el forúnculo presenta una marcha invasora; es doloroso. *Precisa entonces abrirlo cuanto antes* y así se evitarán nuevos dolores y la formación del ántrax. Conviene recordar también que todo forúnculo, cuando es voluminoso, y en su consecuencia su abertura natural es extensa, deja siempre una cicatriz. La incisión puede hacerse con un corte de bisturí ó crucial, y para que resulte suficiente, ha de interesar la mayor parte del forúnculo, en extensión y en profundidad. El

galvanocauterio y el termocauterio, teniendo cuidado de emplear sólo la punta más fina, pueden reemplazar al bisturí.

Estas operaciones irán precedidas de una *inyección de cocaína* al 1 por 25, ó de una *inyección de guayacol*, según el método de Lucas-Championnière, esto es, una inyección de 5 á 10 centigramos de guayacol en solución al 1 por 20 en aceite de olivas puro, esterilizado, ó de una *aplicación local de cloruro de etilo*; sin previa anestesia, estas operaciones son muy dolorosas.

C.— TRATAMIENTO DESPUÉS DE ABIERTO EL FORÚNCULO

La curación del forúnculo sólo puede obtenerse después de la evacuación total del tapón; *es preciso facilitarle una salida suficiente*, sin esperar la liquefacción, siempre lenta, de los productos necrosados. Conviene agrandar la abertura natural si resultare pequeña. En los forúnculos poco dolorosos y cuando el tapón está completamente formado, ha sido recomendada la presión de la base del nódulo, pero provoca á veces mayor inflamación.

La expulsión de los productos inflamatorios se facilita por diversos procedimientos terapéuticos, y entonces es cuando dan grandes resultados la abertura natural ó quirúrgica del forúnculo, así como las *pulverizaciones prolongadas*. Estas se harán tal como hemos indicado anteriormente, tibias, de media hora de duración, cuatro veces al día y con *agua fenicada* al 1 por 100. Muchos cirujanos emplean hasta una solución al 2 por 100. En el intervalo de las pulverizaciones, *cura á base de sublimado* (1 por 4000), ó *agua fenicada* (1 por 100).

Se empleará el *ácido bórico* para las pulverizaciones y curas de la cara, y no los antisépticos precedentes, que penetran en la superficie de la conjuntiva y en las mucosas, irritándolas.

También se obtendrán muy buenos resultados penetrando en la cavidad del forúnculo, recomendando uno de nuestros colegas (Alberto Robin) introducir una pasta cuya fórmula es la siguiente:

Azufre sublimado.	10 gramos
Alcanfor pulverizado.	10 —
Glicerina.	c. s.

M. s. a. Para hacer una pasta semilíquida.

Esta pasta podrá algunas veces reemplazar con ventaja á las curas húmedas, siendo perfectamente antiséptica; se aplicará en la superficie de

pequeñas compresas, con las que se cubrirá el forúnculo ó los forúnculos que haya.

Los *emplastos* se hallan hoy día un tanto abandonados en la cura del forúnculo, lo que quizás constituye un error, pues servirían para cubrir forúnculos poco voluminosos y poco dolorosos cuando la úlcera está completamente detergida. Conviene, sin embargo, utilizar solamente los emplastos de la clase que los emplea Unna y que confeccionan algunos farmacéuticos de París. El *emplasto de Vigo* da buenos resultados cuando es suficientemente flexible, no quebradizo y poco grueso, teniendo cuidado de no aplicar más que una pequeña rodaja que apenas rebase los límites del forúnculo. De esta manera se obtiene la ventaja de no prolongar excesivamente una cura molesta y de prevenir la autoinoculación. Además, el emplasto deberá renovarse con la mayor frecuencia posible, teniendo cuidado, cada vez que vaya á aplicarse, de desengrasar antes la piel, conforme hemos indicado.

D. — TRATAMIENTO DEL ÁNTRAX

El tratamiento del ántrax se funda en las mismas reglas que las del forúnculo, pero en este caso la terapéutica médica tiene muchísima menos importancia. En los comienzos del ántrax pueden ensayarse las aplicaciones de tintura de yodo, pero no dan grandes resultados. En el ántrax limitado, podrá esperarse que se abra naturalmente, y se aplicarán luego *curas fenicadas permanentes*, como también *pulverizaciones antisépticas* repetidas. En general, *será necesaria la incisión* y no hay para qué insistir acerca de una técnica de orden puramente quirúrgico.

La incisión deberá ser amplia, de suerte que haga posible la total evacuación de los focos necróticos. La cura se hará en seguida del mismo modo que en el forúnculo, aplicando además las pulverizaciones continuadas.

E. — TRATAMIENTO DE LA FORUNCULOSIS

Desde el momento que un enfermo presente varios forúnculos repetidos, convendrá preocuparse de las causas que puedan producirlos. A veces es sólo la autoinoculación la que entra en juego, pero el tratamiento que hemos indicado basta para prevenirla.

Es muy conveniente ó hasta necesaria la limpieza más minuciosa,

prescribiéndose con este objeto los baños repetidos, principalmente *los baños alcalinos*, que desgrasan mejor la piel. El chaleco de franela, que mantiene el sudor en la superficie de la piel, favorece las inoculaciones; convendrá, pues, proteger la epidermis con un chaleco de tela fina colocado debajo de la franela.

Estas mismas precauciones deberán observarse cuando exista un trastorno visceral, al que se procurará siempre investigar.

El análisis de la orina se impone en estas circunstancias. Si se trata de un enfermo diabético, el tratamiento expuesto por uno de mis colegas (véase tomo I) evita la reaparición de los forúnculos.

Con frecuencia quedan indeterminadas las alteraciones del estado general, *conviniendo estudiar de un modo especial el estado del tubo digestivo*.

Algunos autores recomiendan la antisepsia intestinal en todos los casos, administrando cada tarde tres paquetes, cuya composición es la siguiente:

Naftol.	} aa.	0 gr. 25
Magnesia inglesa.		
Salicilato de bismuto.		

Para un paquete.

Pero este método no ha dado todo el resultado que se esperaba, fundándose en casos experimentales un tanto discutibles. Los *purgantes* son para nosotros los mejores antisépticos intestinales, prefiriendo emplearlos á pequeñas dosis repetidas y continuadas por algún tiempo.

En los casos de constipación dependiente de la paresia del intestino grueso, se obtendrán buenos resultados por medio de *abundantes enemas intestinales fríos* (uno ó dos litros al día), sobre todo en los individuos obesos.

Podrán también emplearse simultáneamente las siguientes obleas:

Azufre sublimado.	0 gr. 10
Alcanfor pulverizado.	0 gr. 02

Para una oblea. — Tres al día.

Si existieran *trastornos dispepticos de origen gástrico*, convendrá atenuarlos tanto como nos sea dado por los medios actuales de que disponemos (Véase Tratamiento de la dispepsia).

En los casos rebeldes, la *higiene del forunculoso* deberá ser de las más severas. La alimentación se reducirá únicamente á lo necesario, prescribiéndose todas las substancias grasas, lo mismo que ciertos alimentos, como los quesos, salchichería, almejas, pescado, fresas, etc. Se suprimirá

el vino tinto, reemplazándolo por el vino blanco, y hasta, si el enfermo se presta, por el *agua de brea*.

Gingeot aconseja las *aguas sulfurosas* ó la siguiente preparación:

Hiposulfito de sosa.	36 gramos
Agua destilada.. . . .	300 —

Tres cucharadas de café al día.

El empleo de las aguas minerales se reglamentará por el diagnóstico de los trastornos de la salud general que producen la forunculosis.

CAPITULO XVIII

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA SECRECIÓN DEL SUDOR

POR

R. DU CASTEL

Médico del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Anhidrosis

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Los trastornos funcionales del aparato sudoríparo se traducen por dos modificaciones completamente opuestas: producción de sudor en cantidad exagerada ó hiperhidrosis, y producción en cantidad insuficiente ó supresión total, confundidas generalmente con el nombre de anhidrosis.

La hiperhidrosis es de los dos fenómenos el mejor estudiado; la importancia del segundo nos es mucho menos conocida. Este último fenómeno, la anhidrosis, acompaña comúnmente á cierto número de afecciones de la piel, como la ictiosis, psoriasis, eczemas crónicos, etc., ó también á ciertos estados morbosos graves, como la diabetes, el cáncer y la tuberculosis; pero la disminución de la secreción del sudor no es siempre un estado secundario consecutivo á una afección determinada.

Algunos individuos presentan de una manera muy manifiesta y sin que pueda atribuirse á un estado patológico clasificado, una extremada escasez de excreción sudorífica; son los individuos de piel relativamente seca, que no saben transpirar: esta hipidrosis (permítasenos la expresión)

parece que en algunos casos ejerce una acción muy marcada sobre la modalidad de las lesiones cutáneas de que accidentalmente se hallan afectados dichos individuos. El valor de la anhidrosis ha preocupado muchísimo menos á los médicos que la hiperhidrosis, probablemente por el mero hecho de que es mucho menos molesta para el enfermo, aparte de que no conocemos tampoco exactamente su valor patológico.

B. — TRATAMIENTO

En los casos en que parezca necesario combatir la anhidrosis, ya sea para remediar sus inconvenientes como la sequedad y resquebrajamiento de la piel, ya porque el médico considere de alguna importancia favorecer las eliminaciones sudorales, disponemos de algunas medicaciones activas y capaces, en general, de despertar el funcionalismo glandular adormecido, tales son los *baños de vapor* ó la *estufa seca*, las *afusiones frías*, las *fricciones secas*, el *masaje*, las *inyecciones de pilocarpina* á la dosis de 0^{gr},01 por inyección, las infusiones de *jaborandi* (2 á 4 gramos de hojas por cada litro de agua), el *acetato de amoníaco*, etc., etc.

II

Hiperhidrosis

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Entre los trastornos del funcionalismo del aparato sudoríparo, la secreción en cantidad excesiva del sudor, la hiperhidrosis, es el que importa conocer más, si no por su gravedad, á lo menos por su frecuencia. La hiperhidrosis se presenta en el curso de cierto número de enfermedades generales, y forma parte esencial ú ordinaria de su cuadro sintomático, tales son, por ejemplo, los sudores que se observan en el curso de la fiebre palúdica, en la fiebre miliar, en los tuberculosos, etc., tales son los sudores llamados críticos. Es difícil señalar de un modo preciso cuándo este fenómeno, que constituye un presagio feliz y comienzo de la convalecencia en cierto número de casos, se convierte en excesivo y en qué momento conviene moderarlo, reprimirlo, ó exige la intervención de la terapéutica; su historia pertenece además á la de las enfermedades en cuyo

curso se observa, sin que haya necesidad de insistir sobre este punto acerca ese fenómeno secundario de las grandes enfermedades generales.

En gran número de individuos cuya salud es excelente, la secreción sudorífica es ordinariamente excesiva y molesta sin que sea posible descubrir ninguna causa precisa y definida de esta exageración sudoral. Únicamente vamos á ocuparnos, pues, de esas hiperhidrosis primitivas y esenciales.

La secreción del sudor despierta en algunas regiones del cuerpo y en estado normal un olor muy fuerte, tal es el que se percibe en el ano, órganos genitales y axilas. No es raro tampoco que en el curso de las enfermedades generales presente el sudor un olor especial, como, por ejemplo, en la fiebre tifoidea, fiebres eruptivas, etc.; nos parece, sin embargo, una exageración pretender, como algunos médicos sostienen, que el olor sea en cada enfermedad tan especial y característico que él solo baste para hacer el diagnóstico. En los enfermos afectados de hiperhidrosis esencial, es frecuente ver unidas la fetidez con la abundancia del sudor, diciéndose, en estos casos, que hay *bromhidrosis* al mismo tiempo que hiperhidrosis. La fetidez del sudor parece resultar de su fácil alterabilidad, así como de la maceración de la epidermis en los líquidos segregados con exceso. La historia de la bromhidrosis se encuentra por este hecho íntimamente ligada con la de la hiperhidrosis, de suerte que los tratamientos que convienen á la una resultan también propios para la otra, por lo que las incluiremos en un mismo capítulo.

Las hiperhidrosis pueden ser generales ó locales. Las hiperhidrosis localizadas (efidrosis) pueden sobrevenir bajo la influencia de una afección ya clasificada del sistema nervioso en el territorio de un nervio enfermo ó en toda una mitad del cuerpo (siringomielia).

La hiperhidrosis se observa casi siempre en los individuos polisártricos y artríticos, presentando entonces sus sitios de predilección como son: la cara, cuero cabelludo, axila, ingle, pies, manos; en los pies sobre todo, la hiperhidrosis suele despedir *olor fétido* (bromhidrosis, osmhidrosis).

B. — TRATAMIENTO

1.º En general, el *tratamiento interno* da escasos resultados para aliviar y menos todavía para curar los sudores locales. A lo más ha podido obtenerse alguna mejoría, aunque pasajera, empleando el *cocimiento de quina*, el *tanino*, los preparados de *acónito*, el polvo de *agárico blanco*, á la dosis de 30 centigramos á 2 y 3 gramos, la *agaricina*, el *sulfato*

de *atropina*, á la dosis de medio á 2 miligramos, la *ergotina*, la *estricnina*, el *fosfato de cal*, el *cornezuelo de centeno*, el *nitrate de pilocarpina* á pequeñas dosis, el *arseniato de sosa*, etc.

Convendrá tener también muy en cuenta la constitución general del enfermo, pues las prescripciones varían según los individuos; así á los nerviosos se les prescribirán *bromuros* y *valerianatos*; á los reumáticos y gotosos, *alcalinos* y *yoduros*; á los obesos ó bebedores, *régimen seco*; á los anémicos, *hierro*, *quina*, *fosfato de cal*, etc., á los escrofulosos, *aceite de hígado de bacalao*; la *hidroterapia* convendrá á la inmensa mayoría de los enfermos, habiendo producido también la *fara-dización* algunas veces buenos resultados.

2.º Las regiones afectas serán objeto de los cuidados de limpieza más excepcionales; se lavarán varias veces al día con soluciones ligeramente antisépticas, aromáticas ó astringentes, *agua bórica* al 3 por 100, *fenosalol* al 2 por 1000, cocimiento de *hojas de nogal*, de *rosas de Provins* ó *rosas rojas*, de *corteza de encina* (15 á 20 gramos por 500), solución de *borato de sosa* ó de *alumbre* al 20 por 100, *agua avinagrada*, *agua blanca*, *cloral* al 1 por 100, *clorato de potasa*, *sublimado* al 1 por 1000 ó solución de *permanganato potásico* al 1 por 100 ó por 200 ó la solución alcohólica siguiente de *tanino*:

Tanino.	1 gramo
Alcohol.	{ aa. . 125 —
Agua.	

Disuélvase.

También podrán emplearse los *jabones de brea*, *naftol*, *ácido salicílico*, *ácido fénico*, *borato de sosa* ó *azufre*.

Serán muy buenos coadyuvantes las *fricciones secas* con un guante de crin ó con una franela empapada de *agua de Colonia*, de *espliego*, ó *alcohol alcanforado*.

El *licor antihidrorreico* inglés se compone de:

Butirato de sosa.	100 partes
Acetato de sosa.	100 —
Alcohol de 90º.	100 —
Ácido sulfúrico concentrado.	280 —

Mézclese, destílese, hágase pasar una corriente de cloro y póngase todo en:

Ácido clorhídrico.	2,760 partes
Alcohol.	120 —
Glicerina.	120 —

M. s. a.

Colórese la mezcla con tornasol.

Para los individuos de piel delicada será necesario diluir la composición antes de proceder á las lociones.

Los partidarios de las fórmulas complicadas, podrán adoptar la que recomienda Tschappe:

Sulfato de zinc.. . . .	aa. . . .	450 gramos
Sulfato de hierro.		
Sulfato de cobre.		150 —
Naftol.		1 gr. 50
Esencia de tomillo.		3 gr. 50
Ácido hipofosforoso.		7 gr. 50
Agua destilada.		2,500 gramos

M. s. a.

Se prescribirá en lociones mañana y tarde.

Las partes enfermas, sobre todo las flexuras húmedas, se espolvorearán abundantemente, empleando con preferencia los *polvos minerales* que tienen la ventaja de no fermentar.

Los polvos más usados son los de *almidón, arroz, creta, óxido de zinc, talco, licopodio, magnesia, carbonato de plomo*, los cuales darán mejores resultados si se les añaden los polvos de *ácido salicílico* (1 á 2 por 100), *salicilato de bismuto* (5 á 10 por 100), *salicilato de sosa* á la misma proporción, *naftol* (2 á 5 por 100), que se podrán combinar, por ejemplo, en las siguientes proporciones:

Acido salicílico.	3 partes
Almidón.	10 —
Talco pulverizado.	87 —

M. s. a.

ó

Alumbre pulverizado.	45 partes
Acido salicílico.	5 —

M. s. a.

El polvo medicamentoso deberá introducirse con el mayor cuidado en los espacios interdigitales y en los distintos pliegues de la piel.

Tenneson recomienda las siguientes mezclas:

Coaltar.	5 gramos
Yeso.	300 —

M. s. a.

ó

Flor de azufre.	50 gramos
Carbón vegetal.	100 —
Talco.	200 —

M. s. a.

ó

Salicilato de bismuto.	30 gramos
Talco.	300 —

M. s. a.

3.º Las hiperhidrosis de determinadas regiones implican el cumplimiento de indicaciones especiales.

A.—La *hiperhidrosis del cuero cabelludo* va frecuentemente seguida de alopecia.

Si se trata de un hombre, se mantendrán cortos los cabellos, enjabonándolos todas las mañanas con agua caliente y *jabón de panamá* ó de *brea*, ó mejor con *jabón blando de potasa*, después de lo que se practicará una loción con un cepillo ó brocha suave impregnado de la siguiente solución:

Alcoholado de Fioraventi.	} aa.	50 gramos
Alcohol de romero.		
Naftol β.		
		0 gr. 25 á 1 —

M. s. a.

Todos los alcoholados aromáticos pueden también emplearse en estos casos, y Besnier aconseja que se añadan pequeñas cantidades de naftol β, 0 gr. 25 á 1 por 100.

Por la noche se espolvoreará la cabeza con uno de los polvos anteriormente indicados.

En la mujer es mucho más difícil aplicar el tratamiento por la necesidad de conservar la cabellera. El espolvoreo, pues, no deberá hacerse sino la vigilia de los días en que será posible practicar un buen lavado del cuero cabelludo, haciendo desaparecer las huellas de un espolvoreo que no entra en nuestras costumbres corrientes.

B. — En las *axilas* se procurará que las escotaduras de los vestidos sean anchas, siendo de aconsejar también generalmente que se supriman las sobaqueras impermeables de caucho ó gutapercha.

Tenneson sostiene, sin embargo, que el uso de sobaqueras de tela de caucho es indispensable en las mujeres afectas de hiperhidrosis axilar; sólo que han de conservarse muy limpias y cambiarse con frecuencia.

Nuestro sabio colega opina que si fuera posible realizar la oclusión completa de la axila con el caucho, la hiperhidrosis quedaría por este solo hecho suprimida.

Mañana y tarde, después de haber practicado el lavado y enjabonamiento de la región, se podrá espolvorear con la mezcla siguiente recomendada por Besnier:

Polvo de almidón.	} aa.	100 gramos
Ácido bórico.		
Salicilato de bismuto.		
Polvo de lirio.		
		2 á 10 —

M. s. a.

C. — La hiperhidrosis de las *manos* ó de los *pies* constituye una contraindicación para usar guantes de lana ó forrados, medias ó calcetines de lana, botas de charol, en una palabra, todos los vestidos que pueden favorecer el exceso de secreción, impedir la evaporación del sudor que se produce en abundancia, así como irritar la piel por su contacto.

El enfermo habrá de tomar con frecuencia *baños* locales astringentes, baños de pies y manos con *sal marina*, *vinagre aromático*, *ácido bórico*, *tanino*, *cocimiento de hojas de nogul*, etc., haciéndose también lociones astringentes y antisépticas con soluciones de una intensidad proporcionada á la tolerancia de la piel, soluciones de *tanino*, *alumbre*, *borato de sosa*, *vinagre*, *cloral*, *permanganato de potasa*, *sublimado*, *naftol*, *ictiol*, *amoníaco*, *ácido acético*, *ácido tartárico*.

Kaposi recomienda la siguiente loción:

Naftol β .	10 gramos
Alcohol.	175 —
Agua de Colonia.	25 —

M. s. a.

Por la noche, el enfermo se espolvoreará las regiones enfermas, pudiendo llevar guantes ó calcetines de hilo muy fino para mantener la aplicación de los polvos.

Durante el día será conveniente espolvorear también los calcetines. Brocq recomienda las mezclas siguientes:

Talco.	40 gramos
Subnitrato de bismuto.	45 —
Permanganato de potasa.	3 —
Salicilato de sosa.	2 —

M. s. a.

ó

Polvo de arroz.	60 gramos
Talco.	5 —
Subnitrato de bismuto.	25 —
Permanganato de potasa.	10 —

M. s. a.

En los casos intensos, se recurrirá á las soluciones fuertemente astringentes, como por ejemplo:

Agua.	200 gramos
Bicromato de potasa.	30 —
Esencia de espliego.	2 —

Disuélvase.

ó

Óxido rojo de plomo.	1 gramo
Subacetato de plomo líquido.	20 —

M. s. a.

Repítase el pincelamiento cada cuatro ó cinco días.

El *percloruro de hierro* se ha empleado puro ó en la forma siguiente:

Glicerina.	10 gramos
Percloruro de hierro líquido.	30 —
Esencia de bergamota.	XX gotas

M. s. a.

La *tintura de belladona* puede asociarse con el agua de Colonia:

Agua de Colonia.	125 gramos
Tintura de belladona.	15 —

M. s. a.

Cierto número de pomadas han sido preconizadas como capaces de producir muy buenos resultados.

Unna recomienda la pomada á base de *ictiol*:

Ictiol.	25 gramos
Agua.	15 —
Lanolina.	25 —

M. s. a.

La fórmula de la pomada que generalmente se empleaba en el ejército prusiano es la siguiente:

Ácido salicílico.	1 gramo
Grasa de carnero.	50 —

M. s. a.

ó

Ictiol.	5 partes
Trementina.	5 —
Pomada á base de óxido de zinc.	20 —

M. s. a.

Wilson emplea la pomada á base de *brea* y *azufre*:

Pomada de brea vegetal.	} aa. partes iguales
Ungüento sulfuroso.	

M. s. a.

Hebra y Kaposi recomiendan el siguiente tratamiento, que según ellos produce los resultados más satisfactorios: se lavarán y secarán con cuidado los pies, envolviéndolos después con un trozo de tela, que se cubrirá con una gruesa capa del ungüento llamado *ungüento diaquilón de Hebra*:

Litargirio.	100 gramos
Aceite de olivas.	400 —

Calientese á fuego suave, añadiendo poco á poco agua de la fuente para hacer un ungüento de alguna consistencia, y después se añadirá:

Aceite de espliego.	10 gramos
-----------------------------	-----------

M. s. a.

Entre los dedos y pliegues subdigitales se colocarán hilas ó torundas de algodón hidrófilo untados con el mismo ungüento.

El enfermo podrá, durante el día, dedicarse á sus habituales tareas, pero con la condición de llevar medias y botas nuevas; es preferible, no obstante, si es que puede hacerlo, que guarde cama mientras dure el tratamiento.

La cura se renovará cada veinticuatro horas; la capa de pomada aplicada la vigilia se quitará, antes de proceder á la nueva cura, por medio de una fricción hecha en seco y no por un lavado.

El tratamiento dura de diez á quince días. Entonces basta que se espolvoreen los pies con un polvo astringente y antiséptico, continuando siempre sin emplear las lociones. Pasados algunos días, la epidermis se desprende en forma de fragmentos gruesos, amarillentos, de aspecto apergaminado: la piel aparece cubierta de una epidermis delgada y blanquizca; entonces comenzaremos únicamente de nuevo á lavar los pies. Si la curación ó la mejoría suficiente no se han conseguido todavía, será conveniente comenzar en seguida otra vez el tratamiento en todas sus partes.

Unna concede gran importancia al estado de la circulación periférica; á los individuos que de ordinario tienen las manos y los pies fríos, les prescribe *pediluvios* calientes con sustancias excitantes, como el *alcohol alcanforado*, la *mostaza* y el *vinagre*.

Por la mañana se friccionarán los pies con *agua helada* espolvoreando las medias con una mezcla de polvo de almidón y de mostaza.

También el profesor de Hamburgo recomienda como muy activas y que determinan el estrechamiento de los poros de la piel, las preparaciones de *ictiol*, soluciones alcohólicas, pomadas, jabones y las fricciones con la siguiente pomada:

Ictiol.	} aa. . .	5 partes
Trementina.		
Pomada á base de óxido de zinc.		20 —

M. s. a.

Para los enfermos cuya circulación periférica es activa y que tienen los pies y las manos calientes, Unna prescribe cada tarde baños tibios simples, practicando después unciones con:

Ictiol.	} aa. . .	50 gramos
Agua.		
Lanolina.		20 —

M. s. a.

Por la mañana, se lavan los pies con agua templada y jabón muy graso de ictiol, después se seca dejando un poco de espuma. Los baños alcalinos tendrían el inconveniente de reblandecer demasiado la epidermis. Unna rechaza el empleo del tanino.

Stewart lava las partes enfermas con agua caliente, las humedece durante algunos minutos con una solución de *permanganato de potasa*, secándolas después con cuidado y cubriéndolas con vendas de *emplasto de cerusa* exactamente aplicadas; esta cura deberá renovarse cada doce horas por espacio de quince días.

Los tratamientos se regularán al tenor de la intensidad y de la resistencia de los accidentes, comenzando por las lociones, enjabonaduras y baños astringentes y ligeramente antisépticos; se espolvorearán también las partes enfermas, empleando preferentemente los polvos minerales; si es necesario, se hará lo mismo con los vestidos; solamente cuando la afección resista á estos tratamientos más sencillos será ocasión de atacar la epidermis de los enfermos por los medios violentos.

III

Sudamina. — Miliar

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

A consecuencia de algunas hiperhidrosis, una mayor ó menor extensión de la superficie del cuerpo puede cubrirse de vesículas muy pequeñas, transparentes y llenas de un líquido claro como el agua de roca; la piel sobre que asientan estas vesículas conserva su coloración normal: llámase *sudamina*. Otras veces, las pequeñas vesículas descansan sobre una base congestionada y están rodeadas de una aureola roja, produciéndose entonces las erupciones llamadas *miliares*. Estas erupciones ocupan de preferencia el abdomen, pecho, partes laterales del tronco, cuello y brazos; en algunos días se consigue su reparación.

B. — TRATAMIENTO

Éstas, pues, no son afecciones graves y los tratamientos que se emplean contra ellas tienen por fin principal evitar algunas sensaciones mo-

lestras, escozor y comezón, que pueden acompañar á su aparición, así como también prevenir la escoriación y la inflamación secundaria. Las partes del cuerpo que están afectas se espolvorearán con los *polvos* inertes, como *talco*, *óxido de zinc*, *magnesia*, *carbonato de bismuto*, *almidón*, *polvo de arroz*, *licopodio*. Cuando la miliar va acompañada de una congestión viva de la piel, se recurrirá á las aplicaciones emolientes de *coccimiento de ratz de malvavisco*, de *manzanilla*, *agua almidonada* y á los *baños emolientes*, empleando después alguno de los polvos inertes precedentemente indicados.

IV

Dishidrosis

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Considerada generalmente la dishidrosis como dependiente de una perturbación del funcionalismo de las glándulas sudoríparas, de ordinario se localiza en las manos y pies, pudiendo también afectarse la cara y el cuello.

En el punto en que la erupción debe producirse se experimenta una comezón y un hormigueo muy intensos. Bien pronto la erupción se manifiesta al exterior en forma de granulaciones globulosas profundamente engastadas en el dermis ó en vesículas llenas de un líquido de perfecta transparencia; estas vesículas son aisladas ó confluentes, y pueden llegar á formar extensos desprendimientos epidérmicos. La terminación se verifica ordinariamente por una descamación formada de escamas redondeadas que corresponden á las vesículas. En la palma de las manos, así como en la planta de los pies, pueden desprenderse grandes trozos de epidermis.

Un brote de dishidrosis por sí solo no constituye una afección grave, siendo como es un accidente agudo destinado á desaparecer espontáneamente en algunos días. La enfermedad es sobre todo molesta por sus repeticiones.

Las condiciones que favorecen la producción de la dishidrosis son las mismas que favorecen también la producción del sudor, así por ejemplo, las estaciones calurosas, las profesiones que provocan el sudor; los individuos dishidróxicos son muchas veces manifestamente linfáticos ó artríticos.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento de esta afección consistirá en atenuar los inconvenientes ó molestias de los brotes dishidrósicos por medio de aplicaciones emolientes, compresas de tarlatana empapadas en *agua almidonada*, *cocimiento de malvavisco*, de *saúco*, *baños de salvado* ó de *almidón* y *baños alcalinos*. Una vez mitigados los fenómenos agudos, se espolvorearán las partes enfermas con *polvos de talco*, de *óxido de zinc*, etc.

A fin de evitar el retorno de las crisis morbosas, se atacarán por medio de un tratamiento general el linfatismo, el artritisismo, aconsejándose también las medicaciones capaces de hacer disminuir los sudores; tales son: la *atropina*, *quina*, preparaciones de *cornezuelo de centeno*, etc., y la *hidroterapia*. Se han visto casos en que los enfermos obtenían buenos resultados de los baños astringentes locales ó generales.

V

Cromhidrosis

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Las cromhidrosis se caracterizan por la eliminación de sudores colorados, entre los que ocupan el primer lugar, por su frecuencia, los *sudores azules*. Estos sudores se observan principalmente en los individuos nerviosos y en los histéricos, debiendo desconfiar siempre de una simulación más ó menos ingeniosa: á pesar de esto, es preciso reconocer que un cierto número de casos parece que no pueden atribuirse á la superchería, sino que dependen de un trastorno real y natural de la secreción del sudor; en este número nos parece que debemos colocar el caso de una joven, obligada á permanecer en cama por el reumatismo, en la que pudimos observar durante algunos días la producción de un sudor azul en el cuello, sin que nunca pudiese descubrirse ninguna causa exterior de la coloración del líquido. No existe, propiamente hablando, tratamiento especial de la cromhidrosis; lo primero que hay que hacer es asegurarse

de que no se trata de una superchería, y una vez hecho esto se podrá recurrir al tratamiento benigno de la hiperhidrosis.

Los sudores rojos, la *erithridrosis* merece un lugar aparte; se observa principalmente en la región axilar de los hiperhidróticos y en los individuos de pelos rojos ó muy rubios, acompañándose de prurito más ó menos vivo. Suspendidos entre los pelos se encuentran granos colorados que les dan un aspecto moniliforme: el microscopio revela la presencia del eritromicrococos. Con alguna atención es fácil distinguir esta eritrodermia primitiva de las eritrodermias secundarias debidas á la coloración accidental del sudor por el tinte de las ropas, que se altera á su contacto.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento paliativo se reduce á los *baños y lociones alcalinas*, así como también á las aplicaciones de polvo de *talco* ó de *óxido de zinc*; el tratamiento curativo consistirá en lociones parasiticidas con una solución de *sublimado*; después de lavar la región con una solución alcalina se peinarán los pelos con sumo cuidado, empleando un peine bien fino; teniendo el eritromicrococos una gran resistencia á los medios de destrucción, como lo han demostrado Balzer y Barthélémy, el tratamiento deberá practicarse con toda exactitud y perseverancia.

La *hematidrosis* ó sudor de sangre, perfectamente estudiada por Parrot, pertenece, más bien que al dominio de la dermatología, á la serie de los accidentes nerviosos.

VI

Hidrocistomas

Con el nombre de hidrocistomas, Robinson ha descrito pequeñas dilataciones quísticas de las glándulas sudoríparas, las que se observan en la cara, sobre todo en la parte anterior de la frente y alrededor de los ojos y de la nariz. Las dilataciones afectan la forma de pequeños nódulos transparentes, de contenido líquido y cetrino, incluidos en el espesor del tegumento ó formando en su superficie una ligera prominencia; su volumen varía desde el tamaño de una cabeza de alfiler hasta el de un guisante y su número es siempre bastante considerable. Estos pequeños tumores se exageran durante el verano bajo la acción del sol, se borran y desapare-

cen durante el invierno para aumentar otra vez de volumen en la primavera.

Esta afección no exige ninguna intervención enérgica; basta con poner á los enfermos, en la medida de lo posible, al abrigo de las causas susceptibles de exagerar la transpiración de la cara. En el caso de que los enfermos reclamaran una curación rápida, se podrán abrir los pequeños quistes y proceder á su destrucción, tocándolos con el lápiz de *nitrate de plata* ó aplicando una *punta galvanocústica*.

CAPÍTULO XIX

TRATAMIENTO DE LAS ALOPECIAS

POR

L. BROCC

Y

R. SABOURAUD

Médico del hospital Broca-Pascal

Jefe del laboratorio del hospital
Saint-Louis

I

ALOPECIAS EN GENERAL Y SEBORREAS

POR

L. BROCC

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

En el lenguaje empleado hoy día en dermatología, la palabra *alopecia* significa la caída total ó parcial de los cabellos ó de los pelos, sea cual fuere su causa y localización. La palabra *calvicie* designa un hecho consumado, una lesión ya constituída, esto es, una ausencia más ó menos completa y *definitiva* de los cabellos (Bazin).

La alopecia no es, por tanto, una enfermedad sino un síntoma, que puede observarse en las afecciones más diversas por su etiología, pronóstico y tratamiento. Las dermatosis que van acompañadas de alopecia no constituyen en modo alguno un grupo natural, y sólo para mayor comodidad del práctico se las ha reunido en un mismo capítulo.

Es necesario, sin embargo, que procuremos agrupar estas enferme-

dades con cierto orden, con objeto de facilitar la tarea de los que consulten este capítulo. Para ello tomaremos por guía la etiología, pues cuando se quiere curar una afección, conviene ante todo esforzarse en llegar á la causa primera y combatirla en la medida de lo posible.

Desde el punto de vista de su patogenia, las alopecias pueden dividirse en dos grupos principales:

I. — *Las alopecias que dependen de un estado fisiológico ó de un estado morbo general agudo ó crónico.*

II. — *Las alopecias que dependen de una enfermedad local del cuero cabelludo.*

I. El primer grupo se subdivide en otros dos grupos secundarios:

1.º *Las alopecias naturales fisiológicas*, que comprenden: A. — *La alopecia congénita* y sus diversas variedades; B. — *La alopecia senil*; C. — *La alopecia prematura* sin lesión aparente del cuero cabelludo, la que puede ser simplemente hereditaria, pero que casi siempre depende también de una ó de varias de las causas generales, ya constitucionales, ya higiénicas que vamos á enumerar.

2.º *Las alopecias patológicas dependientes de un estado patológico general*: A. — *Aguda*; B. — *Crónica*.

A. — ALOPECIAS DE LOS ESTADOS MORBOSOS GENERALES AGUDOS

La alopecia puede producirse con rapidez en el curso, pero sobre todo durante la convalecencia de ciertos estados morbosos generales agudos, tales como las fiebres eruptivas, la escarlatina y los eritemas escarlatiniformes, la viruela, que también puede causarla por las lesiones pustulosas locales del cuero cabelludo, y las demás grandes pirexias, entre las que debe mencionarse en primer lugar la fiebre tifoidea. Hay que incluir igualmente en este grupo la alopecia del parto, y quizás también, aunque la teoría de la naturaleza microbiana de todas las peladas parece en la actualidad prevalecer, ciertas peladas decalvantes de evolución rápida que podrían estar en relación con una modificación todavía mal conocida del sistema nervioso.

B. — ALOPECIAS DE LOS ESTADOS MORBOSOS CRÓNICOS

La alopecia sigue de ordinario una marcha un poco más lenta, y muchas veces completamente crónica, cuando depende de una de las siguientes causas:

1.º *De la mala higiene de los cabellos*, especialmente del uso de los sombreros pesados, estrechos, mal aireados, que aprietan el cráneo, y también de cosméticos perjudiciales y de formas de peinados en los que no se tiene para nada en cuenta la dirección normal de los cabellos, etc.

2.º *De la mala higiene general* que determina una debilitación de todo el organismo, esto es, las vigiliass, trabajos intelectuales prolongados, inquietudes, disgustos, excesos de todo género, en especial los venéreos, alimentación defectuosa;

3.º *De la mala constitución, hereditaria ó adquirida*, ya artrítica (sentido en que toma Bazinien la frase), ya estrumosa;

4.º *De afecciones generales debilitantes* tales como las intoxicaciones crónicas (mercurialismo, etc.), anemia, clorosis, diabetes, tisis, cáncer, sífilis y lepra, que obran, ya de una manera general sin que se observen á simple vista lesiones en el cuero cabelludo, ya por el intermedio de lesiones directas del cuero cabelludo y del pelo. Así es cómo la sífilis puede provocar en el período secundario una alopecia clarificante durante la cual, en la gran mayoría de los casos, no se presentan alteraciones macroscópicas notables perceptibles á simple vista (véase más adelante), mientras que, por otra parte, á consecuencia de lesiones profundas (tubérculos, gomas ulcerados, etc.) puede determinar alopecias circunscritas cicatriciales incurables.

La mayor parte de estos grandes procesos morbosos producen alopecias cuya intensidad no puede explicarse solamente por el estado local del cuero cabelludo, esto es, que existe una desproporción evidente entre las alteraciones locales que se observan y la rapidez de la caída de los cabellos.

No es menos cierto también que, en muchos casos, se encuentran en el cuero cabelludo la pitiriasis capitis, costras grasas del cuero cabelludo ó la seborrea fluente, lesiones todas que han de tenerse en cuenta para el tratamiento. Así pues, en los capítulos de las alopecias consecutivas á las grandes pirexias y á los estados generales graves indicaremos sólo el tratamiento que debe seguirse en los casos teóricamente puros, pero el médico ha de estar prevenido de que muchas veces será necesario instituir al mismo tiempo, en estos enfermos, la medicación local de las diversas seborreas.

C. — ALOPECIAS QUE DEPENDEN DE UNA ENFERMEDAD LOCAL
DEL CUERO CABELLUDO

Las alopecias de esta clase son muy numerosas. Teóricamente cabría distinguir dos grandes variedades, una formada por las alopecias debidas á la evolución en el cuero cabelludo de un parásito conocido, y otra por aquellas en que no se conoce parásito ó microbio patógeno. Desgraciadamente, sin embargo, dado el estado actual de la ciencia, no es posible todavía fundar una clasificación sobre esas nociones etiológicas tan naturales y lógicas. ¿Dónde colocar el lupus eritematoso? ¿El eczema seborreico típico no es acaso también muy probablemente, por no decir con seguridad, una afección parasitaria? Todas estas importantes cuestiones están todavía por resolver. Así pues, nos limitaremos al presente, como hicimos en nuestra obra acerca el tratamiento de las enfermedades de la piel, á dividir las dermatosis que pueden provocar la alopecia en dos grupos bastante mal definidos, pero no menos prácticos para el estudio:

1.^{er} grupo. — Afecciones cutáneas en las cuales la alopecia no es más que un epifenómeno ó uno de los síntomas de la enfermedad

Entre ellas, mencionaremos principalmente la erisipela, el eczema, en especial el eczema seborreico, la psoriasis, líquenes, herpétides malignas exfoliativas (erupciones generalizadas rojas y descamativas consecutivas á los eczemas, psoriasis, pénfigos y líquenes), eritema descamativo escarlatiniforme, dermatitis exfoliativa generalizada, pitiriasis rubra, pénfigo foliáceo, impétigo, forúnculos, á cuyo alrededor se producen á veces alopecias en áreas tan extrañas que simulan la pelada hasta el punto de motivar la confusión y ser causa constante de error en el diagnóstico, el acné, especialmente el acné atrófico ó ulceroso, erupciones llamadas sicósicas, queratosis pilosa, que es una afección esencialmente decalyante, lupus vulgar, lupus eritematoso y las mórfeas ó vitíligos. Es evidente que no debemos ocuparnos en este capítulo en el tratamiento de estas alopecias, el cual se encontrará respectivamente en los capítulos en que se expone la terapéutica de cada una de las dermatosis originarias de la alopecia.

2.º grupo. — Afecciones cutáneas en las que la alopecia constituye el principal síntoma de la enfermedad

Estas son mucho más importantes, formando cinco grupos: 1.º el grupo antiguo de las seborreas; 2.º las foliculitis atrofiantes ó destructoras del folículo piloso; 3.º la pelada; 4.º las tricofitias; y 5.º el favus.

Por esta rápida ojeada sobre la totalidad del grupo inmenso de las alopecias, se comprende que, para hacer un estudio verdaderamente fructífero de su tratamiento sin perderse en detalles de muy escasa importancia, bastará hacer primero breves indicaciones acerca la alopecia congénita, la senil, la prematura, las alopecias rápidas consecutivas á las grandes pirexias y á las enfermedades crónicas debilitantes, la alopecia sifilítica, y estudiar después con detención las alopecias seborreicas, las alopecias consecutivas á las foliculitis depilantes y la pelada. En el capítulo consagrado á las *Tiñas* se encontrará el tratamiento de las tricofitias y del favus.

Creemos de utilidad exponer ante todo las reglas generales de la higiene del cabello.

II

Higiene del cabello

Triste es confesar que esta materia, por más interesante que sea en realidad, ha sido muy descuidada hasta el presente, y si se consultan por otra parte los pocos autores que se han ocupado de la misma, se ve que sostienen las opiniones más contradictorias.

He aquí los principios que á nuestro entender deben sentarse, deduciendo de los mismos las reglas generales de higiene del cabello que nosotros adoptaremos.

A. — Desde luego la experiencia enseña que cuando los cabellos son demasiado secos tienden á hacerse quebradizos, frágiles y á esclarecerse, y si son demasiado grasos ó para hablar con más propiedad, cuando el cuero cabelludo está afecto de seborrea aceitosa, tienen una tendencia muy marcada á caerse. Los cabellos normales y vivaces no son, pues, ni demasiado secos ni demasiado grasos.

La experiencia ha demostrado asimismo que cuando se quiere activar el desarrollo del sistema piloso de una *región normal*, es necesario untarla repetidas veces con sustancias grasas, friccionarla con sustancias irritantes, aplicar vejigatorios, rasurarla frecuentemente y depilar el vello que la cubre: á fuerza de arrancarlos se llega muchas veces, sobre todo en ciertas regiones de elección, como la cara, á transformar en pelo voluminoso y vigoroso el imperceptible vello.

Por último, parece corroborar también la experiencia, que los cabellos se conservan más en los que tienen la costumbre de ir con la cabeza descubierta que en los que la llevan constantemente cubierta por cascos ó sombreros pesados.

Basándonos en estos datos poco susceptibles de discusión, ó así nos lo parece por lo menos, pasaremos ahora á exponer cómo debe cuidarse, á nuestro entender, una cabellera indemne de toda afección.

B. — *Cuidados de limpieza*. — El cuero cabelludo debe estar limpio. Este axioma es tanto menos discutible al presente cuanto sabemos en la actualidad que buen número de dermatosis de esta región del cuerpo reconocen por causa principal los parásitos. Es menester, pues, ante todo impedir que se infecte, y limpiarlo cuantas veces sea necesario, aunque sin exceso, como veremos más adelante.

El cuero cabelludo presenta, en muchos individuos, una tendencia general á engrasarse. Constantemente van depositándose en su superficie productos de secreción debidos á la transpiración, muy abundante á veces en esta región, á la secreción de las glándulas sebáceas y á la descamación de la epidermis. Además, el polvo del exterior viene á menudo á ensuciarlo, y en ciertos gremios de artesanos los obreros habrían de lavarse la cabeza diariamente.

1.º *En el recién nacido*, se produce en el *vértex* una acumulación de costras blandas y adherentes formadas de sebo mezclado con mayor ó menor cantidad de escamas epidérmicas y polvo. Es indispensable quitar cuantas veces sea necesario esta capa, pues en algunos individuos predispuestos podría ser el punto de partida de un eczema seborreico. Para esto conviene no emplear jabones irritantes ni enérgicas fricciones; si las costras son muy gruesas, se las reblandece antes con *aceite de almendras dulces*, *aceite de oliva* ó de *ricino perfumado*, *coldcream*, *cerato fresco* ó *vaselina*; la sustancia grasa empleada se podrá también dejarla en contacto con el cuero cabelludo durante varias horas, cubriéndola con un tejido impermeable. Cuando la capa sebácea se ha hecho menos adherente, se lavará la cabeza del niño con agua caliente y jabón de buena calidad, ó bien con *cocimiento de saponaria* ó cocimiento de

madera de Panamá, ó también con una *yema de huevo* batida en un poco de agua de salvado caliente. Después de un primer lavado completo, basta casi siempre, en algunos individuos, pasar de vez en cuando por el cuero cabelludo, todas las mañanas, *algodón hidrófilo salicilado* empapado de cocimiento tibio de *madera de Panamá* ó de agua pura ligeramente jabonosa. En algunos casos, puede convenir cada ocho ó quince días practicar un nuevo lavado de la región, pero es preciso no abusar de los mismos.

2.º *En los adultos*, está igualmente indicado proceder á limpiar el cuero cabelludo cuantas veces sea necesario. Sin embargo, en tanto sea posible es menester no repetirlo sino cada dos, tres ó cuatro semanas, según las diversas necesidades, á menos que se esté muy expuesto al polvo, en cuyo caso se podrá practicar cada ocho días aproximadamente. Nunca se protestará bastante contra la costumbre de lavarse diariamente con mucha agua, pues las más de las veces no se seca después con bastante cuidado, ni se tiene la precaución de restituir á los cabellos, después del lavado, la materia grasa que se les ha quitado y les conviene naturalmente para su conservación: en este caso, los cabellos acaban también por ponerse secos y quebradizos.

Para limpiar el cuero cabelludo del adulto, se pueden emplear las mismas substancias que se utilizan para el niño y son las que nosotros preferimos; sin embargo, se pueden utilizar también otros jabones, especialmente el *jabón blando de potasa*, cuando se tienen naturalmente los cabellos demasiado grasos, los *jabones medicinales de Panamá, brea, brea y Panamá, bórax, brea boratada, azufre, naftol, ictiol, resorcina, solveol, ácido salicílico*, etc. En los párrafos siguientes expon-dremos cuáles son las indicaciones más especiales de cada uno de estos productos. Cuando el cuero cabelludo es muy irritable, es necesario limitarse á emplear un cocimiento débil de *madera de Panamá* ó una solución de *bórax*. Jackson recomienda en este caso una mezcla de tres yemas de huevo batidas en 500 gramos de *agua de cal*. El lavado se hace, bien con los dedos previamente asépticos, bien con una brocha algo dura y cuidadosamente lavada, lo que es más cómodo, ya con torundas de algodón hidrófilo, que se renuevan á cada momento, lo que es muchísimo más limpio: se frota el cuero cabelludo con la fuerza suficiente para que se desprendan todas las impurezas, teniendo cuidado, sin embargo, de no torcer los cabellos, ni de tirar con demasiada violencia de sus raíces. Para esto es preferible servirse de agua caliente ó bien calentar las soluciones que se empleen. Cuando la cabeza está bien cubierta de espuma y el cuero cabelludo ha sido suficientemente enjabonado, se lava

con abundancia de agua para quitar las grasas y las substancias utilizadas. El agua en este caso también es mejor que sea caliente, aunque algunos autores aconsejan que se alterne el agua caliente con la fría. Acto seguido se secarán con mucho cuidado los cabellos y el cuero cabelludo, cubriéndolos con toallas calientes y friccionándolos ligeramente.

Terminada esta operación, será conveniente colocar sobre el cuero cabelludo y los cabellos una pequeña cantidad de *aceite de almendras dulces* ó de *aceite de ricino* aromatizado con un poco de esencia de bergamota ó de *weintergreen* para restituirles la capa grasosa que les es natural y se ha quitado mecánicamente con el jabón; es preciso, no obstante, no exagerar la cantidad, pues vendría á caerse en el extremo opuesto, y, como ya hemos indicado anteriormente, los cabellos no han de ser ni demasiado secos ni demasiado grasos.

C.—*Peines y cepillos*.—Los objetos que se emplean para los cuidados cotidianos del cabello son los peines y los cepillos. El peine no se hace indispensable para la totalidad de los niños, pues hemos ya indicado de qué manera se debe limpiarles la cabeza; aparte de los lavados, es suficiente cepillarles el cuero cabelludo por la mañana con un cepillo suave sin llegar á enrojecerlo ni irritarlo. A medida que van creciendo, se emplea un cepillo cada vez más consistente, pero sin llegar nunca á excitar los tegumentos.

Una vez constituída la cabellera en el niño, podrá utilizarse el peine del mismo modo que en el adulto; este instrumento se hace indispensable para desenredar los cabellos, darles su dirección acostumbrada y airearlos. Se empleará sobre todo el peine de púas separadas que se denomina escarpidor; las púas no han de ser demasiado agudas, pues entonces son irritantes y dolorosas para el cuero cabelludo, ni presentar la menor desigualdad ó aspereza, porque podrían cortar y arrancar los cabellos. Se conservará el peine en perfecto estado de limpieza. El peine fino no se empleará hasta que se hayan pasado los cabellos por el escarpidor. Además, el peine fino, que debe tener las mismas cualidades que el escarpidor, no es muy útil y en manos poco cuidadosas puede ser á veces hasta perjudicial. Con él principalmente se procura limpiar la cabeza y hacer caer toda la caspa, lo que constituye una mala costumbre, pues es mejor servirse para esto de las pomadas, lavados ó cepillos.

El adulto deberá emplear un cepillo duro: los manojos de crin se dispondrán en los cepillos de manera que los del medio sobresalgan algo de los de la periferia y estén separados también, para que puedan penetrar en la masa de los cabellos sin dificultad y sin ejercer fuertes tracciones.

Estos instrumentos para la *toilette* es necesario mantenerlos en perfecto estado de limpieza. Una vez desenredados los cabellos con el batidor se les cepillará siguiendo la dirección que tengan adquirida y con bastante energía para provocar cierta sensación de calor agradable en el cuero cabelludo, pero sin llegar, no obstante, á irritarlo. De esta manera se habrán limpiado los cabellos y hecho caer la mayor parte de la caspa. Por último, y con el objeto de dar lustre al cabello, se puede pasar superficialmente un cepillo suave.

D.—*Manera de llevar los cabellos.*— Los hombres llevan hoy día los cabellos cortos, costumbre que ha sido condenada por muchos autores, que sostienen, con apariencia de razón, que los cabellos constituyen una protección natural del cráneo; que las mujeres, que no se cortan jamás los cabellos, los pierden mucho menos que los hombres, etc. Otros, que aconsejan se lleven los cabellos cortos, pretenden, por el contrario, que el cortarse con bastante frecuencia los cabellos despierta su vitalidad; que teniéndolos cortos se puede limpiar el cuero cabelludo con más facilidad y prevenir las diversas enfermedades contagiosas, tan frecuentes en nuestros días, que se observan en esta región. Algunos autores, como Bazin, opinan que el cortar repetidamente el cabello es malo porque mantiene cierta irritación en el cuero cabelludo; pero por otra parte, es conveniente cortarlos con bastante frecuencia cuando son delgados, mequinos y claros. Esta cuestión es, pues, una de las más controvertidas, siendo bastante difícil en la actualidad formarse una opinión firme sobre la misma. He aquí, no obstante, nuestra línea de conducta:

A nuestro entender es preferible hacer llevar á los niños los cabellos cortos hasta la edad de siete á ocho años; en efecto, de esta manera es más fácil mantener la cabeza en estado de limpieza absoluta. A partir de esta edad, se pueden dejar crecer los cabellos de las niñas; sin embargo, cuando por su condición social es posible que no tengan los cuidados que son del caso, será preferible conservarlos moderadamente largos hasta la pubertad. Muchas mujeres queman la extremidad de sus cabellos ó se los recortan algunos milímetros en cada período de la menstruación; de esta manera creen conservar su cabellera y activar su crecimiento. Es muy difícil afirmar si esta creencia tiene verdadero fundamento; pero nunca tendría graves inconvenientes.

Los niños que asisten á las escuelas, así externos como en concepto de internos, conviene que vayan todos con los cabellos cortos, pues no disponen del tiempo que se necesita emplear en los cuidados minuciosos que supone el llevar los cabellos largos, y por otra parte, las continuas contaminaciones á que se hallan expuestos obligan á ejercer sobre ellos

una activa vigilancia, cosa que es mucho más fácil cuando los cabellos son cortos. Los jóvenes obrarán según tengan por conveniente; pero desde el momento que se vean atacados de una afección cualquiera del cuero cabelludo, deberán cortarse los cabellos tanto como les sea posible, pues los cuidados que habrán de tomar resultarán así mucho más fáciles y les ocuparán poco tiempo.

E.—*Manera de peinarse.*—La forma de peinado adoptada por las mujeres tiene mucha importancia. Es frecuente observar la formación de placas de alopecia en la parte alta de la cabeza, especialmente en el vértex, en los puntos sujetos á presiones ó tracciones exageradas, las más de las veces por las horquillas ó peines con que se fijan los verdaderos cabellos ó los postizos. Un peinado, para que resulte higiénico, ha de ser sencillito, dejar á los cabellos su forma y dirección habituales sin someterlo á tracciones demasiado fuertes. La moda que consiste en dejar á las niñas los cabellos sueltos sobre la espalda es excelente y hasta las mujeres convendrá que de vez en cuando, así que puedan, se los dejen también algún tiempo sueltos. El mejor peinado consiste en trenzarse los cabellos sin apretarlos mucho ni ejercer tracciones sobre ellos, dejando las trenzas sueltas, si se trata de niñas, ó bien replegarlas detrás de la cabeza, sosteniéndolas con horquillas bien lisas de caucho endurecido, de hueso (Jackson), concha ó celuloide. Es perjudicial torcerlos, arrollarlos con papelitos y calentarlos para rizarlos.

Los hombres habrán de seguir los mismos principios. El peinado en forma de cepillo, llamado de Enrique III es detestable, pues modifica la dirección de los cabellos y les quita su natural flexibilidad. El rizarse perjudica tanto á los hombres como á las mujeres.

F.—*Sombreros.*—Para que un sombrero no perjudique debe reunir las siguientes condiciones: permitir la libre circulación del aire por la cabeza, no favorecer la acumulación del aire caliente y el sudor en su superficie, y no comprimir el cráneo impidiendo de este modo la circulación en la parte superior del cuero cabelludo, condiciones todas ellas que, como veremos más adelante, favorecen la producción de la alopecia prematura idiopática y las alopecias seborreicas. La cabeza conviene en lo posible llevarla descubierta y así, siempre y cuando no se corra el peligro de un resfriado y pueda hacerse, habrá que quitarse el sombrero. Las mismas consideraciones son aplicables á los cabellos postizos, de los que las mujeres hacen un uso tan frecuente; es preferible no servirse nunca de ellos.

G.—*Tintes y cosméticos.*—Puede afirmarse en tesis general que conviene desaconsejar siempre el empleo de los tintes. Teóricamente, todo

aquello que pueda modificar las condiciones normales de existencia del cabello no hace más que perjudicarlo. Sin embargo, hemos de reconocer que, en ciertos casos de seborrea del cuero cabelludo, especialmente de seborrea aceitosa, los tintes á base de *alheña* han modificado favorablemente el estado del cuero cabelludo deteniendo también la caída de los cabellos. En las mismas condiciones y guiados teóricamente, hemos ensayado igualmente el *agua oxigenada*, pero este producto sólo nos ha producido desengaños.

En cuanto á los demás cosméticos, tan numerosos, que la industria preconiza con nombres tan diversos como seductores, no nos es posible recomendarlos. Sería preciso, para proceder de otra manera, conocer su verdadera composición, pero los inventores guardan cuidadosamente el secreto, que las más de las veces no es otra cosa que la adaptación á la perfumería de fórmulas conocidas. Muchos de ellos son excelentes, pero, como bien se comprende, sólo para ciertas personas, y como su composición es un misterio, no se puede hacer de ellos una aplicación exacta. Sirviéndonos de una expresión vulgar, pero exacta, podemos decir que salga lo que saliere, es como se emplean los cosméticos.

Las únicas sustancias que se pueden utilizar en estado normal para untar los cabellos cuando son demasiado secos son el aceite de almendras dulces, el aceite de ricino, puro ó mezclado con médula de buey preparada, aromatizado ó no con esencia de bergamota, esencia de espliego ó con bálsamo del Perú, y todo lo más el aceite antiguo ó aceite de Célebes. Todas estas preparaciones deberán renovarse con frecuencia, no usándolas nunca desde que comiencen á enranciarse.

III

Alopecia congénita

Las alopecias que se observan desde el nacimiento no reconocen siempre la misma causa, ni han sido todavía bien estudiadas.

Son lesiones extremadamente raras. La alopecia puede ser general ó parcial, es decir, ocupar toda la superficie de los tegumentos ó limitarse al cuero cabelludo; éste también puede estar atacado en su totalidad ó solamente en placas circunscritas más ó menos extensas. La alopecia puede ser total (*atricosis completa* de ciertos autores), y en este caso no es posible hallar un solo pelo fino en todo el cuerpo; por medio de algunos cortes se demuestra á veces la ausencia histológica de los bul-

bos pilosos ó bien su existencia en estado rudimentario. Es mucho más frecuente observar un desarrollo incompleto del sistema piloso, que sólo existe en estado de simple vello fino y delgado (*oligotricosis* de ciertos autores).

El cuero cabelludo puede ser liso, uniforme, no decolorado; parece que se trata verdaderamente de una distrofia cutánea, y en este caso se ven con frecuencia coincidir anomalías de los dientes y de las uñas. Estos casos constituyen un primer grupo muy numeroso en el que la terapéutica ha de mostrarse muy reservada, puesto que de ordinario sus resultados son nulos.

El segundo grupo está formado por los casos en que no existen anomalías concomitantes de los dientes ó de las uñas; el desarrollo del sistema piloso no está, al parecer, definitivamente detenido, sino tan sólo retardado, de suerte que los cabellos van poco á poco desarrollándose hasta ser en algunos casos bastante gruesos. Entonces están indicadas las aplicaciones ó las fricciones excitantes análogas á las que indicamos más adelante para las alopecias consecutivas á las grandes pirexias ó para la pelada.

Al lado de estos casos colocaremos aquellos en que el recién nacido *parece* haber sufrido una contaminación peládica ó quizás (?) la influencia de una pelada existente en uno de sus padres en el momento de la concepción ó durante el embarazo, ó también mucho tiempo antes del nacimiento (?).

Un tercer grupo puede formarse en el cual el cuero cabelludo está acribillado de pequeñas prominencias perifoliculares, rojas y blancas; los pelos están atrofiados, arrollados, moniliformes: se trata entonces, como lo hemos probado con otros autores, de alopecias que dependen de la queratosis pilosa (véase este capítulo para el tratamiento).

IV

Alopecia senil

La alopecia senil está en íntima conexión con la atrofia cutánea senil, de la cual es uno de sus síntomas. Por lo general, los pelos se encanecen, se vuelven blancos y se desecan, su bulbo se atrofia y caen dejando al descubierto un cuero cabelludo que presenta todos los caracteres de la atrofia cutánea senil. La alopecia senil comienza á una edad que varía mucho según las personas: existen individuos que conservan todos los

cabellos hasta su vejez; otros, por el contrario, los pierden por atrofia cutánea simple desde los cuarenta y cinco ó cincuenta años. Comienza casi siempre por el vértex y desde allí se extiende á toda la parte superior de la cabeza, dejando muchas veces intacta durante cierto tiempo una región que se estrecha cada vez más hacia la parte anterior y media del cráneo. Afecta más particularmente á los hombres que á las mujeres.

Los autores están unánimes en declarar que nada puede hacerse en la alopecia senil. Sin embargo, cuando comienza demasiado pronto se podrán prescribir las preparaciones que indicaremos en el capítulo siguiente.

V

Alopecia prematura idiopática

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La alopecia prematura idiopática en realidad no es más que una alopecia senil que se desarrolla en individuos jóvenes, teniendo como ella un curso progresivo y fatal, las mismas localizaciones, y la misma resistencia al tratamiento. Algunas veces, especialmente en las mujeres, comienza por las sienes. Es un proceso morboso de capital importancia que se hace cada vez más frecuente en los individuos artríticos sedentarios de las ciudades, el cual, después de haber sido el patrimonio casi exclusivo de los hombres, comienza á ser común en las mujeres jóvenes cuando se entregan á trabajos intelectuales exagerados.

La alopecia prematura idiopática comienza en cualquier época antes de la edad media de la vida, produciéndose independientemente de toda enfermedad ya general, ya local bien caracterizada. Sin embargo, algunas veces es muy difícil distinguirla claramente del proceso morboso que Kaposi llama alopecia furfurácea, Pincus, alopecia pitiriásica ó pitiroides, y Unna, eczema seborreico seco (1). Generalmente no comienza antes de los veinte años á pesar de lo que la hemos observado con bastante frecuencia de los diez y siete á los diez y ocho años. A partir de los veintiocho años es cuando se hace más frecuente. Los primeros cabellos que caen son reemplazados por otros más delgados que caen á su vez para ser reemplazados por otros más raquíticos todavía, siguiendo de esta manera hasta que no queda más que un ligero vello que acaba también por desaparecer. Como

(1) Véase *Seborrea*.

la alopecia senil, es lenta, progresiva y simétrica: comienza por el vértex, en forma de tonsura, á veces por la región frontal y en las mujeres por las sienes. Según Polh Pincus, habría que atribuir esta alopecia á una especie de transformación fibrosa del dermis, cuyo tejido conectivo iría engrosando poco á poco y cuyas mallas desaparecerían progresivamente sofocando los elementos que contienen, especialmente las papilas pilosas; el proceso morboso real sería, pues, diferente del de la atrofia senil verdadera (?).

Además, esta alopecia prematura idiopática, que, como acabamos de indicar, en algunos casos es, por decirlo así, pura, se complica con mucha frecuencia ora de seborrea seca (eczema seborreico seco según Unna), ora de eczema seborreico circinado ó figurado del cuero cabelludo, ora de seborrea aceitosa ó fluente. Todas estas cuestiones son muy complejas y presentan grandes dificultades, y mal de nuestro grado hay que ser un poco esquemáticos para la mayor claridad del asunto. Nos limitaremos, pues, en este capítulo, á hablar del tratamiento que debe instituirse en la alopecia prematura idiopática verdadera no complicada, afección atrófica de causa vital (E. Vidal) muy parecida, en su evolución clínica, á la alopecia senil; en el párrafo consagrado á la *Seborrea*, se hallará indicado el tratamiento de los diversos procesos que la complican tan frecuentemente.

La alopecia prematura idiopática es hereditaria en ciertas familias, aunque esta herencia dista mucho de ser constante. Por nuestra parte, creemos que el estado general conocido en Francia con el nombre de artritismo desempeña un papel importante en su desarrollo. Es frecuente sobre todo en las personas que se entregan á trabajos intelectuales prolongados, que retiran tarde, tienen disgustos, grandes preocupaciones, ó se entregan á toda clase de excesos, principalmente á los venéreos, ó que presentan afecciones de los órganos genitales. Se ha atribuído también con fundamento á la mala higiene del cuero cabelludo, á la falta de cuidados, al empleo cotidiano de lociones acuosas ó alcohólicas, á los sombreros pesados no ventilados, etc.

F. A. King ha sostenido desde mucho tiempo que la calvicie del vértex se debía á la compresión de las arterias temporales anteriores, temporales posteriores y occipitales á su paso sobre los huesos del cráneo, por los bordes de los sombreros.

Las mujeres se ven atacadas con menos frecuencia que los hombres, inmunidad relativa que se deberá probablemente á los mayores cuidados que prestan á sus cabellos: procuran no mojárselos, no llevan sombreros antihigiénicos, cometen menos excesos y no se entregan á trabajos inte-

lectuales tan prolongados. Sin embargo, hace algunos años, conforme lo hemos dicho al comenzar este capítulo, que el número de mujeres atacadas de esta afección aumenta en proporciones alarmantes. Esta recrudecencia se debe, al parecer, á diversas causas, entre las que mencionaremos sobre todo el empleo de las ondas y de los rizos, el abuso de los tintes, las permanencias muy frecuentes en los puntos de la costa (que es de lo más pernicioso para las mujeres artríticas, pues ya desde los ocho ó diez días que se encuentran en ellos, sus cabellos empiezan á caer en abundancia), la obligación en muchas jóvenes de trabajar casi tanto como los jóvenes para sufrir exámenes, etc.

Conviene no confundir, sin embargo, la verdadera alopecia prematura idiopática, con las alopecias pasajeras á que están sujetas tantas veces las mujeres en su juventud, las cuales son generalizadas ó localizadas hacia las sienes, relacionadas con trastornos uterinos y vasculares, como la cloroanemia ó el artrismo, y que pueden detenerse fácilmente por los medios que vamos á enumerar.

Con extremada frecuencia se ven jóvenes de ambos sexos provenientes de artríticos, que teniendo una superior cabellera durante su adolescencia, la pierden en parte con la mayor rapidez entre los diez y siete y veinticuatro años. Después la marcha progresiva de la alopecia se detiene relativamente durante un cierto número de años.

B. — TRATAMIENTO

Casi todos los autores están acordes en considerar que nuestros actuales medios terapéuticos son impotentes contra la alopecia prematura idiopática. Sin embargo, R. Crocker recomienda el empleo de los tónicos generales y E. Besnier cree conveniente prescribir el *arsénico* y el *hierro* alternativamente á dosis débiles pero largo tiempo prolongadas. Shoemaker ha aconsejado el uso al interior del *bicloruro de mercurio* ó de los *calomelanos* que se alterna con la *tintura de ignatia* á la dosis de XXX gotas por día tomadas en tres veces con un tónico amargo.

Por último, Geo. Schmitz ha publicado dos observaciones en las que los cabellos volvían á crecer después de dos ó tres inyecciones de *pilocarpina*: se trata muy probablemente en estos casos de peladas desconocidas.

Como tratamiento local, la mayor parte de los autores recomiendan las *fricciones irritantes* (véase Jackson).

He aquí dos de las fórmulas más usadas debidas á Cottle:

Acido acético.. . . .	15 gramos
Bórax pulverizado.. . . .	4 —
Glicerina.	12 —
Alcohol de 60%.	15 —
Agua de rosas.	240 —

M. s. a.

ó bien:

Solución oficial de acetato amónico.	de 10 á 40 gramos
Carbonato amónico.	2 —
Glicerina.	12 —
Agua de saúco.	240 —

M. s. a.

Cuando la afección está en sus comienzos y es de muy lenta evolución, Pincus aconseja que se practiquen durante dos, tres, ó cuatro días seguidos por semana fricciones ligeras en el cuero cabelludo, cuya duración varíe de dos á cinco minutos, con un cepillo nuevo ó una torunda de algodón hidrófilo empapados de la mezcla siguiente:

Bicarbonato de sosa.	4 gramos
Agua destilada	180 —

Disuélvase.

Pero esta preparación debe emplearse sobre todo cuando la alopecia prematura idiopática se complica de seborrea.

E. Besnier y Doyon hacen cortar los cabellos tanto como sea posible: cuando el cuero cabelludo es sensible, irritable é hiperemiado, lo lavan dos ó tres veces por semana con agua algo más que tibia, después de haberlo friccionado con una yema de huevo diluída en agua.

Si en el cuero cabelludo no se observan señales de irritación, emplean para estos lavados los jabones blandos, especialmente el *jabón blanco amigdalino*, reducido á polvo fino y mezclado con cantidad suficiente de *glicerina* para hacer una mezcla espesa. Por último, cuando el cuero cabelludo es muy resistente, utilizan el jabón ordinario y también los *jabones medicamentosos* de *brea*, *naftol*, *ictiol*, etc. De no bastar estos simples lavados recurren en seguida á los diversos tópicos locales, que en general son los mismos que se usan en las seborreas (véase esta palabra).

Una pequeña objeción haremos tan sólo á las diversas medicaciones que acabamos de enumerar. En una afección tan difícil de tratar como la alopecia prematura idiopática, creemos que es necesario ante todo procurar mantener el cuero cabelludo y los cabellos en un estado fisiológico perfecto. Si son grasos, habrá que secarlos un poco, y al contrario, engra-

sarlos si son secos. Luego examinaremos sobre todo en este capítulo la alopecia prematura idiopática que podemos llamar *pura*, no complicada de eczema seborreico seco ó circinado, ó bien de seborrea fuente. Cuando estas complicaciones coexisten, habrá que instituir su tratamiento (1). Otra cosa añadiremos, que todos los autores que se han ocupado de la cuestión no han especificado suficientemente en sus obras, y es que la alopecia prematura idiopática puede existir sola ó por lo menos tan poco complicada que las complicaciones sean despreciables. Pues bien, en este caso nos parece que no debe abusarse de los lavados frecuentes ó de las fricciones alcohólicas ó acuosas que desecan el cabello y el cuero cabelludo. Cuando se practican, creemos que inmediatamente después es necesario restituir á los cabellos una substancia grasosa cualquiera, y preferentemente el *aceite de almendras dulces* ó el *aceite de ricino*. Si el cuero cabelludo está muy seco, como sucede con mucha frecuencia, creemos que es conveniente aplicar una ó dos veces por semana en el cuero cabelludo, separando los cabellos siguiendo las rayas (2), un poco de *vaselina* pura de buena calidad y, de resultar insuficiente, un poco de vaselina adicionada de 1 por 10 de *azufre* y de algunas gotas (muy pocas para que no irriten) de *tintura de cantáridas*. Cuando el cuero cabelludo se ensucia y los cabellos se engrasan, se limpia con el *éter de petróleo* (petróleo de 0,70); acto seguido podrá hacerse sobre el cuero cabelludo, si se considera conveniente, una de las fricciones excitantes precedentemente indicadas, y luego, en caso de ser útil, se pone otra vez un poco de substancia grasa ó se aguarda el día siguiente ó dos días para aplicar la vaselina.

Cuando, por el contrario, tanto el cuero cabelludo como los cabellos presentan más bien tendencia á ponerse grasos espontáneamente, hay que limitarse á pasar por ellos, una ó dos veces la semana, ya éter de petróleo ó bien una de las mezclas antes indicadas, y si estos medios parecen insuficientes, se pondrá sobre el cuero cabelludo por la noche dos veces á la semana, un poco de vaselina azufrada cantaridada; al día siguiente por la mañana se limpia el cuero cabelludo, unas veces con los líquidos que acabamos de mencionar, y otras cuando sea verdaderamente útil, pero las menos veces posible, con agua templada y jabón de la clase que hemos hablado anteriormente.

Pero debemos decir algo también sobre la medicación por la *pilocarpina* y el *jaborandi* que se han preconizado tanto en ciertos países á consecuencia de la publicación de algunos casos de curación de alopecias por las inyecciones subcutáneas de pilocarpina. Cuando se quiera em-

(1) Véase *Seborrea*.

(2) Véase *Higiene de los cabellos*.

plear estas sustancias, se podrán administrar en forma de píldoras ó en inyecciones hipodérmicas, ó bien contentarse con prescribirlas en aplicaciones locales, como por ejemplo, haciendo fricciones diariamente con:

Extracto fluido de jaborandi.	25 gramos
Tintura de cantáridas al 1 por 10.	25 —
Linimento jabonoso.	100 —

M. s. a.

ó bien:

Maceración de hojas de jaborandi pulverizadas.	10 gramos
Extracto fluido de quina.	} aa. 20 —
Extracto de árnica	

M. s. a.

VI

Alopecias consecutivas á las grandes pirexias y á las caquexias

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Después de un gran número de enfermedades agudas graves, entre las que citaremos sobre todo la fiebre tifoidea, las formas de gripe á las que se ha dado el nombre de influenza, diversas fiebres eruptivas, etc., vense caer los cabellos con mayor ó menor abundancia y rapidez. Algunas veces la caída es tan intensa, que en el espacio de varios días el cuero cabelludo queda completamente al descubierto. Con mayor frecuencia la caída de los cabellos es sólo moderada, diseminándose casi siempre el proceso morbozo de una manera uniforme por la totalidad del cuero cabelludo. En muchos casos se observa al mismo tiempo la seborrea.

Esta caída de los cabellos en los convalecientes es las más de las veces un accidente pasajero. Pronto, en efecto, bajo la influencia de simples cuidados higiénicos y de algunas fricciones excitantes ó también espontáneamente, los cabellos crecen de nuevo tan espesos ó casi tan espesos como lo eran antes. Es bastante frecuente, sin embargo, que cambien de color, lo que acontece también de ordinario después de los partos. En algunos casos, no obstante, persiste la seborrea y se ven sobrevenir todos los accidentes que determina esta última afección.

Si se trata de la alopecia dependiente de estados generales graves y

prolongados, como la cloroanemia, la diabetes, la albuminuria, etc., la caída de los cabellos persiste con oscilaciones diversas y resiste de ordinario á la medicación local: el pronóstico es todavía más serio, es conveniente decirlo, cuando se trata de la tuberculosis pulmonar ó de cánceres.

En las afecciones agudas graves, los pelos sufren alteraciones profundas análogas á las que experimentan los demás anexos de la epidermis, las uñas especialmente, y toda la economía: ya no crecen más y los que existen se desecan, adelgazan y atrofian, y en la época de la convalecencia son expulsados como cuerpos muertos. A veces contribuye también, en cierta manera, la falta de cuidados higiénicos durante todo el curso de la afección.

B. — TRATAMIENTO

La primera indicación que surge es la de tratar el estado general del enfermo y tonificarle con los medicamentos apropiados á la afección que acaba de pasar y á su constitución.

Las preparaciones *arsenicales* ó *fosfatadas* están casi siempre indicadas.

Cuando el cabello está demasiado comprometido, no hay que vacilar en *rasurarlo* completamente, operación que deberá repetirse cada cuatro ó cinco días durante dos ó tres semanas. Este procedimiento radical, casi siempre muy mal aceptado por los enfermos, hace mucho más fáciles, rápidas y eficaces las aplicaciones de los diversos tópicos.

Si los cabellos sólo caen de una manera relativamente moderada, se procurará conservarlos, sobre todo cuando se trata de mujeres ó de jóvenes. En estos casos será necesario esclarecerlos y peinarlos con todo género de precauciones á fin de no romperlos.

Por el contrario, no hay que temer en quitar todos aquellos que no están muy bien adheridos, pues vienen á constituir otros tantos cuerpos extraños de que es preciso librar al cuero cabelludo.

Si el estado del enfermo lo permite, se procederá á una ligera enjabonadura para quitar todos los detritus que engrasan la cabeza (1), secándose después cuidadosamente el cuero cabelludo; luego se hará una fricción excitante, que se repetirá todos los días. Las fórmulas expuestas á continuación, debidas á diversos autores, son de recomendar para este objeto:

(1) Véase para los detalles la *Higiene de los cabellos*.

Alcoholado de limón.	150 gramos
Ácido clorhídrico.	4 —

M. s. a.

(Hágase mañana y tarde una fricción ligera del cuero cabelludo).

Alcohol de 80°.	80 gramos
Alcohol alcanforado.	} aa. 5 —
Ron.	
Tintura de cantáridas.	
Glicerina.	
Esencia de sándalo, de Wintergreen.	aa. V gotas
Clorhidrato de pilocarpina.	0 gr. 50

M. s. a.

(Fricciónese ligeramente el cuero cabelludo una vez cada día).

Tintura de jaborandi.	25 gramos
Tintura de cantáridas al 1 por 10.	25 —
Linimento jabonoso.	100 —

M. s. a. y agítase antes de usarla.

(Hacer una fricción diaria).

Por lo demás, es perfectamente inútil servirse de estas fórmulas ya hechas, pues cualquiera puede prescribir lociones excitantes alcohólicas que contengan *ron*, *aguardiente*, *alcohol alcanforado*, aromatizadas con *alcoholado de melisa* ó con *alcohol de romero*. Si se desean más eficaces, se les podrá incorporar un poco de *quinina*, *tintura de jaborandi*, *cloral* (de 1 á 4 por 30), *tintura de nuez vómica* (de 1 á 4 por 30), *tintura de capsicum* ó *tintura de cantáridas*.

Cuando los cabellos son demasiado secos y quebradizos, se pueden sustituir las lociones con pomadas ó, por lo menos, combinar los dos medios; así, por ejemplo, se puede hacer una loción por la mañana y aplicar á la noche un poco de pomada sobre el cuero cabelludo ó inversamente.

Hardy recomendaba, en estos casos, que se emplease la *pomada de Dupuytren* ó bien la pomada á base de *tanino* ó de *ácido gállico*:

Médula de vaca.	20 gramos
Aceite de ricino.	10 —
Ácido gállico.	1 —

M. s. a.

En esta fórmula puede sustituirse la médula de vaca por la vaselina y aromatizarla con V gotas de esencia de espliego (MONIN).

Bazin empleaba una preparación análoga: 20 gramos de médula de vaca por 10 gramos de aceite de almendras dulces, á la que á veces añadía 2 gramos de *sulfato de quinina* y 1 gramo de *bálsamo del Perú* para aromatizar.

Cuando se prescriben pomadas que contienen sustancias susceptibles de enranciarse, es preciso recomendar á los enfermos que las renueven tan pronto comiencen á alterarse.

Entre las demás preparaciones que se han preconizado para hacer crecer de nuevo el cabello, mencionaremos la pomada y el aceite filocomos, la pomada de Schneider, la tintura de Cauderer, la pomada de Bouche-ron, etc. Pero es verdaderamente inútil indicar sus fórmulas.

Cuando sólo se emplean las lociones excitantes, convendrá aplicar de vez en cuando en los cabellos, cuando parezcan estar demasiado secos, un poco de aceite de almendras dulces, ó un poco de aceite de ricino, ya también un poco de aceite viejo ó bien la mezcla siguiente por nosotros frecuentemente empleada:

Aceite de ricino.	20 gramos
Tintura de quinina.	} aa. . 10 —
Tintura de romero.	
Tintura de jaborandi.	
Ron.	

M. s. a.

Agítese con violencia antes de usarla.

VII

Alopecia sifilítica

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La alopecia sifilítica puede ser consecutiva á lesiones sifilíticas del cuero cabelludo, secundarias ó terciarias. En este caso, si el folículo piloso ha sido destruído por el proceso supurativo ó ulceroso, la alopecia es definitiva: el tratamiento de esta variedad de alopecia se confunde con el tratamiento de las lesiones que pueden producirla.

La alopecia sifilítica de que debemos ocuparnos es una alopecia sin lesiones cutáneas premonitorias apreciables á simple vista; decimos á simple vista porque cabe siempre preguntarse si no ha habido anteriormente en los puntos afectos alguna manifestación sifilítica fugaz, la roseola, por ejemplo. La caída de los cabellos parece depender de la modificación general que la infección sifilítica imprime á todo el organismo, sobreviniendo de ordinario dentro de los primeros meses que siguen al chanero.

El principal carácter objetivo es el de diseminarse por todo el cuero cabelludo y de disponerse en claros irregulares, de donde deriva el nombre de alopecia en claros. Casi siempre es patognomónica de la sífilis. Los cabellos se ponen secos, sin brillo, como adelgazados; los que caen son en su mayoría cabellos de bulbo lleno y bien conformados, presentando otras alteraciones atróficas acentuadas á nivel de su raíz (Darier). La caída se verifica rápidamente; por lo demás, pueden observarse en ella todos los grados, desde el simple clareamiento de los cabellos, que se manifiesta sobre todo en las sienes, hasta la completa calvicie, la cual puede á veces también generalizarse á todo el cuerpo, pero esto es muy raro. El clareamiento de la región externa de las cejas acompaña muy á menudo á la alopecia del cráneo; pero esta alopecia externa de las cejas es con más frecuencia un síntoma de queratosis pilosa, que no un síntoma de sífilis. El cuero cabelludo está muchas veces cubierto de una capa ligera de seborrea seca.

Al contrario de lo que se cree por el vulgo, la sífilis nunca determina por sí sola la calvicie definitiva. Cuando el individuo es joven, bien constituido y no hay en su familia alopecia hereditaria prematura idiopática, ni está atacado de esta afección, se observa siempre que los cabellos vuelven á crecer por la sola influencia de la higiene y del tratamiento general, sin que haya necesidad de recurrir á ningún tópico.

B. — TRATAMIENTO

El mejor tratamiento de la alopecia sifilítica es, pues, el mismo tratamiento interno de la sífilis, y sobre todo el tratamiento interno preventivo tal como lo practica el profesor Fournier. Si desde el comienzo de la sífilis se instituye una medicación general metódica, no se observará casi nunca la alopecia ó bien la que se producirá será muy insignificante.

Se podrá también, para prevenirla, hacer en el cuero cabelludo fricciones diarias ó dos veces por semana con un líquido excitante cualquiera, especialmente con una solución de *bicloruro de mercurio*.

Una vez producida la alopecia sifilítica, no hay, en realidad, como acabamos de indicar, razón para inquietarse á no ser que se trate de personas ancianas predispuestas para la calvicie; sin embargo, puede ayudarse la renovación de los cabellos adoptando los siguientes procedimientos.

He aquí una de las prescripciones de Mauriac:

1.º Aplicar mañana y tarde sobre el cuero cabelludo la siguiente pomada:

Médula de vaca.	30 gramos
Sulfato de quinina	} aa. . . 0 gr. 50
Turbit mineral.	

M. s. a.

2.º Alternar estas aplicaciones cada dos días con lociones practicadas con la solución siguiente:

Agua destilada.	300 gramos
Carbonato de sosa.	} aa. . . 1 —
Bórax	

Disuélvase.

El mismo autor en su magnífica obra sobre el *Tratamiento de la sífilis*, se limita á prescribir todas las noches una loción en el cuero cabelludo con un cepillo (como los que se emplean para la aplicación de la brillantina) muy suave empapado de la siguiente preparación:

Alcoholado de romero.	200 gramos
Tintura de Baumé.	} aa. . . 10 —
Tintura de cantáridas.	
Licor de Fowler.	

M. s. a.

E. Besnier formula del modo siguiente el tratamiento completo de esta variedad de alopecia:

- 1.º Cortar al rape los cabellos;
- 2.º Enjabonar cada mañana el cuero cabelludo con agua caliente;
- 3.º Poner en seguida la siguiente pomada:

Acido salicílico.	1 gramo
Azufre precipitado.	10 —
Lanolina.	} aa. . . 50 —
Vaselina pura.	

M. s. a.

4.º Por la noche fricciones con un cepillo suave empapado de:

Alcoholado de romero.	100 gramos
Tintura de cantáridas.	10 —
O ácido salicílico.	1 —

M. s. a.

Entre los demás tópicos más recomendables, señalaremos las lociones con *bicloruro de mercurio* al 1 por 500 ó al 1 por 1000, según la

susceptibilidad del cuero cabelludo, las pomadas á base de *óxido amarillo de hidrargirio* al 1 por 20 ó al 1 por 15, y las pomadas á base de *turbil mineral* ó de *cloramiduro de mercurio*.

VIII

Seborreas

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Se comprenden todavía con la denominación vaga y desprovista de significación precisa de seborrea, toda una serie de afecciones complejas, cuya verdadera naturaleza es de las más discutidas. No es posible, en una obra de esta índole, tratar esta cuestión tan controvertida con todo el desarrollo que requeriría, por cuyo motivo nos limitaremos á definir del modo más claro posible los principales tipos clínicos que se designan, con razón ó sin ella, aun en la actualidad, por la mayoría de los dermatólogos con este nombre; después pasaremos á exponer la terapéutica.

Desde mucho tiempo se ha observado que, en muchos individuos, la alopecia progresiva y fatal que sobreviene entre los veinticinco y cuarenta años, se acompaña de la producción en el cuero cabelludo de un crecido número de pequeñas escamas finas, pitiriásicas, que pudren en cierta manera los cabellos y que se esparcen con abundancia por los vestidos del enfermo. El cuero cabelludo, sin embargo, parece que no está profundamente atacado, pues en la inmensa mayoría de los casos conserva su coloración, su aspecto blanquizco, su grösor normal y no rezuma; á veces, no obstante, toma un ligero tinte rosado y se pone como edematoso.

Cabe igualmente observar estos síntomas en personas jóvenes que no pierden los cabellos, ó que por lo menos no los pierden todavía. A menudo también preceden de varios años al comienzo de la alopecia.

Los antiguos dermatólogos creían que se trataba de una afección especial que se caracterizaba únicamente por esta descamación, y la habían designado con el nombre de *pitiriasis del cuero cabelludo*; son las *pelliculas* de la pitiriasis vulgar.

Habían notado, por otra parte, que á veces el cuero cabelludo se volvía aceitoso, debido, al parecer, á que las glándulas que contiene entran en una actividad exagerada y expelen al exterior una secreción

grasosa más ó menos abundante. Esta secreción, en algunos casos, se concreta en su superficie en forma de pequeñas costras blandas, grasosas, y más ó menos adherentes (acné sebáceo de Bielt y de Cazenave). Otras veces el flujo es tan abundante que los cabellos quedan como inundados (flujo sebáceo de Rayer).

Hase observado, por último, desde hace mucho tiempo, que en ciertas personas se forman en la parte anterior del pecho ó en la espalda, entre los hombros, placas rojas ó de un rosa bistro, más ó menos extensas, figuradas, que coinciden de ordinario con la pitiriasis del cuero cabelludo. Pero si nos fijamos atentamente en esta pitiriasis, se observa que es también figurada, formando placas más ó menos irregulares, circinadas, y que debajo de las escamas el cuero cabelludo es rosado, y hasta á veces también francamente rojo. Se trata en estos casos de aquellas formas eruptivas de aspecto muy especial, que han sido designadas largo tiempo con los nombres de *eczema acneico*, *eczema franelar*, *eczema figurado*, *circinado* y *marginado*, *liquen annulatus serpiginosus*, *circinaria*, etc., etc., y que acostumbramos hoy día á darles la denominación de *eczema seborreico circinado*: es nuestra seborreíta circinada de la parte anterior del pecho y del cuero cabelludo.

Desde los trabajos realizados por la escuela vienesa, la cuestión ha cambiado de aspecto. Según Hebra, la descamación pitiriásica del cuero cabelludo no es más que un síntoma, y la verdadera enfermedad consiste en una anomalía de secreción de las glándulas cutáneas, que designa con el nombre de *seborrea*. En su opinión, la seborrea puede afectar «dos formas distintas: la *seborrhœa oleosa seu adiposa*, en la cual el cuero cabelludo está cubierto de una substancia aceitosa; la *seborrhœa sicca seu squamosa*, que consiste unas veces en la formación de películas de sebo desecado, de un color gris sucio ó amarillo pálido, bastante adherentes á una piel sana ó quizá ligeramente roja, otras veces en la formación de escamas parecidas á las del salvado que descansan sobre tegumento sano (*pityriasis furfuracea*, *pityriasis capillitii*.” Estas diversas variedades no son más que modificaciones de una sola y misma enfermedad, puesto que sus síntomas coexisten á veces en un mismo individuo; pueden también transformarse unas en otras, y sus productos morbosos están química é histológicamente constituídos por los mismos elementos.” (Hebra, traducción de Doyón).

Las ideas que sostiene Unna sobre estos procesos morbosos son completamente diferentes. Para el célebre dermatólogo de Hamburgo no existe una hipersecreción de las glándulas sebáceas que se caracterice clínicamente por el síntoma conocido por seborrea seca. Todas las seborreas, á

excepción de la seborrea aceitosa (que denomina hiperhidrosis aceitosa, pues, según él, son principalmente las glándulas sudoríparas las que segregan la grasa) y del *vernix caseosa*, son catarros inflamatorios, ó mejor todavía, paraqueratosis inflamatorias de la piel, que constituyen lo que él llama *eczema seborreico*. En apoyo de su opinión saca argumentos de orden histológico, etiológico y clínico.

Desde el punto de vista histológico, los eczemas seborreicos presentan los cuatro siguientes caracteres: 1.º paraqueratosis de la epidermis; 2.º proliferación epitelial (acantosis); 3.º inflamación más ó menos profunda del dermis, y 4.º aumento de la secreción grasosa de la piel, indicio de mayor actividad de las glándulas sudoríparas.

Etiológicamente considerados, los catarros seborreicos son esencialmente parasitarios. Los parásitos que Unna considera como más importantes son los bacilos en forma de botella (*Flaschenbacillen*, esporos de Malassez), los morococos, que se distinguen de los estafilococos por la cubierta de mucosa fina, pero consistente, que los rodea, gracias á la cual forman conglomerados regulares, especies de cocci voluminosos dobles ó cuádruples, incompletamente divididos, que tienen el aspecto de cocci gigantes, y también conglomerados voluminosos muriformes, por los cuales es muy fácil descubrir la presencia de los morococos; estos morococos serían, según el autor alemán, los microbios patógenos del eczema en general. Existiría también, además, un pequeño bacilo fino, especial. Estos microbios desempeñarían un papel importante en la producción de los eczemas seborreicos, y en todos los puntos de la capa córnea donde encuentran un terreno favorable para su cultivo, se multiplican, reblandeciendo poco á poco la capa córnea circundante; sus toxinas penetran en la capa espinosa y determinan cada vez más la producción de un exudado de carácter serofibrinoso mezclado solamente de algunos leucocitos. ¿Se podrá aplicar igualmente á la seborrea la teoría del quimiotaxismo? Además del serotaxismo y del fibrinotaxismo, ¿existe también un sebotaxismo provocado por ciertos organismos? Unna lo cree así, pero sin que pueda afirmarlo de un modo completamente preciso.

Por último, desde el punto de vista clínico, hace notar Unna que existe toda una serie de transiciones entre la simple descamación seca ó grasosa del cuero cabelludo y las diversas erupciones pruriginosas, con costras gruesas, calor, rubicundez, humedad de la piel, consideradas por todos los dermatólogos como eczemas del cuero cabelludo. Toda esta extensa serie de manifestaciones morbosas, desde la más sencilla en apariencia hasta la más inflamatoria y rezumante, no son más que formas diferentes de la misma entidad morbosa.

No podemos hacer sino un simple bosquejo de esta teoría verdaderamente seductora, para cuyo estudio algo difícil y complejo podrán consultarse las notables y numerosas memorias que sobre el mismo asunto ha publicado el autor.

¿Qué es lo que nos conviene retener de lo precedentemente expuesto, desde el punto de vista práctico, lo único que nos debe ocupar en este lugar? Varias observaciones clínicas, que son:

1.º Que los individuos afectos de simple pitiriasis del cuero cabelludo están muy expuestos á perder los cabellos en una época más ó menos próxima, por más que puede suceder muy bien que la caída de los cabellos no se verifique nunca;

2.º Que con bastante frecuencia, su cuero cabelludo primitivamente seco se les vuelve aceitoso, y viceversa;

3.º Que muy á menudo también les sobreviene una comezón más ó menos intensa y á veces manifestaciones eczematosas diversas;

4.º Que casi todos estos fenómenos van acompañados de la caída más ó menos abundante de cabellos.

Colocándonos en el terreno de las alopecias y considerando la cuestión solamente desde el punto de vista terapéutico, deberemos, pues, estudiar, en el enorme grupo de las seborreas, los cuatro tipos clínicos siguientes (prescindiendo de las verdaderas erupciones eczematosas, sean ellas psoriasiformes, secas ó rezumantes, pues su tratamiento se ha expuesto á propósito del *eczema*).

1.º La seborrea seca ó pitiriasis capillitii ó eczema seborreico seco
del cuero cabelludo

Este tipo morbosos está constituido objetivamente por escamas secas finas, furfuráceas, á veces algo grasas (formas de transición entre este tipo y el siguiente), más ó menos adherentes y abundantes, que cubren el cuero cabelludo y caen y se reproducen con rapidez; el cuero cabelludo parece estar sano y de ordinario su coloración es normal; el enfermo experimenta á veces comezones más ó menos intensas, que se le hacen intolerables en algunos casos, por cuyo motivo se rasca, desprendiéndose fragmentos de epidermis, y produciendo también, aunque muy raras veces, escoriaciones con formación ulterior de pequeñas costras; pero no existe ningún vestigio de inflamación dérmica subyacente. Este proceso morbosos es de los más frecuentes, pudiendo existir por largo tiempo sin que la vitalidad de los cabellos quede en lo más mínimo comprometida; pero las

más de las veces determina, transcurrido un lapso de tiempo más ó menos largo, la caída de los cabellos y después la alopecia; viene á complicar también á menudo la alopecia prematura idiopática, etc.

2.º La seborrea concreta ó costras grasientas del cuero cabelludo

Este tipo está constituido objetivamente por escamas mezcladas con gran cantidad de sebo, formando conglomerados de escamas, ó mejor, una especie de costras de color amarillo sucio, grasientas, más ó menos secas ó húmedas, cuya coloración varía desde el blanco grisáceo al moreno subido, adherentes al cuero cabelludo, el cual se encuentra algunas veces debajo de ellas rojo, húmedo y congestionado; las lesiones tienen tendencia á avanzar por las partes inmediatas á las sienes y frente, rebasando el cuero cabelludo un centímetro aproximadamente, y deteniéndose luego formando un borde que las limita perfectamente. Entre este tipo, el anterior, el siguiente y las formas eruptivas que designamos hoy con el nombre de eczema seborreico psoriasiforme, pueden observarse toda clase de formas intermedias ó de transición; el tipo descrito constituye el *acné sebáceo concreto* de los antiguos autores franceses, la *forma intensa de la seborrea seca de Hebra*, y la *variedad costrosa del eczema seborreico de Unna*; por nuestra parte, lo designaremos interinamente con el nombre puramente clínico y objetivo de *costras grasientas del cuero cabelludo*.

3.º La seborrea aceitosa ó hiperhidrosis aceitosa del cuero cabelludo

Este tipo, ó sea el *fluxus sebaceus*, el acné sebáceo fuente de los antiguos autores franceses, el acné sebáceo líquido ó aceitoso de E. Besnier, la *seborrhœa oleosa seu adiposa* de Hebra-Kaposi, es, según Unna, el único proceso morboso verdaderamente digno del nombre de seborrea, puesto que todos los demás son á su entender otros tantos eczemas; desde el punto de vista objetivo está constituido por la producción, en el cuero cabelludo y casi simultáneamente en el rostro, de una capa más ó menos abundante de substancia aceitosa y grasa. El dermis, en algunos casos, puede estar rojo y congestionado, y la hipersecreción glandular es á veces tan considerable que los orificios de las glándulas parece como si estuvieran dilatados y abiertos, y después de haber secado el cuero cabelludo se ven salir casi inmediatamente gotitas de líquido de los orificios.

4.º El eczema seborreico circinado propiamente dicho del cuero cabelludo

Este tipo morbozo se caracteriza por sus escamas más ó menos secas ó grasientas, que están dispuestas en círculo ó en placas de diversas figuras, sentadas sobre un dermis algo rosado ó rojo, más ó menos inflamado y que apenas rezuma sino por efecto de aplicaciones irritantes; la comezón es á veces intolerable; casi siempre se observa simultáneamente en los individuos afectos una erupción análoga situada en el tronco, entre los dos hombros ó en la parte anterior del pecho; este tipo se relaciona estrechamente con la pitiriasis simplex del cuero cabelludo (nuestro tipo primero), cuya sinonimia hemos indicado anteriormente.

La alopecia se observa en estos cuatro tipos ó formas, presentando en todas ellas la misma evolución é igual resistencia á la medicación, por más que la hiperhidrosis aceitosa es quizá la más rebelde. Al principio, sobre todo en la pitiriasis simplex y en el eczema seborreico circinado, los cabellos parece que están firmes; poco á poco, sin embargo, se les ve aclararse, adelgazarse y crecer con menos rapidez que de ordinario, y á partir de este momento el proceso alopécico es notado por el enfermo, siguiendo desde entonces, al parecer, una rápida evolución desconsoladora: los cabellos se ponen cada vez más finos y mezquinos, hasta que no queda más que un fino vello que desaparece á su vez. La evolución y localizaciones de estas alopecias son las mismas que las de la alopecia prematura idiopática (1).

Cuando otras alopecias, como por ejemplo la pelada, vienen á añadirse á las alopecias seborreicas preexistentes, son muy particularmente rebeldes.

Las alopecias seborreicas se observan principalmente en los hombres de veinticinco á treinta y cinco años. Desde hace algún tiempo se manifiestan con bastante frecuencia también en las mujeres y en las jóvenes de quince á veinticinco años (2), si bien, por lo general, son en ellas pasajeras, menos rebeldes y no tan fatales como en el hombre. Uno de sus sitios de predilección en este caso es la región temporal, radicando también con mucha frecuencia en las cejas y en las pestañas.

Las seborreas y las alopecias seborreicas pueden desarrollarse muy rápidamente y de un modo accidental después de enfermedades agudas graves, agotamientos transitorios y curables como las grandes hemorra-

(1) Véase esta palabra.

(2) Véase *Alopecia prematura idiopática* para las causas.

gias, ciertas anemias, el embarazo, etc.; en todos estos casos no constituyen más que un epifenómeno, al que no se debe atribuir demasiada importancia, puesto que casi siempre la caída de los cabellos cesa, los síntomas seborreicos desaparecen y se normaliza todo con el restablecimiento de la salud del enfermo, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de un tratamiento general y local apropiado.

Muy diferentes son las verdaderas seborreas, que llamamos esenciales, de que nos ocupamos principalmente en este capítulo. Estas evolucionan de un modo lento, progresivo y fatal, y es difícil asignarles una etiología precisa. Es cierto que en la actualidad hay tendencia á atribuirles un origen microbiano, opinión que tenemos por bien fundada; pero no es menos cierto también que la cuestión del terreno parece ser aquí fundamental, y es sobre todo desde este punto de vista que su patogenia es todavía muy oscura.

Cuando estas seborreas evolucionan con relativa rapidez, dependen casi siempre de un estado anémico ó linfático muy acentuado, y cuando presentan un curso peragudo remitente ó intermitente, se observan principalmente en las mujeres ó en las jóvenes de temperamento linfático artrítico. En fin, si tienen su evolución crónica habitual y cuando se localizan, como es de regla, en el vértex, parte media del cuero cabelludo, nariz y mejillas, se manifiestan sobre todo en los hombres y dependen de la constitución llamada artrítica.

Múltiples son las causas que, añadiéndose ó no á una naturaleza predispuesta, pueden causar ó agravar las seborreas y las alopecias seborreicas, y entre ellas citaremos el mal estado de las funciones digestivas, el estreñimiento pertinaz, los trastornos de la circulación, como el frío en las extremidades y las ráfagas de calor en la cara, la alimentación defectuosa é impropia para la naturaleza del individuo, la mala higiene general, los disgustos violentos, la inquietud y preocupaciones constantes, el cansancio, las fatigas morales é intelectuales, los excesos de toda clase, la mala higiene del cuero cabelludo, etc., etc.

B. — TRATAMIENTO

1.º Tratamiento general

Aun suponiendo por un momento que se haya perfectamente demostrado la realidad de la naturaleza parasitaria de las seborreas, ó por lo menos de las seborreas secas y de los eczemas seborreicos circinados, será

necesario también, para someterlas á un buen tratamiento, estudiar el terreno y esforzarse en modificarlo; lo anteriormente dicho parece demostrarlo.

Siempre y cuando, pues, seamos consultados para una alopecia seborreica, habrá que examinar completamente al enfermo, inquiriendo sus antecedentes personales y hereditarios y analizando el estado de sus órganos, modo de vivir, higiene general y la de sus cabellos.

Se recomendará, según los casos, la residencia en el campo y el ejercicio al aire libre, prohibiéndose para lo sucesivo los trabajos intelectuales demasiado prolongados, y sobre todo de noche con luces que despiden mucho calor, como el gas y el petróleo; la alimentación convendrá que sea sana, regular y apropiada á la naturaleza del individuo. Las digestiones habrán de vigilarse, y por medio de una medicación conveniente se procurará que se verifiquen con facilidad, sin determinar dilatación de estómago, palpitaciones, ráfagas de calor á la cara, regularizándose también las deyecciones y cuidando las afecciones de los órganos genitales si es que existen. Contra el enfriamiento habitual de las extremidades se prescribirán fricciones cotidianas ó cada dos días en los miembros inferiores y también por todo el cuerpo con franela seca ó empapada de agua de Colonia, alcoholado de espliego, alcoholado de Fioravanti ó alcohol alcanforado; en caso de necesidad se recurrirá á las flagelaciones con agua fría.

Los sujetos afectos de alopecia seborreica son á menudo muy impresionables; cuando su nervosismo está verdaderamente demasiado desarrollado, se les administrarán *antiespasmódicos* y especialmente los preparados de *valeriana*.

A los anémicos y alcohólicos se les administrarán los *ferruginosos* solos ó asociados con el *arsénico*; á los linfáticos, el *aceite de hígado de bacalao*, el *yoduro de hierro*, el *jarabe yodotánico*; á los artríticos y á los gotosos verdaderos, los *alcalinos*, el *benzoato de sosa*, el *carbonato de litina* ó el *bicarbonato de sosa* asociado ó no con la *genciana*, *rui-barbo* ó *áloes*.

Deberemos añadir que ciertos autores, y en particular Dühring, aconsejan en las seborreas el uso del *azufre* y sobre todo los sulfuros á pequeñas dosis continuadas durante meses, como por ejemplo, el *sulfuro de calcio* á la dosis de 1 ó 2 centigramos por día tomados en tres ó cuatro veces.

2.º Tratamiento local

En lo que se expone á continuación, tendremos principalmente en cuenta nuestros dos primeros tipos morbosos, la pitiriasis capitis y las costras grasosas del cuero cabelludo; y al finalizar el capítulo, indicaremos lo que más especialmente se emplea para el tratamiento de la hiperhidrosis aceitosa y del eczema seborreico circinado.

Cuando se trata una seborrea, es menester desde el primer momento limpiar el cuero cabelludo, esto es, quitar las escamas y costras que lo ensucian (1). Si el cuero cabelludo es irritable, se emplearán principalmente las yemas de huevo diluídas en agua; cuando, por el contrario, no presenta la menor señal de inflamación, se recurrirá á los demás procedimientos indicados, especialmente el jabón blando, ó un jabón á base de *naftol*, *solveol*, *brea*, etc. Una vez se ha terminado el lavado anterior, el cuero cabelludo está á menudo algo rojo, liso y tenso, sobre todo si antes estaba cubierto de masas costrosas de alguna consideración; al secarse se produce á veces una sensación molesta y casi dolorosa de tensión. Entonces se ven reproducir con rapidez en su superficie las escamas, costras ó capas grasosas análogas á las que se han quitado.

A fin de prevenir estos distintos accidentes es conveniente colocar sobre el cuero cabelludo, inmediatamente después de haberlo lavado, un poco de aceite ó de vaselina pura ó de pomada. Sin embargo, no hay que perder de vista que los cabellos no deben estar nunca ni muy secos ni muy grasos; así es que no ha de acudirse á esta medida sino cuando sea indispensable para calmar las sensaciones dolorosas ó bien cuando los cabellos estén demasiado secos.

Por lo que hemos observado, nos parece que el azufre y sus diversas preparaciones son con mucho las substancias más eficaces contra las seborreas; así que tan pronto sea posible no vacilaremos en emplearlo. Pero si este medicamento no conviene al enfermo, es mal tolerado ó resulta ineficaz, tampoco deberemos titubear en recurrir á alguno de los demás procedimientos que más adelante describiremos.

Sea cual fuere, por otra parte, el método preferido, es indispensable advertir á los enfermos que los cabellos caerán todavía con mayor abundancia durante los primeros días del tratamiento. Los seborreicos, en efecto, tienen en la cabeza cierto número de cabellos de bulbos llenos sin estar adheridos y condenados por lo tanto á ser eliminados. El trata-

(1) Véase para más detalles *Higiene del cabello*.

miento, al limpiar el cuero cabelludo, facilita su desaparición: además, será conveniente que el enfermo, una ó dos veces por semana, tantee sus cabellos, quitándose resueltamente todos aquellos que no estén firmemente implantados. Una vez hecha esta eliminación, los cabellos caen desde entonces cada vez menos.

El tratamiento por el *azufre y los sulfurosos* comprende cuatro métodos principales:

- A. — *Las lociones sulfurosas;*
- B. — *Las lociones azufradas;*
- C. — *Los polvos de azufre;*
- D. — *Las pomadas azufradas.*

A. — TRATAMIENTO POR LAS LOCIONES SULFUROSAS

Este método se emplea únicamente en los casos de poca gravedad, combinándose casi siempre con otros procedimientos, especialmente con aplicaciones de pomadas azufradas. Para ciertos sujetos constituye uno de los medios más eficaces para calmar la comezón que sufren. Las lociones se harán una ó dos veces por semana, según la intensidad del prurito.

Cuando se desee utilizar este procedimiento como medicación exclusiva de la seborrea, tendrá que renovarse diariamente ó cada dos días, por la mañana ó por la tarde, á causa del mal olor del polisulfuro. Se fricciona suavemente el cuero cabelludo con un cepillo suave ó un pequeño trozo de tarlatana mojado en una de las mezclas siguientes, que se calientan al baño maría ó se les añade agua caliente; se procurará siempre hacer las fricciones siguiendo la dirección de los cabellos, á no ser que se quieran combatir manifestaciones tenaces y hacer desaparecer escamas muy adherentes; en este último caso, se podría friccionar el cuero cabelludo con la mayor libertad y en todos sentidos.

Alguna de las fórmulas que podrán emplearse, son las siguientes:

Polisulfuro de potasio.	4 gramos
Tintura de benjuí.	2 —
Agua destilada.	250 —

Disuélvase.

(Esta mezcla debe prepararse en el momento de usarla).

Por eso es preferible prescribir:

Polisulfuro de potasio líquido. . .	de XX á LX gotas
Agua caliente.	una cuarta parte de vaso

M. s. a.

Se echan en un vaso que contiene una cuarta parte de agua caliente las dosis de polisulfuro, que variarán, según la tolerancia de los individuos, de XX á LX gotas, y en el caso de que despida un olor demasiado desagradable, se añaden algunas gotas de tintura de benjuí, haciéndose todo en el momento de usarla. (Sabido es que el polisulfuro de potasio líquido se compone de 100 gramos de polisulfuro de potasio sólido por 200 gramos de agua).

Se comenzará por peinar al enfermo, después se trazan las rayas con el batidor, dirigiendo los cabellos á derecha é izquierda, y sobre el cuero cabelludo así descubierto se hará una fricción ligera con una pequeña torunda de algodón hidrófilo arrollado al extremo de un bastoncito ó de un portaplumas, y empapado de la mezcla sulfurosa, ó bien con un cepillo de pelo muy delgado y muy suave. Tratadas ya de este modo todas las regiones enfermas, se seca la cabeza con una toalla caliente y se aplica en los cabellos un poco (lo menos posible) de aceite de almendras dulces perfumado ó de aceite antiguo. El olor desagradable del polisulfuro se disipa con bastante rapidez. Tan pronto como el enfermo haya mejorado, las lociones se harán tan sólo una ó dos veces por semana.

B. — TRATAMIENTO POR LA LOCIÓN AZUFRA DA

Este método constituye el procedimiento preferible para combatir las hiperhidrosis aceitosas ó seborreas fluentes del cuero cabelludo. Siempre y cuando se observen secreciones grasosas abundantes tendrá que emplearse ó la loción azufrada ó los polvos de azufre. Desgraciadamente estos dos medios son con mucha dificultad aceptados por los enfermos, quienes los acusan fundadamente de ensuciar los cabellos, hacer necesario frecuentes lavados, y de ser con demasiada frecuencia irritantes para las regiones vecinas, frente, orejas, cuello, pecho, etc. (Véase más adelante).

Se emplea la siguiente mezcla:

Azufre precipitado.	de 15 á 30 gramos	
Alcohol alcanforado.	de 25 á 50	—
Glicerina neutra pura.	de 5 á 10	—
Agua destilada.	250	—

M. s. a.

(Agítese con violencia y durante largo tiempo antes de usarla).

Se echa cierta cantidad de esta mezcla en una taza en donde se empapa una torunda de algodón hidrófilo arrollado al extremo de un portaplumas, se hacen las rayas en el cuero cabelludo depositando sobre el mismo en los claros de los cabellos la mezcla, procurando engrasarlos lo

menos posible; hecha esta operación en una raya, se hace otra muy aproximada á la primera, depositando también en ella la mezcla azufrada, y así seguidamente hasta que todo el cuero cabelludo quede cubierto. Después de la evaporación es necesario que quede en toda la cabeza una ligera capa amarilla de azufre.

Esta sencilla operación tendrá que hacerse con sumo cuidado: no debe dejarse que se corra la mezcla por las partes desprovistas de pelos, especialmente por las orejas y el cuello, pues todas las regiones que no están atacadas de seborrea toleran generalmente muy mal el medicamento, pues determina á veces erupciones eritematosas y vesiculosas intensas y dolorosas, que obligan, en algunos casos, á suspender el tratamiento. En los casos de piel irritable es conveniente, antes de hacer las aplicaciones azufradas, untar con coldcream fresco, ó con una mezcla de vaselina y de lanolina, ó de aleptina, la frente, cara, orejas y cuello. Esta cubierta protectora puede también conservarse por la noche, pues durante el sueño podría suceder que algunas partículas de azufre y de alcanfor se pegaran á las almohadas irritando así la cara y el pecho.

Existen igualmente individuos, por más que esto es mucho más raro, cuyo cuero cabelludo no puede tolerar este medicamento, produciéndoles rubicundez y sensibilidad; en estos casos es necesario suspenderlo inmediatamente.

La primera capa de azufre se dejará en contacto con la piel, hasta el día siguiente y entonces, en vez de quitarla, nos limitaremos á añadir una nueva capa de loción azufrada á la de la víspera, y de este modo seguiremos los días sucesivos hasta que las distintas capas de azufre y de alcanfor, mezcladas con los productos de secreción del cuero cabelludo formen un grueso revestimiento ó costra que impedirá que puedan obrar las nuevas aplicaciones. Entonces se procederá á lavar completamente el cuero cabelludo; el tiempo en que deberá efectuarse esta pequeña operación, variará según los casos, la intensidad de la secreción y según la cantidad de azufre que se deposite cada día: por término medio habrá de renovarse cada cinco ó seis días. En los casos poco intensos, sólo podrá verificarse de diez en diez días. La manera de practicar el lavado ya se ha expuesto al tratar de la *Higiene del cabello*; hay, sin embargo, personas que prefieren limpiarse el cuero cabelludo con torundas de algodón ligeramente empapadas de éter, petróleo ó de cocimiento jabonoso. El lavado se practica de ordinario por la mañana con el fin de que el individuo tenga la cabeza limpia durante todo el día; en la misma noche es conveniente comenzar de nuevo las aplicaciones azufradas.

Cuando se prescribe este tratamiento es preciso advertir antes á los

enfermos que los cabellos caen con extraordinaria abundancia en el primer lavado, pues caen en tan grande cantidad que si el paciente no está prevenido, acusa indefectiblemente al método y lo abandona. Casi todos los cabellos enfermos, de poca firmeza, son entonces eliminados. En el segundo lavado caen todavía en cierta cantidad, mucho menos en el tercero, casi ninguno en el cuarto, y á partir del mismo, esto es, de los veinte á los treinta días por término medio, ha cesado ya la caída de los cabellos.

Algunos dermatólogos, con objeto de hacer más aceptable este procedimiento, han propuesto que no se dejara la capa de azufre en contacto con el cuero cabelludo más que durante la noche, quitándola por medio del lavado á la mañana del día siguiente. En primer lugar, no creemos que los lavados del cuero cabelludo hechos con tanta frecuencia, resulten un procedimiento práctico y siempre inofensivo. Por otra parte, es muy difícil quitar completamente por medio de un solo lavado todo el azufre que se adhiere al cuero cabelludo y con tanta mayor fuerza cuanto más intenso es el proceso morbozo: efectivamente, uno de los síntomas de mejoría de la afección es la menor adherencia del azufre, que se desprende con mayor facilidad dejando por debajo el cuero cabelludo blanco y liso.

Cuando esta mejoría se produce, sólo se aplicará la loción de azufre cada dos días, luego dos veces y hasta una sola vez por semana; de esta manera, esto es, progresivamente, conviene cesar en el empleo del medicamento.

C. — TRATAMIENTO POR LOS POLVOS DE AZUFRE

Hay enfermos que se resisten á tener la cabeza mojada todas las noches, ó que no pueden soportarlo por la facilidad en resfriarse ó porque sufren neuralgias; en estos casos se ensayará el tratamiento con polvos de azufre. El azufre se mezcla, en proporciones que varían según la intensidad del caso y la tolerancia del cuero cabelludo, con el polvo de talco, almidón, magnesia calcinada, óxido de zinc, carbonato ó subnitrate de bismuto, etc.

Con la fórmula siguiente hemos obtenido buenos resultados:

Ácido salicílico.	de 1 á 2 gramos
Clorhidrato de pilocarpina pulverizado. . .	1 —
Azufre precipitado.	12 —
Borato de sosa.	5 —
Polvo de almidón.	10 —
Polvo de talco.	70 —

M. s. a.

(De esta fórmula puede suprimirse, sin grandes inconvenientes, el clorhidrato de pilocarpina, por ser una substancia de las más caras, y de eficacia muy dudosa en este lado del Atlántico. La dosis de azufre puede aumentarse hasta 20 gramos, la de borato de sosa hasta 10 gramos, para una masa total de 100 gramos, y reemplazar el polvo de almidón y de talco por una mezcla de magnesia, óxido de zinc, subnitrate de bismuto y talco).

Todas las noches se cubrirá el cuero cabelludo con una capa de este polvo separando los cabellos. Cuando la cabeza está demasiado sucia, se limpia, y para conseguirlo es conveniente comenzar por quitar, en la medida de lo posible, la mezcla de seborrea y polvo, empleando el éter de petróleo (petróleo de 0,70), ó la preparación siguiente:

Borato de sosa.	de 15 á 30 gramos
Eter sulfúrico alcanforado.	de 10 á 30 —
Agua destilada.	250 —

M. s. a. Agítese con fuerza. (Loción de HILLAIRET).

Después, si es necesario, se enjabona la cabeza, comenzando otra vez desde el mismo día las aplicaciones de azufre. Si el cuero cabelludo queda demasiado tenso y doloroso después de enjabonado, se untará con un poco de vaselina de superior calidad, ó aceite de almendras dulces.

D. — TRATAMIENTO POR LAS POMADAS AZUFRADAS

Se emplearán las pomadas cuando los cabellos son secos ó presentan demasiada tendencia á ponerse secos con el uso de las lociones. El médico, por otra parte, no debe ignorar que á algunos enfermos les convienen más las lociones mientras que á otros las pomadas, sin que sea posible establecer de antemano, por el simple examen del estado local del cuero cabelludo, cuál es la preparación que ha de producir mejores resultados. Cuando la cabeza está bien limpia, se aplica en el cuero cabelludo, con el pulpejo del dedo ó mejor con un poco de algodón montado en una pajuela, y después de haber separado los cabellos, un poco de pomada azufrada al 1 por 20 ó mejor al 1 por 10, si es que el enfermo tolera, como es lo general, esta dosis.

Cuando los cabellos y el cuero cabelludo no son naturalmente muy secos, se emplearán las pomadas á base de vaselina, por ejemplo, la siguiente:

Acido salicílico.	0 gr. 25
Resorcina.	0 gr. 20
Azufre precipitado.	2 gramos
Vaselina pura.	18 —
Bálsamo del Perú.	c. s. para aromatizar.

M. s. a.

Cuando, por el contrario, los cabellos son muy secos, es preferible emplear la fórmula siguiente, debida á E. Vidal, que da excelentes resultados:

Azufre precipitado.	6 gramos
Manteca de cacao.	10 —
Aceite de ricino.	50 —

M. s. a.

(Si las personas á quienes se aplique esta fórmula no tienen el cuero cabelludo irritable, se podrán añadir á la misma 3 gramos de tintura de cantáridas para activar el crecimiento de los cabellos).

La fórmula recomendada por Besnier y Doyon es la siguiente:

Ácido salicílico, resorcina, bálsamo del Perú. .	aa. de 0 gr. 50 á 1 gramo
Azufre precipitado.	de 5 á 10 gramos
Lanolina y vaselina pura.	aa. 50 —

M. s. a.

Hágase por la noche una ligera fricción en la piel de la cabeza con una pequeña cantidad de esta preparación, lavando la cabeza al día siguiente por la mañana con agua caliente y jabón.

En el caso de que no se desee lavar con tanta frecuencia el cuero cabelludo, se reducirá la aplicación de pomada por la noche á una muy pequeña cantidad, y no se procederá al lavado de la cabeza sino cuando ésta y los cabellos estén demasiado engrasados. Desde el momento que se produzca la mejoría sólo se pondrá la pomada una ó dos veces por semana y después se suspenderá su empleo.

E. — TRATAMIENTO POR LOS MERCURIALES

Las preparaciones mercuriales en el tratamiento de las alopecias seborreicas producen con menos frecuencia buenos resultados que las preparaciones de azufre; sin embargo, en los casos que fracase el azufre se podrá obtener algún resultado con su empleo, y también se ensayarán en las personas que no pueden sufrir el olor de los sulfurosos ó que no quieren llevar polvos amarillos en los cabellos.

Las preparaciones mercuriales se emplean en forma de lociones ó de pomadas. Cuando el cuero cabelludo está demasiado seco, se prescriben principalmente las pomadas, y, al contrario, se aplican las lociones cuando es demasiado grasoso. Casi siempre, sin embargo, será conveniente combinar estas dos clases de preparaciones en proporciones que varían según el estado del cuero cabelludo.

He aquí algunas fórmulas de soluciones para fricciones:

Bicloruro de mercurio.	de 1 á 3 gramos
Alcohol de 90°.	de 100 á 200 —
Agua destilada.	de 900 á 800 —
	de manera que forme 1 litro

Disuélvase.

Bicloruro de mercurio.	de 1 á 3 gramos
Clorhidrato de amoniaco.	de 1 á 3 —
Agua destilada de laurel-cerezo.	50 —
Agua destilada.	950 —

Disuélvase.

Licor de van Swieten.	de 100 á 200 gramos
Hidrato de cloral.	25 —
Agua destilada de rosas.	de 500 á 400 —

Disuélvase.

(Estas fórmulas se pueden variar indefinidamente).

Como pomada, se pueden emplear las siguientes:

Óxido amarillo de mercurio.	1 gramo
Vaselina pura.	19 —

M. s. a.

Calomelanos.	1 gramo
Tanino.	2 —
Vaselina pura.	25 —

M. s. a.

Cuando hay comezón, Malassez aconseja la fórmula siguiente :

Turbit mineral.	1 gr. 50
Manteca de cacao.	10 gramos
Aceite de ricino.	50 —
Bálsamo del Perú.	1 —

M. s. a.

Por regla general, se aplica en el cuero cabelludo cada uno ó dos días por la noche un poco de cualquiera de las pomadas precedentes, y al día siguiente de la aplicación por la mañana, se lava el cuero cabelludo con una de las soluciones cuyas fórmulas acabamos de indicar.

F. — ÉTER DE PETRÓLEO

Las soluciones precedentes pueden también ser reemplazadas de vez en cuando y con ventajosos resultados por el éter de petróleo (petróleo de 0,70), que nos parece (cuando es tolerado, es decir, si no irrita el cuero cabelludo ó no determina intolerables sensaciones de escozor), la substancia preferible para fricciones, lavados y desengrases en las alopecias seborreicas. En algunos individuos las fricciones del cuero cabelludo practicadas dos veces por semana, día por otro, diariamente y hasta dos veces por día, según la intensidad del proceso seborreico, bastan para detener la caída de los cabellos, llegando también á creer algunos enfermos que vuelven á crecer en cierta medida. El éter de petróleo desgrasa per-

fectamente la mayor parte de los cabellos y limpia admirablemente el cuero cabelludo; sucede á veces, sin embargo, que desobstruyendo los conductos excretores de las glándulas, facilita la salida de la grasa que contienen por el cuero cabelludo de tal manera, que la cabeza parece estar mucho más grasosa después que antes de la aplicación: otras veces también es muy mal tolerado por ciertos sujetos, que experimentan después de la aplicación las más vivas sensaciones de escozor.

G. — COALTAR SAPONINADO

El coaltar saponinado sirve para limpiar el cuero cabelludo y para calmar la comezón. Se emplea de ordinario mezclado con cinco á diez veces más su volumen de agua muy caliente, disminuyendo después poco á poco, si el enfermo lo tolera, la cantidad de agua.

H. — AMONIACO

El amoníaco ofrece también la gran ventaja de hacer desaparecer las películas y calmar la comezón. Su prescripción en la fórmula clásica es la siguiente:

Amoníaco líquido.	2 cucharadas de café
Ron.	3 cucharadas de sopa
Agua de hojas de nogal.	1 vaso grande

M. s. a.

ó bien asociada á diversas tinturas:

Amoníaco líquido.	10 gramos
Tintura de quina.	} aa. . . . 20 —
— de romero.	
— de jaborandi.	
Espíritu de vino.	30 —
Agua destilada.	150 —

M. s. a.

Muchas mujeres, deseosas de tener el cabello rubio, emplean el agua sedativa de Raspail mezclada con cinco ó seis veces su volumen de agua. Sabido es que el agua sedativa de Raspail se compone de:

Amoníaco líquido.	100 gramos
Agua destilada.	900 —
Sal marina.	20 —
Alcanfor.	2 —
Esencia de rosas.	c. s. para aromatizar

M. s. a.

Esta mezcla tiene la ventaja de obrar sobre las películas y la comezón, secar el cuero cabelludo y decolorar los cabellos, á los que da un tinte rubio bastante claro con tendencia al rojo.

El *clorhidrato de amoniaco* se emplea contra la *pitiriasis capitis* en solución del 1 por 200 en agua de rosas con una pequeña cantidad de glicerina.

I.—NAFTOL

La escuela vienesa ha encomiado mucho los buenos efectos del naftol en las seborreas. Se limpia el cuero cabelludo con aceite naftolado al 1 por 100 y jabón á base de naftol; después se unta durante cinco á siete días con una solución alcohólica de naftol al 1 por 400 ó al 1 por 200, después de lo cual se practicarán simples lociones alcohólicas, ó bien se vuelve á comenzar si el resultado no hubiese sido satisfactorio. El uso de estas lociones se combina á menudo con el de una pomada á base de naftol al 1 por 20 ó al 1 por 10, á no ser que deba tratarse una hiperhidrosis aceitosa de las más abundantes. Es preferible la combinación del naftol y el azufre, pues se tienen de este modo preparaciones mucho más eficaces.

J.—RESORCINA

Lo mismo puede decirse de la resorcina, la que algunos autores (Ihle), sin embargo, han empleado sólo para combatir las seborreas, ora en solución ligeramente alcoholizada al 1 ó 4 por 100, ya en forma de solución aceitosa el 1 por 60 ó al 1 por 30 con partes iguales de aceite de olivas y aceite de almendras dulces, ya, por último, bajo la forma mixta siguiente:

Resorcina.	de 5 á 10 gramos
Aceite de ricino.	45 —
Alcohol de 60°.	150 —
Bálsamo del Perú.	0 gr. 50

M. s. a. y agítese antes de usarla.

(IHLE).

Nosotros la prescribimos frecuentemente en forma de pomada al 1 por 100, 1 por 50 ó 1 por 20, según la tolerancia de los individuos, asociada al *ácido fénico* para calmar la comezón, ó asociada al *azufre* para combatir la *pitiriasis capitis*.

K. — OTROS MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

Entre los muchos medicamentos que se han preconizado también contra las seborreas, son dignos de especial mención para los prácticos:

1.° La *tintura de yodo* pura y fresca (Bodin, Sabouraud), la cual en los casos de eczema seborreico circinado del cuero cabelludo limpia la cabeza con extremada rapidez, y aplicada varias veces con algunos días de intervalo, libra por largo tiempo á los pacientes de su enfermedad. Se deposita por todo el cuero cabelludo con una pequeña torunda de algodón hidrófilo, y si los revestimientos ó costras son muy espesos es conveniente frotar ligeramente al hacer las primeras aplicaciones;

2.° El *borato de sosa*, que da muy buenos resultados en lociones, en los casos de seborrea aceitosa abundante;

3.° El *bicarbonato de sosa*, en solución al 1 por 50, se aplica siempre y cuando el cuero cabelludo ó los cabellos son muy grasosos con un cepillo suave ó con una torunda de algodón hidrófilo. Se utilizan en estos como en otros casos los *cristales de sosa*, *clorato de sosa* ó *clorato de potasa*, para limpiar y secar la cabeza, á no ser que esté muy especialmente grasosa; luego de limpiada así la cabeza, convendrá poner un poco de vaselina ó de aceite de almendras dulces en los cabellos y cuero cabelludo.

4.° Los *diversos ácidos* han sido empleados con cierto éxito por algunos autores (Pincus) en los períodos más avanzados de las seborreas, prescribiéndose en forma de lociones:

Acido láctico ó cítrico.	de 0 gr. 50 á 1 gramo
Acido bórico.	de 2 á 5 —
Agua destilada.	220 —
Espíritu de vino rectificado.	de 30 á 40 —

Disuélvase.

(PINCUS).

(De una á tres cucharadas de café, dos veces por día, en fricciones sobre el cuero cabelludo).

Acido fénico.	1 gr. 20
Aceite de ricino.	7 gramos
Alcohol de 90°.	90 —
Esencia de almendras amargas.	0 gr. 24

M. s. a.

(Aplicuese después de haberse lavado la cabeza y agítase antes de usarlo) (DÜHRING).

Ó en pomadas:

Acido láctico.	de 0 gr. 25 á 0 gr. 75
Acido bórico pulverizado.	de 2 á 3 gramos
Manteca de cerdo.	125 —
Aceite de oliva.	5 —

M. s. a.

(PINCUS).

Tenemos por costumbre asociar estos ácidos, ya á lociones, ya á pomadas, que prescribimos en algunos casos determinados; empleamos el *ácido fénico* cuando intentamos combatir comezones rebeldes (véase anteriormente) y el *ácido acético* si queremos excitar el cuero cabelludo para provocar, en lo posible, la nueva salida de los cabellos; pero es preciso desconfiar en muchos casos de estas acciones demasiado irritantes, porque aumentan las fluxiones sanguíneas y las congestiones del cuero cabelludo.

5.º El *tanino*, el *ácido gálico*, el *extracto de quina*, el *alumbre* y el *sulfato de hierro* han dado algunos resultados en los casos de seborrea fluente. El *ictiol* ha sido preconizado por muchos autores, pero su olor es un obstáculo para su empleo diario, á pesar de lo cual los jabones á base de ictiol son bastante usados por ciertos dermatólogos.

6.º La *pilocarpina* y el *jaborandi* se han elogiado sobre todo para las alopecias prematuras idiopáticas.

IX

Indicaciones especiales á las diversas variedades de seborrea

Conocidos ya los diversos agentes que se utilizan en el tratamiento local de las seborreas, procuraremos ahora precisar el modo y tiempo de prescribirlos y principalmente en qué forma y en qué circunstancias convendrá combinarlos entre sí.

A.—PITIRIASIS CAPILLITII (SEBORREA SECA)

1.º Si se trata de un hombre, es necesario, cuando esto sea posible, hacerle cortar los cabellos al rape y obligarle á llevarlos del mismo modo mientras dure el tratamiento: se dejarán en su dirección natural, sin levantarlos con el cepillo.

Cuando el cuero cabelludo y los cabellos están muy secos, se pondrá por la noche sobre el cuero cabelludo, en caso de convenir (una, dos, tres veces por semana, según el grado de sequedad de la cabeza y la persistencia de las películas), un poco de *pomada azufrada* simple (véase anteriormente), que se formula con aceite de ricino y manteca de cacao si los cabellos están muy secos, con lanolina y vaselina en partes iguales si no lo son demasiado, y vaselina simple cuando tienen tendencia á engrasarse.

En casos de mucha comezón, se añade á la pomada azufrada un poco de *naftol* y de *alcanfor* (de 1 por 10 á 1 por 50), *resorcina* (de 1 por 100 á 1 por 50), ó *ácido fénico*; *ácido salicílico* cuando las películas son gruesas y adherentes, y *tintura de cantáridas* ó *ácido acético* si el cuero cabelludo está atónico y conviene excitarlo.

Tan pronto el cuero cabelludo se haya ensuciado en lo más mínimo, ó se engrase, ó los cabellos se ensucien, tendrá que procederse á limpiarlo, lo que se efectuará con el *éter de petróleo*. En el caso de que esta substancia irrite la piel ó no sea conveniente por otro concepto, se emplearán *yemas de huevos* batidas en agua ó en cocimiento de *madera de Panamá* y de *saponaria* adicionada de un poco de jabón de *brea* y de Panamá, ó de jabón á base de *naftol*. Algunas veces será conveniente practicar estos lavados diariamente ó cada dos días.

Si la comezón es muy intensa se hará además una ó dos veces por semana, una loción en el cuero cabelludo con *polisulfuro de potasio* (véase anteriormente), ó bien con *coaltar saponinado*, ó con *sublimado*, al 1 por 400 ó 1 por 600, ó con *naftol* ó *amoniaco*.

Cuando los cabellos tienden á ser grasientos, se evitará el uso de pomadas, prescribiéndose en cambio dos ó tres veces por semana lociones de *éter de petróleo*, solo ó alternando con una loción á base de *ácido acético* ó *amoniaco*, *coaltar saponinado*, *sublimado*, *polisulfuro*, etc., según las diversas indicaciones; si con estas lociones los cabellos se vuelven demasiado secos se les pondrá de vez en cuando un poco de aceite de ricino ó de aceite de almendras dulces mezclado con ron ó *tintura de quina*, de *romero* ó de *jaborandi*.

En este caso se podrá emplear también la pomada azufrada á base de vaselina dos veces por semana, limpiando al día siguiente por la mañana el cuero cabelludo con una de las lociones secantes que hemos ya indicado.

2.º *Si se trata de una mujer*, no se emplearán las pomadas á base de azufre, resorcina, naftol, tanino ó mercurio, sino cuando sea necesario quitar las películas, pues es muy difícil tener con ellas la cabeza perfectamente limpia. Para las mujeres son preferibles las lociones.

Por poco grasienta que se encuentre la cabeza se prescribirá el *éter de petróleo*, del que se harán, según sean necesarias, una, dos ó tres aplicaciones por semana. De ser mal tolerado el *éter de petróleo* se sustituirá por una loción á base de *amoniaco* ó de *coaltar saponinado*. En caso de necesidad, se acudirá á los grandes enjabonamientos tantas veces como sea necesario.

Cuando la cabeza está demasiado seca, se pone en el cuero cabelludo

cada dos ó tres días un poco de vaselina y se untan de vez en cuando los cabellos con una mezcla de aceite de ricino y ron ó un poco de aceite de almendras dulces.

B. — COSTRAS GRASIENTAS ABUNDANTES DEL CUERO CABELLUDO

Se limpiará el cuero cabelludo tantas veces como sea necesario con el cocimiento de *saponaria* y de *madera de Panamá* y un jabón medicamentoso cualquiera. Después se prescribe la *loción de azufre* (véase anteriormente) siempre que sea posible. Cuando por este procedimiento se sequen demasiado los cabellos, se les untará de tiempo en tiempo con un poco de aceite. Si el enfermo no se aviene á llevar constantemente la cabeza cubierta de azufre, podrá reducirse la aplicación de la loción azufrada á una ó dos veces por semana, haciéndola por la noche y enjabonando á la mañana siguiente el cuero cabelludo.

Si ni aun de este modo quiere servirse de la loción azufrada rehusándola absolutamente, se recurrirá á las fricciones del cuero cabelludo con mezclas secantes, por ejemplo:

Acido láctico	de 0 gr. 50 á 1 gramo
Acido bórico	de 2 á 5 —
Espíritu de vino rectificado.	40 —
Agua destilada	220 —

M. s. a.

ó bien con la mezcla de borato de sosa de Hillairet (véase anteriormente)
ó con una mezcla boratada ó bicarbonatada, etc.

C. — HIPERHIDROSIS ACEITOSA DEL CUERO CABELLUDO

En este caso se lavará la cabeza con lociones alcalinas á base de *borato de sosa*, *bicarbonato* ó *clorato de sosa*, con cocimiento de *corteza de roble con ó sin alumbre*, con jabones á base de *naftol*, *borato de sosa*, *ácido salicílico*, etc., aplicándose después la *loción de azufre*.

De no convenir esta última loción, se emplearán polvos inertes como el *almidón* ó el *talco*, á los que se añade *óxido de zinc*, ó bien *carbonato de bismuto*, *carbonato de magnesia*, *salicilato de bismuto* (de 5 á 10 por 100), *salicilato de sosa* (de 3 á 10 por 100), *ácido salicílico* (de 1 á 5 por 100), *azufre precipitado* (de 2 á 20 por 100), *alumbre*, *borato de*

sosa (de 1 á 5 por 100), etc. A la mañana siguiente se quitarán estos polvos enjabonando el cuero cabelludo, y pasando después por el mismo ya *éter de petróleo*, ya una solución alcohólica de *tanino* ó de *sulfato de quinina*.

D. — ECZEMA SEBORREICO CIRCINADO DEL CUERO CABELLUDO

Siempre que sea posible y el enfermo lo tolere, habrá que recurrir á las embrocaciones de *tintura de yodo* reciente. En el caso de no poderse emplear, se lava cuidadosamente la cabeza siempre que convenga con jabón de *brea* ó jabón á base de *sublimado*; se practica una loción todas las mañanas con una solución de sublimado al 1 por 500 y se aplica cada noche hasta la desaparición de la erupción en los puntos enfermos, frotando ligeramente, la pomada á base de *óxido amarillo hidrargírico*, ó de *turbit mineral* al 1 por 30 ó 1 por 20.

Cuando haya desaparecido todo vestigio de la erupción, se aplicará solamente la pomada dos veces por semana y después una sola vez, pero convendrá continuar todavía los cuidados locales durante algún tiempo á fin de evitar las recidivas casi inmediatas.

En el caso de que no convinieran las preparaciones mercuriales, se hacen los lavados con una solución de *ácido fénico* al 1 por 100 ó con *polisulfuro de potasio* líquido mezclado con agua caliente, y se aplica después una pomada azufrada.

He aquí, para terminar, el procedimiento que recomienda Lassar.

Cada día será preciso:

- a) Friccionar vigorosamente la cabeza con jabón de *brea* durante quince minutos;
- b) Practicar en seguida afusiones primeramente calientes, después frías;
- c) Hacer una loción con una solución de sublimado al 1 por 500;
- d) Secar y friccionar el cuero cabelludo con una solución de *naftol* al 1 por 200;
- e) Esparcir por la cabeza 25 gramos de aceite fenicado y salicilado al 2 por 100.

Evidentemente no es más que un tratamiento de hospital, y para prescribirlo es preciso que se trate de epidermis muy particularmente resistentes. A pesar de esto, hemos creído interesante señalarlo para demostrar claramente que creemos en la naturaleza parasitaria de este

eczema, y que es necesario emplear, para combatirlo, los mejores parasiticidas cutáneos conocidos, dando la preferencia á la tintura de yodo siempre y cuando sea esto posible.

X

Foliculitis depilantes

Las foliculitis y perifoliculitis en las que el proceso inflamatorio termina por la destrucción total del folículo piloso, son las más numerosas. En nuestra obra sobre el tratamiento de las enfermedades de la piel, las hemos dividido en dos grupos, que si bien son algo artificiales, permiten hasta cierto punto comprender mejor el conjunto:

1.º *Las foliculitis y perifoliculitis depilantes diseminadas*, que comprenden la mayor parte de las dermatosis pustulosas susceptibles de determinar la supuración del folículo, tales como la viruela, la sífilis y todas las variedades del acné, pero sobre todo el acné ulceroso ó atrófico (necrótico de Boeck, varioliforme de los alemanes). Creemos haber demostrado que la queratosis pilosa estaba esencialmente constituida por un proceso análogo; estas diversas afecciones se estudian en capítulos especiales, por lo que no debemos ocuparnos aquí de su tratamiento.

2.º *Las foliculitis y perifoliculitis depilantes agminées*, que comprenden casos extremadamente complejos, todavía muy poco conocidos y muy parecidos á las sicosis vulgares y acnés atróficos, con los cuales se han confundido hasta el presente, pero de los que se distinguen clínicamente. Es imposible poder afirmar en la actualidad si reconocen idénticas causas inmediatas, si constituyen simples variedades objetivas de una misma y única afección, ó si deben realmente considerarse como entidades morbosas bien definidas y especiales. Sus caracteres comunes son los de estar constituidas por un proceso inflamatorio folicular y perifolicular y por una destrucción definitiva de la papila pilosa, que conduce á la alopecia y á un estado de atrofia de la piel más ó menos acentuado, y á veces á una induración más ó menos queloidea de los tegumentos: éstas son las alopecias cicatriciales innominadas de E. Besnier.

Como ignoramos todavía casi por completo lo que puede convenir á estas formas morbosas, nos ocuparemos muy brevemente de las mismas.

La queratosis pilosa puede, al parecer, determinar la producción de placas alopécicas cicatriciales irregulares que correspondan por su aspecto

á los tipos clínicos de que hablamos; su estudio pertenece á la *Queratosis pilosa*.

A. — En 1885 y 1888 describimos, con el nombre de *pseudopelada*, varios casos cuya realidad ha sido negada por muchos autores, que los incluyen, unos entre los favus desconocidos y otros en la pelada ordinaria. El proceso morbozo se caracteriza en estos casos por una tumefacción y tinte rosado muy ligeros alrededor del pelo atacado; la tumefacción y tinte rosado pueden también no ser apreciables. Si se ejerce una ligera tracción sobre el pelo interesado cede con la mayor facilidad y queda casi siempre envuelto por una vaina blanquizca gruesa, parecida á la de un pelo atacado de favus. Cuando se quita ó cae el pelo espontáneamente, el proceso inflamatorio se calma, pero ya ha producido la atrofia completa de la papila y la calvicie es definitiva: el cuero cabelludo es blanco, liso, como ebúrneo, á menudo deprimido y de aspecto cicatricial. Las placas atróficas no tienen forma regular; el proceso morbozo se extiende ramificándose por diversos puntos de las regiones sanas, existiendo muchas veces también pequeñas placas distantes diseminadas alrededor de los focos principales. Los diversos ensayos de cultivos que se han intentado hasta nuestros días, aunque sin gran perseverancia, no han dado ningún resultado satisfactorio.

Hasta que estemos mejor informados, aconsejamos *depilar*, siempre que sea posible, todo alrededor de las placas, avanzando de 7 á 10 milímetros en los tejidos sanos. Se harán lociones cotidianas de *sublimado* al 1 por 1000 ó al 1 por 500, si es que el enfermo puede tolerarlas, aplicándose en todos los puntos enfermos pomadas á base de *turbit mineral* ó de *óxido amarillo* al 1 por 30, 1 por 20 ó 1 por 15.—Cuando esta medicación no da resultado, deberá recurrirse á las preparaciones del *azufre*, y especialmente á las pomadas que desde mucho tiempo recomendamos para el acné y que contienen dosis relativamente elevadas de *azufre*, *jabón negro*, *resorcina*, *alcanfor* y *naftol*.

B. — Lailier y Robert, y después Quinquaud, han descrito con el nombre de *acné decalvante* y de *foliculitis depilante ó decalvante*, otro tipo morbozo caracterizado, desde el punto de vista objetivo, por foliculitis supuradas y abscesos miliares, cuyo volumen por término medio es de una cabeza de alfiler, de cuya parte central emerge un pelo que se arranca con facilidad. El pelo muere muy pronto y cae espontáneamente; no vuelve á salir, y el proceso inflamatorio produce la atrofia definitiva del folículo piloso y de sus anexos. En los puntos atacados, el cuero cabelludo, cuando la enfermedad ha evolucionado, es liso, de un color blanco mate, como atrofiado, adelgazado y deprimido. A veces ofrece el aspecto

de una cicatriz, recordando las cicatrices que deja el favus. Las placas alopécicas son irregulares, de variables dimensiones, y diseminadas por distintos puntos del cuero cabelludo. Los elementos eruptivos tienen tendencia á agruparse en focos, á pesar de lo cual continúan siempre distinguiéndose unos de otros. Quinquaud ha descrito un micrococo que halló en las pústulas y lo considera como patógeno. De lo expuesto se desprende que este tipo morbozo ofrece muchos puntos de contacto con el acné atrófico.

Quinquaud ha preconizado la siguiente medicación: 1.º limpiar cuidadosamente el cuero cabelludo lavándolo con agua de jabón; 2.º hacer una embrocación cada diez días en las regiones enfermas y circunvecinas con tintura de yodo, y 3.º locionar todas las mañanas las placas con el líquido siguiente:

Biyoduro de mercurio.	0 gr. 15
Bicloruro de mercurio.	1 gramo
Alcohol de 90°.	60 —
Agua destilada.	500 —

M. s. a.

Cuando esta medicación fracasara, aconsejaríamos que se recurriese á las pomadas de *azufre* puras ó á las pomadas de azufre con *jabón negro* ó *resorcina*, como las que se emplean contra el acné, ó también á los emplastos á base de *ictiol* azufrado ó de *resorcina*.

C. — Corresponderíanos ahora hablar de las distintas variedades de foliculitis de la barba que van acompañadas de alopecia más ó menos acentuada con transformación de los tegumentos en tejido de cicatriz más ó menos endurecido, y de un modo especial, del tipo morbozo muy extraño de curso lento y extensivo al que hemos dado el nombre de *sicosis lupoi-*de. Nos limitaremos á decir que los procedimientos que nos han producido menos malos resultados son las pulverizaciones prolongadas con *aguas sulfurosas*, las aplicaciones de *baregina* ó *glerina*, y de pomadas azufradas (véase anteriormente), las cauterizaciones ígneas con el *electrocauterio*, las *escarificaciones* lineales cuadrículadas seguidas de lociones á base de *sublimado*, y de aplicaciones de *pomadas* ó de *emplastos hidrargíricos*, y por último, las embrocaciones con soluciones de *pioc-*tina, variando en la proporción del 1 por 100 al 1 por 25.

II

TRATAMIENTO DE LA PELADA

POR

R. SABOURAUD

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Prefacio. — Sumaria definición sintomática. Origen parasitario de la enfermedad. — División

Así como las alopecias consecutivas á las grandes enfermedades infecciosas pueden considerarse los mejores ejemplos de alopecias difusas, la pelada es el tipo de las alopecias localizadas; y al paso que las alopecias difusas, — similares en los síntomas y en el curso, — pueden manifestarse después de muy diversas afecciones, las áreas alopécicas de la pelada, por el contrario, son completamente especiales de esta enfermedad de la que constituyen el principal síntoma. Al estudiar, pues, la pelada, salimos del examen de un síntoma para entrar en el de una entidad morbosa cuyo carácter específico y autonomía parecen absolutas.

La pelada (*Area Celsi. — Alopecia areata*) es una enfermedad de todas las regiones pilosas del cuerpo, caracterizándose por una ó varias *manchas circulares sin pelos*, que aparecen en un punto cualquiera, las más de las veces en el cuero cabelludo ó en la barba. En su área, los cabellos caen progresiva y espontáneamente hasta que no queda el menor rastro de ellos, y la piel de todas estas manchas circulares desprovistas de pelo se convierte en lisa y brillante. Después de un período de extensión, las manchas se hacen ordinariamente estacionarias con una marcha espontánea hacia la curación. Pero es muy frecuente y casi de regla ver aparecer después nuevas manchas, pues uno de los

principales caracteres de la enfermedad es el ser recidivante. La pelada, sujeta á un buen tratamiento, puede curar, como también una severa profilaxia puede atenuar las recidivas ó impedir que se reproduzcan.

Descuidada, la enfermedad puede también llegar á curarse, pero desgraciadamente es frecuente que después de recidivas graves se establezca una pelada generalizada crónica poco menos que incurable y definitiva.

Ocupándonos aquí únicamente de la terapéutica de la pelada, limitaremos á estas sencillas indicaciones el cuadro general de la enfermedad, y es tanto más fundado proceder así, cuanto que más adelante deberemos examinar cada uno de sus síntomas en detalle á propósito del tratamiento más conveniente.

Antes de proceder al estudio del tratamiento de la pelada, importa mucho exponer todo cuanto se sabe en la actualidad acerca de los orígenes de la enfermedad, hoy principalmente que la terapéutica, rompiendo con prácticas tradicionales, se esfuerza en atacar más bien que el síntoma la causa de la enfermedad.

La pelada es una enfermedad contagiosa y por lo tanto parasitaria. Este es uno de los principios más importantes que la escuela dermatológica francesa (Besnier, Brocq) ha logrado poner fuera de duda, y ha sido casi unánimemente aceptado en Francia, por más que se discuta todavía en el extranjero.

Las divergencias de opinión sobre este asunto dependen de tres causas diferentes y propias para esclarecer la etiología y la patogenia de la enfermedad: las resumiremos brevemente.

1.º La pelada se observa con menos frecuencia en el extranjero y en su consecuencia es menos conocida que en Francia.

2.º A menudo la filiación *directa* de los casos de pelada queda oscura.

3.º La forma ordinaria de verificarse el contagio produce los casos esporádicos con más frecuencia que las grandes epidemias en focos, que son la demostración concluyente de un contagio.

1.º Como acabamos de indicar, la pelada procede ordinariamente por casos en apariencia aislados, esporádicos. Son necesarios, por lo tanto, muchos ejemplos de pelada para poder observar *innegables transmisiones*. En París, entre el gran número de casos observados, la filiación directa de muchos de ellos es demostrable. Pero estos casos demostrativos son, aún en París, la excepción, y por todos los puntos en donde los casos de la enfermedad son menos frecuentes, los casos demostrativos serán aún más raros y el origen de casi todos quedará desconocido.

Nos valdremos de una comparación para aclarar el argumento. En

París, el favus es raro y esporádico. Suponiendo por un momento que nos es desconocida su causa parasitaria, podría suscitarse una discusión análoga sobre si es ó no contagiosa esta enfermedad. En Alemania, en donde el favus es frecuente, podrían citarse miles de ejemplos de contagio evidente que podrían dejarnos en duda.

Con la pelada pasa exactamente lo propio, desde este punto de vista. Es rara en Alemania, frecuente en París, y los casos de contagio, evidentes para nosotros, no logran disipar las dudas de los observadores alemanes, por la sencilla razón de que ellos no los han visto, *porque no los pueden ver*.

2.º La causa de error más importante sobre este punto, conviene decirlo, es más general. Proviene de una falta de lógica con la que la teoría parasitaria ha chocado siempre á cada paso de avance que ha dado, y en la que han sucesivamente incurrido todos sus adversarios.

Esta falta consiste en conceder igual valor en la discusión al hecho *positivo* que al *negativo*.

Y precisamente en la pelada los casos negativos, — aquellos en que no puede demostrarse la transmisión directa de la enfermedad, — son los más numerosos.

Rigurosamente hablando, ¿qué valor tienen? ¿Prueban que en estos casos, sea cual fuere, por otra parte, el origen de la enfermedad, este origen *no ha podido encontrarse*?

Pero ¿qué significan diez mil casos negativos contra un determinado número de casos positivos bien observados? Si se admite previamente que se trata siempre de la misma enfermedad, el caso positivo demuestra el contagio, los negativos prueban únicamente que no es posible encontrarlo siempre.

Un solo ejemplo de pelada familiar inspirará sospechas, y una sola epidemia en un colegio ó cuartel destruirá la teoría que niega la contagiosidad de la pelada. Ahora bien, estas epidemias se han comprobado en el hospital de Saint-Louis diez veces por año desde hace diez años.

Se infiere, pues, de lo dicho que la pelada es contagiosa, quedando únicamente por determinar las condiciones necesarias y suficientes para que el contagio se verifique.

Tenemos antes de nuestra época el ejemplo parecido de veinte enfermedades parasitarias cuya contagiosidad se ha tenido durante mucho tiempo por dudosa: la septicemia puerperal, la erisipela, la pneumonía, la tuberculosis, el muermo, el carbúnculo... y las tiñas criptogámicas y la sarna.

Y lo mismo entonces que ahora, la crítica se ha amparado en el

argumento esencialmente nulo de *que la contagiosidad no siempre puede demostrarse.*

El mismo Louis escribía: «La fiebre tifoidea parece contagiosa, *por lo menos en las ciudades.*»

Y los autores modernos, también sin atacar la unidad de la pelada, rehusan admitir la transmisión de la pelada *urbana* reconociendo como contagiosa la pelada del *ejército!*

3.º Los adversarios del contagio de la pelada presentan como objeción otro argumento, que á primera vista parece más serio: es el carácter ordinariamente esporádico de la enfermedad.

«He aquí, dicen, una enfermedad contagiosa, y sin embargo, los casos de contagio se observan raras veces en la familia, en la que, como es natural, los contactos son continuos. Se transmitirá únicamente entre sujetos que no tienen ninguna relación entre sí, ningún contacto, de un individuo á otro individuo aislados entre veinte familias diferentes. Si la pelada es contagiosa, ¿cómo no se ejerce el contagio ante todo en la familia?»

A esta objeción podemos contestar, fundándonos en un gran número de casos: *que los instrumentos del peluquero son casi los únicos agentes de transmisión del contagio indudablemente, porque sólo ellos pueden producir las efracciones necesarias para la pululación del contagio que traen consigo.*

Cuando por la comprobación de centenares de observaciones (que parecen calcadas las unas sobre las otras) ha llegado á demostrarse este punto primordial; cuando, por ejemplo, en un centro como el hospital Saint-Louis, se ven series de peládicos de un mismo barrio y se averigua que todos se servían en la misma peluquería..., entonces se explican las tendencias especiales de la pelada desde el punto de vista de la diseminación *que se presumía esporádica.*

Se comprenden desde luego las epidemias de colegio y las de cuartel. En éste, como en los demás casos, es el peluquero común el que produce las inoculaciones una á una; pero aquí los individuos contaminados permanecen juntos, y por esto la pelada toma el carácter de una epidemia en foco.

En la ciudad, por el contrario, el peluquero es común á multitud de individuos que sólo se ven en la peluquería, y un solo peluquero podrá crear una epidemia urbana tan numerosa como se quiera. Como los individuos contaminados viven todos separados, cada uno de los casos aparecerá siempre como esporádico. Y siendo, por otra parte, muy escasos los actos de la vida de familia que pueden causar efracciones del

cuero cabelludo parecidas á las de la navaja de afeitar y de la máquina de cortar el cabello, las epidemias familiares serán siempre muy raras. De este modo se comprende que todo caso de pelada sea, aunque sólo en apariencia, aislado.

Para explicar aunque no fuesen más que 20 casos de pelada consecutivos en un cuartel ó en una escuela, no existe otra hipótesis posible que la del contagio. Luego, toda enfermedad que se propaga de un individuo á otro supone *una causa activa capaz de multiplicarse, de reproducirse*. Esta causa es la que llamamos un *ser viviente*, y en este caso un *parásito*.

Esta noción etiológica es la que ha de dominar forzosamente todos los capítulos siguientes, guiando por completo nuestro estudio profiláctico como también toda la terapéutica de la enfermedad, con las reservas que nos impondrán la práctica empírica y la experiencia médica.

Estudiaremos primeramente la terapéutica general de la pelada—primeramente la de la pelada extensiva y en seguida la de la pelada estacionaria; esta terapéutica comprende tres puntos:

- α) La limitación de la placa;
- β) El tratamiento de la placa;
- γ) La profilaxia local, que protegerá las partes sanas de la cabellera.

Analizando después los detalles de la enfermedad, los casos particulares é indicaciones que de ellos deriven, estudiaremos:

- 1.º La pequeña placa peládica en sus comienzos;
- 2.º La pelada de cabellos frágiles;
- 3.º La pelada en áreas múltiples;
- 4.º La pelada total aguda benigna;
- 5.º La pelada de recidivas perpetuas;
- 6.º La pelada de la barba;
- 7.º La pelada de las cejas y de las pestañas;
- 8.º La pelada decalvante total, crónica.

Independientemente de este estudio puramente terapéutico, nos ocuparemos en último lugar del asunto especial de la profilaxia, tan conveniente en esta enfermedad:

- A. — En la ciudad;
- B. — En la escuela;
- C. — En la familia.

II

Generalidades acerca el tratamiento de la pelada. —

Peladas extensivas, peladas estacionarias. — Limitación de la pelada extensiva. — Tratamiento de la placa peládica. — Profilaxia de las regiones consideradas sanas

Desde el punto de vista terapéutico, la diferencia más esencial que existe es entre peladas de placas «extensivas», en aumento natural, y peladas de placas «atónicas», de dimensiones estacionarias.

A. — TRATAMIENTO DE LAS PELADAS EXTENSIVAS

1.º Una placa de pelada se encuentra en extensión actual cuando presenta en sus contornos una corona de cabellos *muer*tos, *frágiles* ó en *forma de maza*.

Los cabellos *muer*tos se arrancan en su totalidad sin resistencia ni dolor.

Los cabellos *frágiles* se rompen á algunos milímetros de la piel.

Los cabellos *en forma de maza* son trozos de cabellos frágiles, que han quedado, y que de arriba abajo presentan una metamorfosis regresiva del cabello adulto en pelo fino.

Siempre que una placa de pelada presente estos síntomas, se encuentra en el momento presente en vías de extensión.

La primera indicación, por lo tanto, es la de detener esta extensión.

Ahora bien, la experiencia clínica, independientemente de toda consideración doctrinal, demuestra que la *depilación* abundante de los bordes de las placas enfermas es el mejor medio de detener la marcha progresiva de la alopecia (E. Besnier).

Esta depilación debe limitarse solamente á los cabellos enfermos: muertos, frágiles y en forma de maza, y también á los sanos, en una extensión de un centímetro aproximadamente alrededor de los puntos enfermos. De este modo se consigue una separación artificial entre el cabello muerto y el vivo. Así se cortan los árboles para limitar el incendio de un bosque.

Serán propias de este lugar algunas consideraciones sobre la im-

portancia desde el punto de vista del pronóstico y de la terapéutica del cabello peládico verdadero de la pelada, del cabello en forma de maza, pues la presencia y el número de estos cabellos dictan en cierta manera al médico matemáticamente la conducta que debe seguir en presencia de una pelada invasora.

Antes de caer el pelo, su raíz es asiento de una alteración progresiva, *la papila*, de donde toma su origen, muere, y la raíz *muere lentamente*. De esto se sigue que el cabello antes de perder su adherencia se altera en su parte supraradicular más reciente. En un principio el cabello es frágil, rompiéndose á 4 ó 5 milímetros de la piel. La parte del cabello que ha quedado adherida á la piel continúa viviendo, pero su vida se extingue progresivamente. La papila que formaba pelo adulto forma tan sólo vello, desprovisto de pigmento y de médula.

Este resto de cabello, cuya forma recuerda exactamente la del punto de admiración de imprenta (!), es el que se llama cabello peládico.

Transcurrido algún tiempo, la papila muere del todo y el pelo peládico es expulsado. La existencia de este síntoma es, pues, momentánea y el número de estos cabellos especiales alrededor de una placa peládica nos permite diagnosticar retrospectivamente la rapidez de la invasión reciente, de donde puede pronosticarse la gravedad que tendrá la enfermedad. En fin, de este síntoma deriva como corolario la indicación de si es el tratamiento ligero ó intensivo el que ha de aplicarse á la enfermedad.

Así, pues, en el punto donde son más espesos los pelos en forma de maza que constituyen el cerco que se observa alrededor de una placa peládica, la rapidez de la invasión es excesiva y el tratamiento deberá ser de los más rigurosos. En estos casos, por consiguiente, se procurará ampliar la zona de depilación alrededor de la placa, pues de otro modo se correría el peligro de no detener el proceso de extensión de la enfermedad.

La primera indicación que ha de cumplirse en el tratamiento de la pelada, ó sea la limitación de la placa por medio de la depilación de sus bordes, es de todas las cosas la más necesaria. La dimensión y forma que ha de darse á esta depilación se regulará por el número y la disposición de los cabellos peládicos que la placa presenta. Esta depilación es tanto más necesaria y habrá de hacerse más extensa cuanto la placa se haya agrandado más rápidamente, es decir, que presente más cabellos peládicos á su alrededor.

Se practicará metódicamente con las pinzas, sin dejar una sola raíz corta ni un pelo fino.

La extensión habrá de ser por lo menos de medio centímetro.

2.º La segunda indicación terapéutica es el tratamiento peculiar de la placa peládica.

Sobre este punto se sostienen por los autores dos opiniones distintas.

Unos, partidarios convencidos, pero apasionados, de la etiología microbiana de la enfermedad, aplican á la superficie de la placa desprovista de pelos los más diversos antisépticos.

Otros autores, que pueden creer, como los anteriores, en el origen parasitario de la enfermedad, pero que en el tratamiento sólo toman en consideración los resultados que se obtienen, se contentan con irritar la superficie de la placa desprovista de pelos por un medio artificial cualquiera. No vacilamos, por lo que á nosotros toca, en colocarnos entre estos últimos, apoyándonos para ello en dos razones.

La primera es una razón de práctica que dispensaría en rigor de la segunda: ningún antiséptico en el tratamiento de la pelada ha dado resultados concluyentes, antes al contrario, es cierto y de confirmación diaria, que la irritación permanente de la placa desprovista de pelos apresura la nueva salida de los cabellos en su superficie. Seguramente ciertos antisépticos pueden producir resultados equivalentes, que estarán en proporción de la irritación tegumentaria que provocan.

La segunda razón en virtud de la cual son más de aconsejar los agentes irritantes que los antisépticos es del orden histológico.

Las lesiones que se encuentran en la pelada atestiguan un trastorno profundo de la nutrición local ó (teniendo en cuenta la índole ciertamente microbiana de la enfermedad) una intoxicación profunda de los tejidos afectados.

¿Cuáles son, en efecto, las lesiones histológicas de la pelada?

Aparte de la desaparición *absoluta* de muchos folículos pilosos y de la hipertrofia consecutiva de sus glándulas sebáceas anexas, he aquí lo que constantemente hemos encontrado en los treinta y dos exámenes biopsicos que hemos practicado.

A.—Todos los vasos subyacentes de la placa están rodeados de un cilindro de células emigrantes.

B.—Todos los folículos pilosos que han quedado están torcidos, contorneados, deformes y presentan tan sólo rudimentos de papilas pilosas normales.

C.—Estas mismas papilas, incapaces de formar pelos normales, están en cierto modo afectas de *ataxia*. Sus células esparcen por su rededor el pigmento que debía pertenecer al cabello normal.

D.—El contorno de los folículos está acribillado de células emigrantes, siendo casi todas ellas leucocitos mononucleares y células de granula-

ciones basófilas (*Mastzellen* de Ehrlich). No hay entre ellas células fagocitarias.

E. — Las células de granulaciones basófilas son innumerables en todo el espesor del dermis y del hipodermis de la placa enferma.

F. — Por último, en toda la superficie de la placa, la epidermis se halla también afectada y su capa profunda ya no segrega pigmento normal de la piel.

Pues bien, si se razona un poco acerca la causa posible de estas alteraciones, se comprende fácilmente que ninguna de ellas demuestra una pululación microbiana actual, y que todas indican una intoxicación consecutiva á la infección parasitaria que nos vemos obligados á suponer en los comienzos de la enfermedad.

Los manguitos perivasculares se encuentran en las intoxicaciones metálicas cutáneas: bromismo, yodismo (Darier).

La papila existe todavía, pero no forma ya cabellos. Sus células, todavía activas, son incapaces de llenar sus funciones normales.

Los *Mastzellen* son, en todos los puntos en que se les encuentra, el indicio de un trastorno de nutrición local.

Por último, la misma epidermis demuestra que participa de la inhibición de todos los órganos de la piel. Ya no segrega su capa pigmentaria.

Así, pues, lo que la histología demuestra es lo siguiente: envenenamiento local, células atónicas, entorpecidas, y funciones suspendidas y no destruidas.

Pero entonces ¿la acción de los tópicos irritantes no es fácil de comprender? Toda irritación local que cause una diapédesis intensa acelerará la repurgación celular. Todo movimiento celular favorecerá la salida de los venenos estancados y cualquiera eliminación de los venenos locales acelerará el retorno de la vida celular normal... y la nueva formación de los cabellos.

Y cabe preguntar qué acción podría ejercer sobre tales lesiones la aplicación sobre los tegumentos de antisépticos anodinos.

Sin embargo, como que es muy frecuente observar alrededor de lesiones antiguas señales indiscutibles de extensión reciente, suponiéndola de origen parasitario, sería peligroso descuidar la antisepsia local. En estos casos conviene también combinar los dos métodos terapéuticos juzgados anteriormente, los cuales, por otra parte, no pueden considerarse en modo alguno contradictorios: el sublimado en el alcohol al 1 por 20 ó 1 por 30, ó bien el ácido fénico cristalizado son al mismo tiempo irritantes violentos y antisépticos.

Algunos de los autores que aconsejan los tópicos irritantes aplicados sobre las placas peládicas; quieren una irritación ligera, intermitente y renovada con frecuencia. Los resultados terapéuticos nos ha parecido, por el contrario, que eran tanto mejores cuanto la irritación local era más *viva*, más *sostenida* y más *constante*. El único extremo á que no debe llegarse es á la supuración ó ulceración dérmica á la que seguirían la formación de cicatrices.

Compréndese, por otra parte, con facilidad que el tópico preferible que ha de aplicarse variará según la sensibilidad del enfermo, el número y las dimensiones de las placas desprovistas de pelo y su superficie de absorción ó en el caso de que el medicamento empleado sea tóxico, y por último, sobre todo según el grado de inteligencia del enfermo si es que él mismo debe tratarse.

No pasaremos revista á todos los medicamentos irritantes que pueden emplearse, pues el número de los que han sido recomendados es indefinido. Creemos, por el contrario, que es preferible limitar este número á algunos tópicos cuya actividad ó energía puede graduarse á voluntad.

Estos son: el *ácido acético*, el *ácido fénico*, el *sublimado*, la *tintura de cantáridas* y algunos *emplastos mercuriales*, cuyo tipo es el *esparadrapo de Vigo*.

Citaremos algunos ejemplos de fórmulas fuertes y de fórmulas débiles, y con ellas podrán idearse otras de efecto intermedio.

PREPARACIONES MUY ACTIVAS

- 1.º Ácido acético cristalizado puro.
- 2.º { Ácido fénico cristalizado. 9 gramos
Glicerina. 1 —
- 3.º { Sublimado. 1 —
Alcohol de 90°. 10 —
- 4.º Vejigatorio líquido. { Tintura de cantáridas. } partes iguales
 { Cloroformo. }
 { Tintura de romero. . . }
- 5.º Emplasto de Vigo, que se deja aplicado hasta la rubefacción ó pustulación ligera.

PREPARACIONES DÉBILES

- 1.º { Ácido acético cristalizado. 1 á 5 gramos
Cloral. 5 —
Eter oficial. 30 —
- 2.º { Sublimado. 0 gr. 50
Alcoholado de espliego. 100 gramos
- 3.º Vejigatorio líquido adicionado de cinco veces su volumen de cloroformo.

Las preparaciones acéticas resultan muy cómodas á causa de su inocuidad, fácil manejo y dolor muy pasajero.

La irritación que determina, por ejemplo, el sublimado al 1 por 20 es mucho más profunda y estable, pero también más dolorosa; y lo mismo sucede con la que producen el *amontaco* ó las diversas *esencias* (*canela*, *wintergreen*, *trementina*), que exponen más que ningún tópico irritante á la producción de eritemas medicamentosos.

Ninguna irritación benigna es tan duradera como la del vejigatorio, pues hasta un mes después de su aplicación, la placa presenta todavía viva rubicundez, lo que es indicio de una congestión local que ha permanecido intensa.

Este es el tratamiento que juzgamos preferible siempre que el enfermo desee de un modo especial curar rápidamente, cuando la lesión es pequeña ó regular, y por último, cuando el enfermo no puede emplear en su tratamiento el tiempo que diariamente exigen los medios anodinos.

Resumiremos la segunda indicación del tratamiento de la pelada, esto es, el tratamiento de la placa peládica en sí misma, con estas palabras de nuestro malogrado profesor E. Vidal: «Es necesario que la placa peládica presente *siempre una ligera rubicundez y sea ligeramente dolorosa al tacto.*»

3.º La tercera indicación del tratamiento de la pelada consiste en la profilaxia de las partes sanas.

En presencia de una placa peládica nada es tan temible como la aparición en el individuo afecto de una segunda y muchas otras placas peládicas, y así sucesivamente.

Son siempre los mismos los enfermos peládicos que todos los años reingresan en el hospital Saint-Louis ó vuelven á consultar á su médico.

Cuando se estudia al azar la historia clínica de veinte casos de pelada, se encuentra que doce ó quince son recidivas que se han repetido dos, tres y hasta veinte veces, estando separados á menudo los ataques por años de intervalo.

Por lo común, las placas nuevas de pelada no sobrevienen hasta después de ocho ó diez semanas de la aparición de la placa primitiva; más raras veces aparecen al cabo de uno ó dos años y menos todavía después de diez ó más años.

Resulta, sin embargo, de todas estas observaciones, que el cuero cabelludo queda en cierto modo contaminado de una vez por todas, atacado *endémicamente* por la pelada, de la misma manera que una ciudad

una vez invadida por la difteria ó la fiebre tifoidea puede quedarlo por cincuenta años y hasta por siglos.

Estos datos demuestran asimismo la importancia que para los enfermos peládicos tiene la profilaxia de las partes sanas.

Pero ¿cómo puede obtenerse esta profilaxia?

Necesario es representarse el cuero cabelludo con sus cabellos y sus orificios glandulares, en relación con la dimensión del parásito causal, cualquiera que sea, para comprender lo que acabamos de decir acerca el carácter endémico de la pelada en ciertos cueros cabelludos, y hacerse cargo también de la dificultad de realizar una antisepsia que, para resultar útil, debiera ser equivalente á la antisepsia quirúrgica de la piel... Se requeriría, para conseguir la antisepsia rigurosa de la región, que los cabellos estuvieran cortados al rape, las enjabonaduras y lociones indefinidamente repetidas, y las curas húmedas permanentes.

Pero ¿se cortará la cabellera de una mujer por una placa peládica de 3 centímetros de diámetro?

Puesto que la antisepsia rigurosa y total del cuero cabelludo es imposible, conviene al menos procurar que en la práctica resulte lo menos insuficiente posible.

El cuero cabelludo es grasiento, por cuya razón es necesario que el excipiente del antiséptico sea una grasa ó un disolvente de las grasas. Se requiere también que el antiséptico sea potente, enérgico. Nosotros aconsejamos casi siempre la siguiente fórmula que nos ha dado hasta el presente buenos resultados:

Acido acético..	4 á 8 gramos
Bicloruro de mercurio.	0 gr. 20 á 0 gr. 40
Alcohol de 90°.	100 gramos
Eter oficial.	50 —
Alcoholado de espliogo.	50 —

M. s. a.

Este licor contiene sublimado al 1 por 1000, á la dosis del licor de van Swieten, pero está acetificado. Y sabido es que las soluciones sublimadas ácidas son mucho más activas como microbicidas que las soluciones sublimadas neutras. Finalmente, el excipiente es alcohólico y etéreo.

Aconsejamos que dos veces al día con un cepillo se haga esta fricción sobre las partes sanas. El cepillo que pasa mejor por entre los cabellos largos es el ordinario.

Esta fricción es por lo menos tan importante como el tratamiento de la misma placa enferma, pues, sin recurrir á ningún tratamiento, la placa enferma cura ordinariamente, mientras que, sin la desinfección

general del cuero cabelludo, la placa peládica va seguida de otras nuevas en las dos terceras partes de los casos aproximadamente.

Se comienza la desinfección simultáneamente con el tratamiento de las lesiones existentes y deberá continuarse mucho tiempo, seis meses ó hasta un año después de la curación aparente de la enfermedad, volviendo á practicarla cada año durante algunas semanas. Inútil es añadir, que en un tratamiento tan prolongado el sublimado no constituye el antiséptico exclusivo y necesario.

Muchas veces también, así en la profilaxia como en el tratamiento de las peladas, conviene cambiar los tópicos, lo que da mejores resultados que un tratamiento uniforme largo tiempo continuado.

B. — TRATAMIENTO DE LAS PLACAS PELÁDICAS ATÓNICAS, ESTACIONARIAS

La mayor parte de las generalidades que acabamos de exponer á propósito de las peladas extensivas, son perfectamente aplicables á las peladas en extensas áreas estacionarias, de curso lento, inmóviles, que permanecen muchos meses sin que se note ninguna mejoría como también sin aumentar.

Los caracteres que presentan estas peladas son de dos órdenes distintos.

1.º En unas, es fácil encontrar en los bordes de las placas atónicas, de algunos meses ó años, uno, dos ó tres islotes de cabellos frágiles que indican claramente que la permanencia de la enfermedad se debe á la de su causa activa. Y muchas veces, hasta entre los finos pelos lanuginosos que han vuelto á salir y que las cubren, se hallan islotes de cabellos muertos desprendidos por su base y sin estar adheridos á la papila.

La pelada crónica, pues, en lo que cabe afirmar, dados los conocimientos actuales, no es ordinariamente una lesión que subsista después de la desaparición de su causa microbiana inicial, sino una lesión microbiana crónica y permanente mantenida por continuas reinoculaciones en el mismo punto. Este es, como veremos, el proceso de la pelada decalvante crónica, pero aquí la decalvante está localizada.

Las observaciones precedentes son las que regulan el tratamiento.

Las depilaciones de los bordes son necesarias en todos los puntos donde se encuentren cabellos frágiles.

2.º Al lado de estas peladas atónicas en las que se encuentran persistentes las lesiones habituales de las peladas extensivas, existen verdaderamente placas peládicas antiguas que no presentan ningún cabello en

forma de maza en sus bordes, ni tampoco pelo fino frágil ó decolorado en su superficie; y, por consiguiente, ningún signo que demuestre la permanencia de la causa nociva, á pesar de lo cual los cabellos normales tardan indefinidamente en reproducirse.

La histología explica estos casos por el trastorno de nutrición profundo que nos muestran las lesiones celulares (1).

Es posible, por lo tanto, que los tejidos afectos permanezcan algunas veces tórpidos durante largos meses, aun cuando la acción primera de la causa morbosa haya sido tan sólo pasajera.

En casos semejantes, es cuando la peractividad celular provocada por una irritación local está indicada. Cualquier medio que pueda determinar localmente la diapédesis será bueno: una quemadura, ventosa ó lo que sea más conveniente tratándose de acelerar la repurgación celular momentáneamente en inhibición.

Las peladas "inmóviles", sin visibles muestras de que continúe obrando la causa patógena, son muy raras; y no creemos que lleguen á la décima parte de las placas llamadas atónicas y que se han hecho desde hace meses ó años permanentes.

Si queremos ahora resumir en algunas fórmulas las generalidades que acabamos de exponer, podemos decir:

Que en el tratamiento de la pelada, cualquiera que sea su clase, han de cumplirse siempre tres indicaciones.

a) *La limitación de las placas existentes* por medio de una amplia y muy extensa depilación artificial, cuyos puntos de extensión de las placas se demuestran por la presencia de cabellos frágiles.

b) *La profilaxia general de las partes que han quedado sanas*, por medio de lavados y una antisepsia continuada.

c) *El tratamiento apropiado de las placas* por los antisépticos, á dosis irritantes.

III

Tratamiento de la pequeña placa peládica en sus comienzos

El mejor tratamiento, pues, el único eficaz que se conoce para todas las clases de pelada, consiste en la irritación artificialmente provocada,

(1) En estos casos, los *Mastsellen* perivasculares (células de granulaciones basófilas de Ehrlich) son realmente innumerables.

sea cual fuere por lo demás el medio empleado, de la parte del tegumento que ha quedado calva.

Así condensado, este tratamiento puede parecer sencillo; veremos, sin embargo, que para el médico que se preocupa por la rapidez de sus resultados, el tratamiento de cada pelada reclama muy distintas intervenciones.

Consideremos, desde luego, el caso de una placa peládica pequeña, que comienza en un punto cualquiera del cuero cabelludo.

Como son muy pocos los autores que describen los síntomas de la pelada en este período, nos vemos obligados á exponerlos en primer término.

El enfermo hace ya unos días que observa la caída de algunos cabellos, pero ignora su causa, cuando alguien le hace observar una *zona clara* en su cuero cabelludo. El comienzo de la enfermedad es, por lo tanto, esencialmente insidioso.

Faltarían por completo los síntomas funcionales, á no ser la *comezón* que precede, de una semana aproximadamente, á la aparición de la placa, signo que todos los enfermos acusan si se les interroga bien sobre este punto.

Examinemos la lesión en sus primeras manifestaciones.

Se manifiesta entre los cabellos sanos como si hubiesen sufrido al azar un corte con las tijeras.

En un principio, los cabellos en la placa son menos numerosos que en las partes inmediatas, pero además los que han quedado todavía están rotos en diversos puntos de su longitud.

Si se examina la placa con más atención, se observa:

1.º Entre los cabellos que han quedado, *orificios pilosos vacíos*, los cuales son grandes y á menudo dilatados por el sebo acumulado. Muchas veces también contienen un residuo piloso en su orificio.

2.º Entre los cabellos que han quedado se notan también *rayas peládicas* cortas en forma de puntos de admiración.

3.º Por último, *cabellos que parecen absolutamente sanos*, pero de diversa longitud.

Cuando se prueba su resistencia estirándolos con los dedos, quedan todos en la mano, y su depilación indolora deja la placa peládica, redonda, calva, y entonces queda constituida la placa.

Si esta intervención no nos diera el resultado precedente, no por esto deja de producirse la placa decalvante formándose lenta y espontáneamente, pero con seguridad. Se vuelve calva algunos días más tarde.

Insistimos en la descripción clínica de la pelada en este período tan poco conocido, porque el paciente tiene gran interés en este momento en

que se haga en seguida el diagnóstico preciso, y no hay duda, en efecto, que puede resultar realmente beneficiado con una intervención terapéutica inmediata. ¿Qué intervención será esa? esto es lo que ahora vamos á examinar.

A. — Se buscará desde luego, con el más minucioso cuidado, á qué distancia de la placa ya dibujada, se encuentra todavía el cabello peládico en forma de maza; y con la lente en la mano, se inspeccionará toda la superficie del cuero cabelludo alrededor de la placa. Hecho esto, ya se sabrá hasta qué distancia de la placa decalvada habrá que llevar la depilación artificial, la que debe rebasar medio centímetro por lo menos del último de los cabellos frágiles. *El médico procederá personalmente y en seguida á esta depilación.*

B. — Practicada la depilación, y una vez la placa limitada, limpia y dispuesta para el tratamiento, he aquí el que aconsejamos nosotros siempre que se trate de una placa pequeña, reciente, y de un primer ataque.

El médico extenderá con el pincel por toda la placa y su borde depilado, una buena capa de *vejigatorio líquido puro*.

C. — Después de algunas horas de formada la ampolla ó al día siguiente, el médico la desgarrará con unas pinzas y quitará uno tras otro todos los trozos de epidermis que la formaban. De un modo parecido quitará la película fibrinosa formada debajo de la epidermis por el suero coagulado.

D. — Luego, hallándose la placa vesicada bien al descubierto, se pasará por su superficie una capa de una solución recientemente preparada de *clorhidrato de cocaína* al 1 por 20, esperando algunos minutos hasta que se haya obtenido la insensibilidad...

E. — Y se hará entonces, en toda la extensión de la placa, una *rigurosa* cauterización con una solución de *nitrato de plata* al 1 por 15.

F. — La placa así tratada, se cubrirá después con algodón hidrófilo y un apósito muy compresivo, sosteniéndolo una ó dos horas; pasado este tiempo y habiéndose adherido el algodón á la placa, se quitará el apósito y el algodón se deshilará poco á poco y sin ejercer tracción alguna, dejando adherida una delgada capa, que se ennegrecerá con carbón para disimular la placa denudada.

Descrito con estos detalles, el manual operatorio pudiera parecer un poco complicado. En rigor, sin embargo, es muy sencillo y no puede dar lugar á ningún incidente. El dolor es casi nulo, y el enfermo habrá perdido, de una vez por todas, veinticuatro horas de sus ocupaciones ordinarias.

La capa delgada de algodón se dejará colocada hasta que se desprenda por sí misma, necesitándose de ocho á quince días según los casos. Y desde entonces, por esta sola operación, se habrá producido para más

de un mes una congestión intensa de la región enferma, es decir, la irritación profunda, viva y permanente que dijimos ser el mejor y único tratamiento de la placa peládica.

Simultáneamente con este tratamiento y desde el tercer día, se comenzarán las fricciones antisépticas del cuero cabelludo, que se harán dos veces al día mientras dure la caída de los cabellos; después de ésta seguirán diariamente por lo menos hasta que hayan transcurrido tres meses de la desaparición completa de la lesión, y luego se continuarán un año más á razón de tres veces por semana.

Tratadas de este modo las peladas primitivas bien limitadas, se han presentado muy raras veces las placas secundarias y las recidivas, y en caso contrario ha sido tan poco tiempo después de comenzar el tratamiento, que hay motivo para creer que la inoculación se verificó con anterioridad al mismo.

Ni siquiera con este tratamiento cabe señalar límite mínimo ó máximo á la curación, pues su término varía según las circunstancias de cada caso. Lo único que puede indicarse es la duración media, que es de dos meses.

Después de seis semanas aproximadamente, aparecen los primeros pelos finos. El rebrote es activo y los cabellos vuelven generalmente á colorearse al cabo de ocho semanas. Sin embargo, la perentoriedad con que se ha comenzado el tratamiento, el rigor con que se ha seguido, y por último, la edad del enfermo y la calidad de sus cabellos normales, son factores que hacen variar la duración media de la curación.

No pretendemos sostener, por lo demás, que para tratar cualquiera placa peládica primitiva sean suficientes el vejigatorio y la cauterización *practicada una sola vez*. En los contornos de la placa y entre los cabellos que se consideran sanos, es útil practicar cada semana una cauterización con el pincel empapado en *ácido acético* puro, por ejemplo, y pasado con precaución. De este modo, si la depilación de los bordes había dejado algún punto enfermo, se evitará la reviviscencia de la placa en uno de sus bordes.

Por último, otra precaución que debe tomarse siempre y desde el principio, es el examen minucioso del resto del cuero cabelludo que parece sano, con el objeto de averiguar si existe una segunda placa naciente, que se señalaría por la aparición de un grupo de cabellos en forma de maza.

Estas precauciones y algunas otras que sugiere la práctica y que indicaremos en su lugar oportuno, tendrán siempre su razón de ser, fácilmente comprensible, después de las generalidades expuestas al principio.

IV

Pelada de cabellos frágiles

La pelada de cabellos frágiles (E. Besnier) no es una especie morbosa distinta de las demás, sino una forma grave de la enfermedad.

En esta forma, la placa no es calva, continúa cubierta por trozos de cabellos como una placa de tiña tonsurante. Estos trozos son los cabellos peládicos en forma de maza que parecen puntos de admiración.

Ya hemos dicho anteriormente, que el cabello peládico en forma de maza tiene una existencia efímera, de modo que desde el momento en que se presenta por la fractura de un cabello largo, hasta el de su expulsión definitiva y completa, sólo transcurren generalmente algunos días, raras veces más de dos semanas.

Si se trata de una placa de extensión lenta é indeterminada, los cabellos peládicos serán escasos en los límites de los cabellos sanos; y no puede ser de otra manera, puesto que su existencia es breve; se encontrarán tan sólo en los contornos de la placa, porque desde mucho tiempo antes desaparecieron de su superficie los que enfermaron con anterioridad.

Pero ocurre lo contrario si el proceso de invasión peládica ha sido rápido; en dos semanas una placa de 1 centímetro de ancho puede llegar á ser de 5 centímetros de diámetro. En este caso, puede tenerse la seguridad de que en su superficie abundarán los cabellos peládicos, originándose así la *pelada de cabellos frágiles*. En realidad, todas las peladas extensivas son peladas «de cabellos frágiles», pero los pelos en forma de maza son en ellas tanto más raros y escasos, cuanto la marcha extensiva de la placa se verifica más lentamente, mientras que son tanto más numerosos y apretados, cuanto la marcha extensiva de la misma habrá sido más rápida. Esta sola indicación basta para hacerse cargo de toda la gravedad que encierra el pronóstico de esta forma, y de la urgente necesidad de aplicar una terapéutica inmediata y prudente.

Desde luego, en ninguna otra variedad de pelada como en esta maligna, son tanto de temer las inoculaciones secundarias. Es casi el único caso en que se pueden observar varias placas alopécicas de existencia sincrónica, datando, al parecer, de la misma fecha, pues si bien las peladas en *placas sucesivas* son frecuentes, las peladas en *placas primitiva-*

mente múltiples son muy raras. Estas últimas son casi siempre peladas cubiertas en toda su extensión de cabellos frágiles.

En presencia, pues, de esta clase de peladas deberán multiplicarse principalmente los cuidados de profilaxia local y general, esto es, extender ampliamente el borde de limitación y buscar siempre puntos nuevamente afectados que, sin un examen minucioso, podrían pasar desapercibidos.

Para su tratamiento local, el medio que consideramos preferible, como tratamiento abortivo más seguro, ó si se quiere menos falaz, es el *vejigatorio* seguido de *cauterización*. Muchas veces también darán buenos resultados dos vejigatorios sucesivos y dos cauterizaciones.

Si se trata de un hombre, se le cortarán todos los cabellos al rape para poder proceder á la antisepsia más rigurosa de las partes consideradas como sanas, y para distinguir desde sus comienzos los "puntos claros" cuya denudación comienza, más ó menos distantes de la placa primaria.

Por lo que se refiere á la profilaxia general del cuero cabelludo indemne, el médico deberá hacer por sí mismo el primer lavado del cuero cabelludo con una solución antiséptica fuerte, teniendo por excipiente el alcohol y el éter á partes iguales. Para este lavado se empleará un pincel hecho con una varilla á la que se arrolla un mechón de algodón hidrófilo.

En todos los puntos dudosos en los que la implantación de los cabellos parezca menos regular ó más clara, por medio del examen de estos cabellos con la pinza, se decidirá si hay motivo para proceder á una depilación local y periférica preventivas y á su tratamiento.

En realidad, conviene no vacilar en imponerse en estos casos los sacrificios necesarios, pues la enfermedad en pocos días hará más estragos que la pinza y estragos menos reparables... *Ducunt fata volentem, nolentem trahunt.*

El curso de las peladas de cabellos frágiles debe vigilarse con especial cuidado. Conviene advertir de antemano á los enfermos del curso peligroso, como de las reinoculaciones de avance probables, etc., y hacerles comprender, por último, la importancia especial que tiene la limpieza minuciosa del cuero cabelludo, en apariencia sano, y la conveniencia de prodigar á su enfermedad los mayores cuidados.

Muchos médicos aconsejan, en estas circunstancias, los enjabonamientos; confesamos que no nos merecen gran estima, á menos de ir seguidos inmediatamente de una loción antiséptica activa, minuciosamente practicada. Los enjabonamientos del cuero cabelludo infectado por cualquier

germen, pueden compararse á los rasuramientos con la navaja de afeitar. Muchas veces su acción de por sí sería útil, pero pueden dar lugar á muy graves reinoculaciones en el propio enfermo, al esparcir ó pasear, por decirlo así, los gérmenes sin destruirlos. La experiencia es la que deberá guiarnos en estos casos y por ello nos abstenemos de los enjabonamientos, sobre todo en las peladas de cabellos frágiles. Los cuidados antisépticos del cuero cabelludo sano pueden verificarse sin necesidad de acudir á los enjabonamientos, y deberán continuarse aun después de la curación en apariencia absoluta y por más tiempo que en cualquiera otra forma de pelada.

Con la pelada de cabellos frágiles y sus placas á menudo múltiples, se suscita ya la cuestión de los postizos destinados á cubrir las placas calvas.

Desde el punto de vista profiláctico, es evidente que los postizos sobre una pelada equivalen á una cura sucia sobre una herida quirúrgica. En teoría, pues, debe el médico proscribirlos. Existen casos, no obstante, en que el enfermo no puede sustraerse á la obligación de llevarlos, y el médico haría mal de oponerse desconsideradamente á una verdadera necesidad.

Los postizos son de dos clases: parciales ó sea los postizos propiamente dichos; ó completos, que son las pelucas. Los postizos parciales son emplastos cabelludos por su cara externa, y se adhieren por medio de una cola especial muy conocida entre los cómicos. La peluca se sostiene por medio de resortes de concha, ó por simple adherencia, ó encolándola de la misma manera que los postizos.

Los postizos, sean cuales fueren, reclaman las mismas precauciones de desinfección, que consisten en la inmersión en un líquido antiséptico que no altere demasiado los cabellos artificiales de que están formados.

Puede resultar suficiente para estos casos el licor alcohólico de sublimado ácido cuya fórmula hemos dado anteriormente. Se sumergirán en él los pequeños postizos — durante dos horas — por lo menos tres veces á la semana.

En cuanto á las pelucas, se pulverizará cada noche toda su superficie interna por medio de un pulverizador (de vidrio) con el mismo líquido, que se dejará secar naturalmente.

Para terminar esta materia, diremos que un postizo, sea parcial ó total, nunca debe descansar directamente sobre la cabeza enferma, sino que habrá de colocarse entre él y el cuero cabelludo un emplasto (pequeñas placas), ó bien una cofia movable y fácil de desinfectar (decalvación total).

V

Placas secundarias.—Peladas en calvas sucesivas

En sí misma una placa peládica, cuando es pequeña, no es grave, y muchas veces, aún descuidada, cura espontáneamente. Lo que ofrece gravedad en la pelada son las múltiples placas ulteriores que la primera hace presagiar. Entonces tenemos la pelada llamada de calvas múltiples que es preferible denominar *en placas ó calvas sucesivas*.

Por lo general, las placas secundarias aparecen seis semanas ó dos meses después de la aparición de la placa primitiva, observándose muchas veces en aquel momento la aparición simultánea de varias placas nuevas. Entonces es cuando se puede vigilar el aspecto objetivo de las placas que comienzan á manifestarse, lo que muy raras veces puede hacerse con la primera placa por ser consultado el médico demasiado tarde.

El análisis de las placas nuevas nos pone de manifiesto el mismo aspecto claro del tegumento, que se transparenta á través de los cabellos muy cortos y menos abundantes; idéntica decalvación espontánea por fractura de los cabellos largos, y después por la caída definitiva del trozo en forma de maza que han dejado en su lugar, la misma forma redonda ú oval de la placa una vez constituida, etc.

Añadiremos también, que cuando una primera placa afectó la forma llamada de cabellos frágiles, es de regla que las placas segundas, aun con seis semanas de intervalo, presenten el mismo aspecto objetivo.

Las placas secundarias, diseminadas al azar por el cuero cabelludo, son algunas veces desde el primer momento muy numerosas, puesto que pueden verse nacer seis, diez y hasta cuarenta á la vez, con muy pocos días de diferencia en la fecha de su aparición.

A este propósito, puede sentarse una regla de pronóstico, clínicamente muy importante, esto es, que cuantos más cabellos en forma de maza presenta en sus contornos una placa peládica sometida tardíamente á tratamiento, tanto más debe temerse que sobrevengan placas secundarias numerosas y de aparición rápida. Esto es lo que demuestra constantemente la experiencia.

¿Qué debe temerse, pues, viendo aparecer estas placas secundarias, y qué tratamiento ha de emplearse?

Ante todo, repetiremos una vez más, que debían haberse evitado

puesto que, contra todas las opiniones que se sostengan en contrario, puede afirmarse decididamente que las placas secundarias sobrevienen *después de una placa primera no tratada, ó tardíamente ó insuficientemente tratada.*

Quizá podrían hacerse algunas reservas sobre este punto por lo que se refiere á las peladas de cabellos frágiles cuya invasión es algunas veces extremadamente rápida. La regla general, que acabamos de exponer, no deja por esto de ser menos cierta en la inmensa mayoría de los casos.

El médico puede y debe,—en todos los casos de pelada tratada á tiempo,—impedir la aparición de placas secundarias, pero entendiéndose siempre con la condición de que se cumplan sus prescripciones, lo que á veces no puede conseguir.

Sin embargo, en las incesantes repululaciones peládicas, ordinariamente no es sólo al enfermo que debe recriminarse, pues también es frecuente ver al médico consagrar todos sus cuidados á la placa denudada, olvidándose de prescribir la limpieza y la antisepsia de las partes sanas, *precisamente cuando del tratamiento que ha de instituirse en un caso de pelada en sus comienzos, esto constituye con mucho la parte más necesaria.*

Pero sigamos adelante. Las placas secundarias han aparecido y una vez más cabe preguntar: ¿qué conviene hacer? ¿Qué es lo que debe temerse y cómo evitarlo?

Dos cosas son las que deben temerse, ó dos casos pueden presentarse, que examinaremos seguidamente uno después de otro.

En primer lugar, «la pelada de recidivas perpetuas», en la que, después de diez años de enfermedad, el enfermo cuenta de cincuenta á doscientas recidivas súbintrantes.

O bien la alopecia peládica total: «la decalvante», es decir, no solamente la caída de todos los cabellos de la cabeza sino también de las cejas y pestañas, y después de su desaparición, la invasión de las regiones pilosas del tronco.

He aquí, en definitiva, las dos circunstancias que son de temer, las dos modalidades de la pelada crónica.

La gravedad de la pelada se mide, como hemos dicho, por el número relativo de cabellos frágiles que se encuentran en las placas, pero puede deducirse también del número de placas secundarias, y sobre todo del corto intervalo de tiempo que ha mediado en su aparición. Resumiendo todo lo expuesto en una sola proposición, puede decirse que, en el caso de observarse diez placas secundarias aparecidas con pocos días

de intervalo y antes de haber transcurrido dos meses de la primera, tenemos el cabello casi condenado de antemano, y cierta la pelada del cuero cabelludo.

Como tratamiento, todo cuanto hemos expuesto á propósito de la placa única y de la placa de cabellos frágiles, es aplicable á las placas secundarias. Pero si el tratamiento local debe ser tan riguroso, la profilaxia, por ser más difícil, habrá de ser también más vigilada... y el pronóstico más reservado.

En estos casos será preciso extender el campo de acción ampliando los límites de la depilación, aunque sea reuniendo placas distantes, aparentando duplicar temporalmente las superficies alopécicas ya constituidas.

Entonces también deberán multiplicarse las fricciones antisépticas de las regiones todavía indemnes, variando para la fricción de la mañana y la de la tarde la naturaleza del antiséptico empleado, por el peligro de la intoxicación; y asimismo convendrá vigilar atentamente las regiones todavía indemnes y sorprender «los claros» que produce la caída de un cabello, y los trozos de cabellos en forma de maza indicios de una nueva placa.

A nosotros, para conseguir la antisepsia general en estos casos especiales, nos ha dado excelentes resultados la combinación de las dos fricciones siguientes: una de ellas (inflamable) por la mañana, y la otra (no inflamable) se hace por la noche. La primera es la que ya hemos aconsejado:

Acido acético.	4 gramos
Bicloruro de mercurio.	0 gr. 20
Alcohol de 90°.	100 gramos
Alcoholado de espliego.	50 —
Eter oficial (1).	50 —

M. s. a.

La segunda es conocida con el nombre de *agua de Alibour*, cuya fórmula es la siguiente:

(1) Hemos observado miles de veces que el manual operatorio de estas fricciones tiene aún más importancia que el agente terapéutico empleado. *Sabido es que los antisépticos sólo obran cuando tocan directamente el germen morbosos. Pues bien, la grasa normal del cuero cabelludo es un obstáculo natural y permanente para una antisepsia rigurosa. He aquí por qué, cuando esto es posible, prescribimos muchas veces, antes de la fricción de la mañana, una minuciosa fricción del cuero cabelludo con éter oficial hecha con el cepillo y que ha de durar por lo menos un cuarto de hora para que sea bien hecha. Es indispensable insistir en este caso en el peligro del incendio, para lo cual no debe haber ninguna luz en la habitación en que se hace la fricción; el peligro continúa todavía un cuarto de hora después de haber terminado la fricción.*

Sulfato de zinc.	7 gramos
Sulfato de cobre.	2 —
Alcanfor.	á saturación
Azafrán.	0 gr. 40
Agua destilada.	200 gramos

M. s. a.

(Esta fórmula pura es irritante; dará mejores resultados diluida en una á diez veces su peso de agua).

Extrañará quizás que, después de haber preconizado para los antisépticos del cuero cabelludo un excipiente que disuelva las grasas, aconsejemos precisamente uno que no las disuelve. La razón es que esta loción sulfatada obra principalmente por la sal metálica que deposita al secarse sobre el cuero cabelludo, verificándose de este modo una impregnación de la epidermis por los sulfatos, que la hacen refractaria á las pululaciones microbianas, de la misma manera que el sulfatado de las viñas las defiende contra el oidium.

Con mucha frecuencia, sin embargo, estos medios preventivos resultan ineficaces, puesto que llegan demasiado tarde, no son más que preventivos, y no dan resultado contra la lesión ya establecida.

Así hemos visto á veces que peládicas que se manifestaron con sólo ocho ó diez pequeñas placas visibles, llegaron en algunas semanas, primero al sacrificio progresivo de los cabellos de regiones enteras, quedando después solamente en la cabeza algunos islotes preservados.

Pero francamente, estos casos son raros, y por otra parte, el pronóstico más deplorable puede establecerse por el médico desde el primer examen.

Cuanto más se avanza en la inspección, se descubren otros puntos nuevos que desconocía el enfermo, en que los cabellos quedan en las manos por la tracción de las pinzas. Estos puntos se cuentan por docenas. Además, islotes de cabellos en forma de maza dibujan placas que comienzan y son invisibles...

Compréndese que en tales casos la profilaxia local sea poco menos que impracticable. En los más graves, está indicada la *depilación total* preventiva, que es también el único medio de evitar que se inicie una decalvante.

Afortunadamente, en la inmensa mayoría de los casos, las peladas de placas sucesivas presentan menos gravedad. Se trata, por lo general, de seis ó siete placas que han aparecido separadamente con uno ó dos meses de intervalo cada una y que, por temor ó por incuria, el enfermo se ha esforzado hasta lo imposible en disimular, conduciendo sobre ellas los

cabellos que le quedan, — triste medio de defensa por cierto; — pero en estos casos el resto del cuero cabelludo sano será más fácil de defender, porque no ha sido atacado con tanta intensidad. Limitadas depilaciones y las fricciones repetidas, aun á través de los cabellos largos, pueden resultar suficientes; y no nos decidiremos á cortar al rape los cabellos y á emplear los tratamientos intensivos sino en el caso de aparecer nuevas placas, ó que las antiguas presenten otra vez un círculo de cabellos frágiles.

Cuando el médico se halla en presencia de placas múltiples, los principios que han de guiar en el pronóstico y en el tratamiento continúan siendo los mismos:

- 1.º La aparición de segundas placas, más ó menos pronto después de la placa primitiva;
- 2.º El intervalo mayor ó menor que sépare el nacimiento de las diversas placas segundas;
- 3.º Su número;
- 4.º El número de cabellos frágiles y de trozos en forma de maza que se encuentran en su superficie.

VI

Pelada aguda total (Decalvante benigna)

Acabamos de ver en las *peladas de cabellos frágiles en placas múltiples sucesivas*, el número increíble de placas secundarias que pueden nacer en algunos días. Esta forma, abandonada á sí misma, determina la caída completa, pero relativamente pasajera, de todos los cabellos. Puede designarse con el nombre de pelada aguda total. Dentro de la gravedad que tienen todas las decalvantes, ésta es relativamente benigna.

En estos casos, como las pequeñas placas nuevas se multiplican rápidamente alrededor de la gran placa inicial (1), y es posible en cierto modo descubrir cada día nuevos focos, y como cada una de las placastarda siempre algún tiempo en constituirse y extenderse, el cuero cabelludo

(1) Hacemos hincapié en la existencia en estos casos de una gran placa alopécica principal, anterior á la alopecia difusa que se establece á su alrededor. La existencia de esta placa desprovista en absoluto de pelo, permite diferenciar con seguridad la pelada decalvante benigna, de que hablamos, de todas las alopecias *difusas* consecutivas á las enfermedades infecciosas; estas últimas no presentan nunca placa alopécica primitiva, pues son *difusas desde un principio*.

presentará durante seis, ocho ó diez semanas innumerables puntos pequeños en los que van cayendo los cabellos más ó menos completa y circularmente, á distancia desigual, imprimiendo á la cabellera el aspecto de un torro apolillado.

Esta caída progresiva del cabello continuará presenciándola el médico, porque no dispone de medios para conjurar el desastre. Pero desde luego puede anunciar que esta decalvante será pasajera y benigna, pues antes de caer completamente los trozos peládicos, algunos cabellos blancos habrán nacido ya. *Y estos cabellos blancos son sólidos.*

Muy pronto, á medida que la eliminación de los cabellos muertos se verifica espontáneamente, va aumentando, aunque lentamente, el número de cabellos blancos que nacen, hasta el día en que termina la germinación de los mismos y la cabeza queda cubierta de cabellos de un blanco plateado. Por último, después de algunas semanas, á lo más algunos meses, los cabellos blancos vuelven á tomar gradualmente su color primitivo.

La evolución total de esta decalvante aguda benigna, consecutiva á la formación de focos secundarios, en la pelada de cabellos frágiles, dura de seis á nueve meses, y un año para que los cabellos vuelvan á adquirir por completo su color natural.

Si hacemos mención aquí de esta forma clínica en la que el tratamiento no logra casi nada, puesto que cuando la invasión total se dibuja es ya demasiado tarde para impedirla, es principalmente para evitar las imprudencias del enfermo y del médico por lo que se refiere al tratamiento de su período final.

Las más de las veces, cuando el cuero cabelludo vuelve á poblarse, se observa que al mismo tiempo que queda cubierto casi en su totalidad por vello sólido y espeso, una, dos ó tres pequeñas placas persisten desprovistas de pelos. Ni el enfermo, ni el médico se preocupan de ello, dándose por muy satisfechos por lo pronto de que vuelva á crecer el pelo de la cabeza, lo que no esperaban; y, sin embargo, estas pequeñas placas son una reliquia activa de la enfermedad y origen cierto de recidivas para el porvenir. Precisa, pues, de toda necesidad, en casos semejantes, continuar en la superficie de estas placas las aplicaciones irritantes que se han preconizado contra las placas jóvenes, y esto sin perjuicio de las fricciones totales, hasta la reintegración absoluta de los cabellos.

VII

Peladas de recidivas perpetuas

Ciertos enfermos, después de uno ó varios ataques de pelada grave, de placas inmensas y reparación lenta, se ven por fin libres de su enfermedad volviendo á crecerles casi todos los cabellos. Su alegría, no obstante, queda muy pronto interrumpida por sobrevenirles una placa nueva, después otra, y así sucesivamente durante diez, veinte y hasta treinta años, como hemos tenido ocasión de ver varios ejemplos; estos enfermos se hallarán expuestos á perpetuas recidivas. Apenas cura una placa cuando comienza otra, y siempre numerosos «claros» anuncian nuevos puntos afectados.

Los enfermos en quienes se manifiestan estos ejemplos de pelada de perpetuas recidivas son nerviosos, hipocondríacos, neurasténicos y desesperados.

Han visitado á todos los especialistas de su país, y han podido comprobar también la influencia nefasta que ejercen los disgustos ó accidentes de la vida sobre la aparición de placas nuevas.

Todos, en fin, son enfermos difíciles, escépticos é incrédulos, que muestran preferencia por ciertos medicamentos y aversión por algunos otros, etc. La dificultad principal que presentan estos malos enfermos es que no pueden seguir con constancia ningún tratamiento, sea cual fuere su clase.

Cuando se investigan sus antecedentes, se viene á averiguar invariablemente que su primera placa fué tratada sin cuidarse de preservar el resto del cuero cabelludo por medio de una profilaxia adecuada.

Otros han creído que después de tres meses de cuidados habían realizado una antisepsia general suficiente...

La endemia peládica del tegumento, de que hemos hablado anteriormente, se establece con mucha facilidad. Y los enfermos, por otra parte, llevan encima bastantes gérmenes para que pueda efectuarse en todos los puntos de su cuero cabelludo una siembra permanente.

En un punto falta un solo cabello, que queda reducido á su raíz visible dentro del folículo. A su alrededor, cuatro ó cinco pelos en maza, con la forma peládica típica. Se encuentran además diez ó doce pelos tronchados. En otro punto se ven cinco ó seis pelos alrededor de orificios

pilosos vacíos. Además el enfermo desde hace veinte años lleva en estos puntos estas lesiones ú otras parecidas.

A estos enfermos especiales es necesario explicarles minuciosamente todos los detalles del tratamiento, el por qué lo que hicieron no podía darles resultado, y cómo los mismos medicamentos aplicados de otra manera hubieran producido muy diferentes efectos. El método y la constancia es lo que falta á estos enfermos. Por consiguiente, convendrá señalarles las horas del tratamiento, así, por ejemplo, á tal hora una fricción hecha con el cepillo; por la noche, tal otra...

A nosotros nos han producido satisfactorios resultados las curas húmedas nocturnas, á las cuales se someten muchos de los que no aguantarían de día el tópico menos visible y odorífero.

En estos casos, como se comprende, la excitación de las papilas atrofiadas ó entorpecidas tiene una importancia secundaria, pues las placas en estos individuos no permanecen mucho tiempo sin cabellos. Lo que importa, en primer término, es prevenir las reinoculaciones; la antisepsia total del cuero cabelludo será, por lo tanto, lo más conveniente.

Cualquiera de los antisépticos, á la dosis generalmente empleada en cirugía, como el *biyoduro*, *sublimado*, *ácido fénico* pueden emplearse para estos casos; y lo mismo puede decirse de las esencias (*Wintergreen*, *canela*, *trementina*, etc.), si el enfermo puede tolerar su olor.

Los cabellos se cortarán al rape, y se colocará sobre la cabeza un *lint* fino empapado en la solución antiséptica, y después se cubrirá todo con una gorra de baño (1).

A la mañana siguiente se hará una fricción con una solución alcohólica.

En esta forma nos ha producido satisfactorios resultados el *cloruro de cal* á dosis variable, según los individuos, cuya fórmula es la siguiente:

Suspensión	Cloruro de cal.	20 gramos
	Agua destilada.	200 —

El enfermo comenzará primeramente por ensayar una cura húmeda con la siguiente dilución:

Agua pura.	medio litro
Solución madre.	una cucharada grande

Y aumentará cada noche la dosis de una cucharada de café hasta que alcance su dosis máxima.

(1) Hacemos hincapié en la conveniencia de emplear siempre, en los casos de curas húmedas nocturnas, soluciones que *despidan vapores antisépticos*. Ejemplos: cloruro de cal, ácido fénico, esencias, aldehído fórmico, pero no soluciones sin vapores, como las soluciones sublimadas.

La *tintura de yodo* diluída, el *algodón yodado* aplicado debajo de un apósito impermeable, el *yodo* en solución acuosa yodoyodurada, de los cuales nos prometíamos buenos resultados, han defraudado nuestras esperanzas en ésta y en todas las demás formas de pelada. Haremos excepción, sin embargo, de la fórmula siguiente, en la que el yodo va asociado al ácido fénico, y tiene excelentes propiedades:

Tintura de yodo.	} partes iguales
Ácido fénico cristalizable.	
Hidrato de cloral.	

M. s. a.

(Brocq).

Todos los enfermos atacados de pelada de recaídas perpetuas, atribuyen cierta influencia á los trastornos nerviosos en la producción de sus placas nuevas. Lo que quita algún valor á sus afirmaciones es que estos individuos no se vuelven hipocóndricos y neuróticos hasta que su pelada se ha constituido como enfermedad.

De esto, sin embargo, á negar con ciertos autores la influencia nerviosa sobre la intensidad de las recidivas, media una diferencia que nos apartaría, á nuestro entender, de la verdad. Proscribir las duchas por el hecho de que—lo cual es cierto—nunca la ducha ha producido la muerte de ningún microbio, nos parece también una idea *a priori* sistemática y perjudicial.

Aparte de que estos peládicos pueden sacar gran provecho de la *hidroterapia* por razón de su estado nervioso, ínterin no hayamos reproducido experimentalmente la pelada en el animal, desconoceremos el papel del sistema nervioso en el fenómeno de la depilación, y no estaremos facultados para eliminar sin previa experiencia todo un sistema de tratamiento.

Además, por más que seamos partidarios convencidos de la índole *siempre* parasitaria de la pelada, hemos observado la coincidencia de sobrevenir ciertas recaídas peládicas después de trastornos nerviosos indiscutibles (accidente ocurrido yendo en coche, caída de caballo, muerte violenta de un pariente próximo, etc.), lo que nos impediría negar en absoluto la influencia del sistema nervioso en el curso de la enfermedad. Nosotros tenemos, por otra parte, en la dermatología y en la medicina general, ejemplos análogos de la influencia manifiesta del sistema nervioso sobre la marcha de enfermedades cuya naturaleza parasitaria ha sido también demostrada.

A pesar de esta observación, el tratamiento de estas peladas recidivantes nos parece que, *en el fondo*, ha de consistir solamente en la antisepsia local.

Pero creemos también que la medicina dermatológica ha de aprender mucho en estos casos de nuestros cirujanos. Tal como ellos practican la antisepsia de la piel es cómo debería intentarse la antisepsia del cuero cabelludo, y no probando, por medio de algunas fricciones bimensuales, las propiedades microbidas *in vitro* de tal ó cual agente terapéutico nuevamente preconizado.

Conviene añadir á lo precedente, que, en esta forma de pelada, cada punto nuevo de pelada debe tratarse separadamente como una placa peládica vulgar, sin lo cual cada uno de ellos será bastante para infectar otra vez el cuero cabelludo que está limpio.

Mucha paciencia hay que pedir al enfermo en estos casos, como mucha también ha de tener el médico que ha de cuidar esa clase de pacientes.

Generalmente, con dos años de continuos cuidados, se llega á la curación, y observaremos desde luego que esta clase de peladas, tan molestas con todo para el individuo afecto, son muchísimo menos graves en su pronóstico que las decalvantes.

En los dos casos, sin embargo, la infección total, endémica, del cuero cabelludo se ha constituido. Pero á causa de la menor virulencia del parásito, ó, al contrario, por la natural resistencia de las papilas,—por circunstancias del germen ó del terreno—no se pierde nunca completamente la cabellera. Y la depilación, que es permanente, como veremos, en la decalvante crónica, sólo es diseminada y *pasajera* en la pelada de perpetuas recidivas.

VIII

Pelada de la barba

La pelada primitiva de la barba es en el hombre casi tan frecuente como la pelada del cuero cabelludo. Sus caracteres no son absolutamente idénticos á los de la del cuero cabelludo, é importa señalar sus síntomas especiales, poco conocidos, puesto que su conocimiento resulta útil desde el punto de vista del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento.

En la pelada de la barba, el cabello frágil en forma de maza falta por completo en la inmensa mayoría de los casos. Falta al constituirse por primera vez una placa y falta también en los contornos de las placas cuyo crecimiento diario es evidente.

Esta diferencia por lo demás no es esencial; la pelada de la barba

sobreviene sobre todo en los individuos que se afeitan y se hacen afeitar. No es de extrañar, por consiguiente, que no se encuentre en ellos el pelo peládico en maza, puesto que este tronco de forma especial ha de tener por lo menos una longitud de 3 milímetros para que pueda apreciarse.

Siempre que hemos observado el cabello peládico en forma de maza en la barba, tenía de 10 á 15 milímetros de largo y su atrofia progresiva alcanzaba por lo menos las tres cuartas partes de su longitud. Parece, por lo tanto, que el proceso atrófico del pelo de la barba exige mayor tiempo para establecerse que el mismo proceso del cabello. Por consiguiente, el pelo, hasta teniendo 5 milímetros de largo, podría tener el aspecto de vello, y faltándole su maza terminal, pasar desapercibido su carácter especial.

Sea como fuere, la placa peládica de la barba sólo afecta dos formas bien claras y deslindadas: ó la placa tegumentosa está rigurosamente desprovista de pelo, y parece presentar también una marcada tendencia á atrofiarse; ó bien, por el contrario, la placa está cubierta de pelos raquíticos, sin color, pero muy adheridos á la piel. Su depilación causa intenso dolor.

Estas dos formas morbosas son distintas. Creemos en realidad que se trata siempre de la misma enfermedad, pero con distinta virulencia.

Cuando la placa está sin pelo, persiste en el mismo punto durante un tiempo tres ó cuatro veces mayor que si fuera en el cuero cabelludo, y solamente después de transcurrir ocho, diez y doce meses se cubre de pelos finos que, de un modo lento también, toman los caracteres de los pelos adultos.

La segunda forma, en la que la depilación es poco marcada, y la placa parece formada de pelos raquíticos y sin color, que van sustituyendo, casi sin transición, á los pelos sanos, ocasiona las más de las veces un grave error de pronóstico y de tratamiento.

El médico, fundándose en lo que es de regla en el cuero cabelludo, anuncia desde luego su próxima curación, lo que constituye un grave error. En la barba, las placas, aun las que están completamente cubiertas de pelos nuevos raquíticos y anormales, pueden continuar extendiéndose por la periferia, y esto durante mucho tiempo.

En las peladas de la barba no se podrá nunca, por consiguiente, tomar por base el estado de la nueva salida aparente de los cabellos para prejuzgar la fecha anterior y la evolución ulterior de una placa peládica.

Una placa puede ser de origen reciente y hallarse también en el período de crecimiento, aunque se encuentre cubierta de pelos nuevos.

Desde el punto de vista del tratamiento, esto tiene mucha importancia, pues el único medio eficaz de detener una pelada de la barba en el período de crecimiento es la extensa depilación de sus bordes. Ahora bien, al ver aparecer pelos nuevos, podría ser que se difiriera, muy desaceradamente, la depilación, cuya necesidad se comprenderá en seguida al ver el aumento de las lesiones, que hubiera sido fácil detener antes.

En las peladas de la barba, pues, podemos establecer dos grandes categorías:

- 1.º Peladas sin pelos de curso atrófico;
- 2.º Peladas cubiertas de pelos nuevos que continúan extendiéndose á pesar de todas las apariencias.

Las primeras son infinitamente rebeldes á los tratamientos.

Las segundas son menos tenaces, pero con la condición de que se detenga su crecimiento.

En cuanto al tratamiento de las placas es el mismo.

Los irritantes son siempre los únicos medicamentos activos.

En estos casos, damos resueltamente la preferencia al *sublimado* ácido alcohólico á dosis cáusticas.

Las aplicaciones siguientes podrán confiarse á los mismos enfermos cuando sean bastante inteligentes para no emplear mal el medicamento.

Diariamente ó cada dos días, se hará una aplicación ligera con el pincel, de la siguiente mixtura:

Sublimado..	1 gramo
Acido acético..	1 —
Alcohol de 90°.	20 gramos

M. s. a.

La irritación que se procura determinar habrá de ser muy ligera, pues de lo contrario sería muy visible. La rubicundez aparente de la placa en tratamiento se podrá disimular con los afeites en los que las pastas con óxido de zinc constituyen siempre la base, añadiendo, según los casos, un poco de índigo y de carmín para que la delgada capa de pasta que se aplica tome el color de la carne y el piqueteado azul de la barba afeitada.

Estos preparados, cuyas fórmulas no pueden indicarse por variar en cada individuo, los confeccionan los farmacéuticos ó los peluqueros que fabrican los postizos, y se obtienen después de varias pruebas ensayándolos en el paciente.

Por lo común, así la pelada de la barba como la del cuero cabelludo, están formadas en un principio por una sola placa. Sin embargo, en la

pelada de la barba es menos rara la coexistencia de varias calvas que evidentemente han sido inoculadas á la vez al afeitarse.

Las reinoculaciones (placas segundas) en la barba son muy frecuentes en los enfermos que continúan afeitándose.

Para obviar este inconveniente, se recomendará á esta clase de enfermos el procedimiento conocido con el nombre de afeitado judío, que consiste en cortar el pelo bien al rape con tijeras finas. Esta operación, seguida de una loción antiséptica análoga á la formulada anteriormente, evita las más de las veces la aparición de placas segundas.

Compréndese, no obstante, que toda intervención local, cualquiera que sea el instrumento que se emplee, susceptible de producir efracciones, pueda determinar nuevas inoculaciones. El médico debe advertir esto al enfermo. Por esto las reinoculaciones se evitan menos en la barba que en el cuero cabelludo.

La pelada de la barba, por falta de una profilaxia local rigurosa, es muchas veces la causa de inoculaciones secundarias en el cuero cabelludo y recíprocamente.

La antisepsia del cuero cabelludo se impone, pues, en toda pelada de la barba y recíprocamente. En el resto de su evolución, la pelada de la barba puede perfectamente compararse á la del cuero cabelludo; á fin, pues, de evitar repeticiones, prescindiremos de las diversas indicaciones para su tratamiento.

IX

Pelada de las cejas

La pelada de las cejas es siempre secundaria á una pelada primitiva de la barba ó de la cabellera.

En esta especie de pelada, ó son las cejas atacadas por una placa verdadera, de bordes limpios, lo que sucede de sobrevenir el incidente en el curso de una pelada benigna en placas sucesivas, ó las cejas caen por una alopecia difusa progresiva, como se observa en las decalvantes. El tratamiento es igual en los dos casos y siempre consistirá en un irritante — á dosis moderadas — por razón de la sensibilidad del tegumento en esta región. La fórmula tipo preferible, modificándola según la susceptibilidad del paciente, es la preconizada por nuestro querido maestro E. Besnier:

Acido acético.	3 á 5 gramos
Éter.	30 —
Cloral.	5 —

M. s. a.

cuyas aplicaciones (con el pincel), se renovarán las veces que sea posible para mantener constantemente la irritación.

El pronóstico de las dos formas es absolutamente distinto.

La forma en placas en la que se delimitan perfectamente la parte sana y la enferma, es una forma benigna y de curación segura.

La forma difusa, que se manifiesta simultáneamente con una pelada crónica decalvante, tiene el mismo pronóstico de la afección primitiva.

X

Pelada de las pestañas

En la pelada decalvante total, así las pestañas como las cejas caen completamente, tratándose en estos casos de una caída definitiva ó por lo menos de una curación lenta é insegura.

Nosotros hemos observado, aunque excepcionalmente, que en la pelada benigna de varias calvas caían á veces las pestañas de un solo párpado y también de una mitad de su borde libre. Esta depilación, que representa la pelada en placas de las cejas, sigue como ésta un curso benigno.

Tratamiento: cauterizaciones locales con un palillo de madera empapado en *ácido acético* puro.

XI

Peladas totales. — Peladas decalvantes graves

Muchas son las hipótesis que acerca la patogenia y la etiología de las peladas graves se han sostenido, invocando la parte preponderante de las causas más difíciles de establecer y en especial el papel que desempeña el sistema nervioso en su génesis; pero lo que está clínicamente comprobado es que estas peladas *decalvantes totales han comenzado, como las peladas vulgares, por una pequeña placa sin cabello*. Esta

placa continúa más ó menos tiempo estacionaria, luego aparecen otras (placas secundarias) que van extendiéndose hasta llegar á unirse entre sí, formando extensas superficies deprovistas de cabellos. Por último, llega un momento en que se aclaran los cabellos que han quedado, cayendo en pocas semanas después de haber sufrido las alteraciones atróficas del pelo tan características de la pelada.

No existe, por consiguiente, ninguna diferencia visible entre el modo de comenzar y de constituirse las peladas graves y las peladas benignas. El curso ulterior de la enfermedad es lo único que distingue unas de otras.

A nuestro modo de ver, así desde el punto de vista clínico como del anatomopatológico y hasta nos atreveríamos casi á añadir desde el bacteriológico, todas las formas de la pelada son idénticas, contagiosas y microbianas, y por el presente, desde el punto de vista de la terapéutica, han de someterse á los mismos tratamientos.

Sentado esto, es ocasión de repetir que todas las diversas modalidades de la pelada que estudiamos, desde las placas secundarias hasta las decalvantes benignas ó graves, son accidentes de la enfermedad atribuibles al enfermo ó al médico. Puédese y débese, por lo tanto, impedir su producción, ya que dependen de un tratamiento nulo ó mal dirigido. Nunca una pelada de una sola placa sometida á un buen tratamiento producirá segundas placas, y nunca tampoco éstas últimas bien tratadas y á tiempo determinarán una decalvante benigna ó grave.

Así, pues, á medida que se ha ido comprendiendo, de algunos años á esta parte sobre todo, el valor de la medicina profiláctica y el papel que en rigor le corresponde, se ha visto también la facilidad con que puede impedirse la aparición de estos accidentes, contra los cuales una vez aparecidos carecemos de medios para combatirlos.

La pelada decalvante es uno de los ejemplos más evidentes de esta regla; en efecto, es posible impedir el desarrollo de la decalvante, pero cuando ya se ha desarrollado la acción de los agentes terapéuticos, sean cuales fueren, resulta poco menos que nula.

Examinemos, sin embargo, lo que cabe hacer enfrente de una pelada total ya constituída, y qué tratamiento será el más racional y lógico.

Este tratamiento podemos establecerlo valiéndonos de los actuales medios de investigación, pues merced á la histología patológica, aparte de la hipertrofia enorme de las glándulas sebáceas, siempre consecutiva á la desaparición del pelo del cual la glándula era anexa, se pueden observar en las peladas decalvantes las mismas lesiones en los mismos períodos que en la pelada que acaba de constituirse.

De esto se infiere, pues, que la pelada decalvante es una lesión activa sí, pero crónica. Así la antisepsia continua y la irritación tegumentaria, únicos medios de acción de que disponemos para combatir las peladas normales, son también los únicos medios racionales contra las peladas decalvantes.

Fácil nos fuera defender aquí, con varias consideraciones y múltiples argumentos, lo que acabamos de afirmar, ó sea la identidad completa de todas las peladas, la cual es discutida principalmente por falta de estudios histológicos acerca de la cuestión. Pero no insistiremos ahora sobre este punto.

La terapéutica de las decalvantes sigue siendo, por lo tanto, la de las peladas en general, con la única diferencia de que en estos casos no hay que temer la infección de las partes todavía sanas, puesto que no existen.

Los *enjabonamientos* repetidos están, en nuestra opinión, rigurosamente indicados.

Además, y este es un hecho cierto, teniendo la caída del pelo como consecuencia inmediata y absoluta la hipertrofia enorme de las glándulas sebáceas y el aumento de su secreción, el enjabonamiento habrá de hacerse con *jabón negro*, que desgrasa más activamente los folículos y deterge de un modo más completo la superficie enferma. Con el mismo objeto pueden emplearse las fricciones de *éter de petróleo* rectificado, ó de *éter sulfúrico* oficial, ó de *bencina* rectificada pura.

Las lociones *sulfatadas*, así como las *tánicas*, estípticas y astringentes, además de su poder microbicida propio, obrarán en el mismo sentido.

Por último, hay un medio excelente de limpiar los infundibulos pilosos, mejor que todos los enjabonamientos, y que utilizamos muy frecuentemente en estos casos. Lo describiremos detalladamente, puesto que no se halla expuesto en ninguna otra parte.

Trátase, en definitiva, de revestir totalmente el cuero cabelludo con una gruesa capa de *colodion*, que luego se quita en una sola pieza.

La adherencia de la capa profunda del colodion desprende de una sola vez todos los restos pilosos y epidérmicos que obstruyen los orificios del tegumento.

Para esto, se toman aproximadamente 80 ó 90 gramos de un colodion medicinal débilmente ricinado, y se empieza por aplicar una delgada capa frotando fuerte sobre toda la superficie del cuero cabelludo desde la frente hasta la nuca.

Una vez seca esta película, se añaden otras capas, cada vez más gruesas, de colodion, que hace aquí las veces de una substancia emplástica.

Cuando los 80 gramos se hallan repartidos por toda la superficie, el grosor de la cubierta es suficiente.

Tan pronto como ésta se seca, es decir, pasados quince minutos, se desprende primeramente todo el contorno de la piel por tracciones lentas, como cuando se desprende la piel adherida á un vendaje enyesado. Así que lo permite la parte desprendida de la calota, se quita como si fuera un guante, y por medio de tracciones bien dirigidas, se la levanta en una sola pieza.

Examinando entonces su cara profunda, sorprenderá la cantidad inverosímil de restos de todas clases que en ella se han depositado.

Una buena fricción con *tintura de yodo* mezclada con éter en partes iguales, completará la operación de limpiarla con una antisepsia local lo más perfecta posible. Esta operación podrá repetirse cada semana.

Sin embargo, aun siguiendo este tratamiento, no será inútil recurrir á las fricciones irritantes, las cuales podrán practicarse con la solución etérea y alcohólica de *sublimado acético*, que ya hemos preconizado, aumentando progresivamente en la fórmula la cantidad de ácido acético hasta que el dolor se haga insoportable.

La proporción de ácido acético es casi siempre muy elevada, porque esta clase de cueros cabelludos, siempre muy grasos, son difícilmente atacables, y nosotros hemos visto tolerar el ácido acético cristalizable diluído solamente en una mitad de alcohol y éter, como en la fórmula siguiente:

Sublimado.	0 gr. 20
Acido acético cristalizable.	100 gramos
Eter sulfúrico.	50 —
Alcohol de 90°.	50 —

M. s. a.

Una fórmula como ésta, no obstante, se utiliza muy raras veces. Sólo habrá de prescribirse según las indicaciones que proporciona la experiencia de cada caso.

Así en ésta como en las demás peladas, ha de cumplirse siempre la antigua recomendación de E. Vidal: «Mantener siempre las placas calvas ligeramente rojas y ligeramente dolorosas al tacto.»

En cuanto á los resultados del tratamiento, son de tal naturaleza, que no es posible en ningún caso formular un pronóstico firme, pues la experiencia diaria nos da los resultados más imprevistos.

Entre la pelada decalyante benigna, en que la salida de cabellos blancos comienza antes de que caigan totalmente los cabellos muertos, y la

pelada decalvante grave, en la que desaparece el pelo del cuerpo, durando varios años y hasta toda la vida, pueden darse ejemplos de todas clases. La tendencia constante de todas las formas de pelada á recidivar se manifiesta lo mismo en ésta que en las demás formas.

Obsérvase á veces que después de varios años de tratamiento inútil de un cuero cabelludo que se conservó siempre tan liso como el mármol, de repente, en dos semanas, por ejemplo, se cubre de pelos finos nacientes.

Pero ¿estos pelos finos se transformarán todos y en todos los puntos en cabellos adultos?

A menudo, este rebrote dibuja placas permanentes de alopecia, semilla de recidiva total para más tarde.

Otras veces, después de un rebrote aparente, los cabellos que tenían ya 2 ó 3 centímetros de largo caen por completo en dos semanas. Y así sucesivamente.

De suerte que nunca será posible formular un pronóstico firme, pues siempre son de temer las recidivas, hasta cuando se señala francamente un rebrote de los cabellos. Y las más de las veces estos rebrotes son parciales é incompletos.

No obstante, hemos visto peladas enteras, decalvantes totales, tomar de pronto un curso favorable hacia la curación, pasados apenas tres ó cuatro meses de tratamiento. Así es que el médico no debe nunca desanimar al enfermo sino muy al contrario, pues nadie puede prever cuáles serán los resultados del tratamiento de una pelada decalvante total, desde mucho tiempo descuidada, los cuales son á veces inesperados.

La pelada decalvante benigna, de que hemos hablado anteriormente, se limita de ordinario, en su primer ataque, al cuero cabelludo solamente, ó cuando menos, es posible casi siempre detenerla en este punto.

Por el contrario, la decalvante grave desde el primer momento, ó bien, lo que ocurre con más frecuencia, sobrevinida después de repetidos ataques cada vez más graves, se convierte ordinariamente en total.

Las regiones del cuerpo más cubiertas de pelo se ven atacadas una tras otra.

Cuando el cuero cabelludo y la barba quedan completamente invadidas, caen las cejas y las pestañas poco á poco, por alopecia difusa progresiva.

En el pubis, la caída del pelo comienza casi siempre por una placa perfectamente limitada, que va extendiéndose, sobreviniendo después la alopecia difusa de las partes hasta entonces inmunes, y paulatinamente

determina la caída de todos los pelos. Una cosa igual sucede en las axilas y en todo el cuerpo, en donde, no observándose en un principio más que placas limitadas desprovistas de pelo, acaban por desaparecer todos los pelos de la región.

En resumen, pues, el proceso es siempre el mismo, primeramente la alopecia *en placas*, y ulteriormente la alopecia difusa terminal. Por esto no comprendemos por qué los patólogos acusan exclusivamente la acción nerviosa, en la patogenia de la alopecia total, cuando en todas partes es manifestamente consecutiva á la alopecia *en placas*, de forma y curso idénticos á la pelada que en el cuero cabelludo admiten como parasitaria.

Es cierto que, pasado el primer estadio de las placas alopécicas localizadas, sobreviene en la región una alopecia difusa periférica, pero este fenómeno lo mismo se observa en el cuero cabelludo que en el cuerpo.

Y así desde el punto de vista clínico como del histológico, no vemos por qué deba considerarse como dos entidades morbosas distintas una enfermedad cuyos estadios y caracteres demuestran histológicamente una lesión siempre idéntica, y clínicamente todas las formas intermedias relacionan una modalidad con otra.

Desde el punto de vista de la terapéutica, la falta de medios en los momentos actuales es absoluta, limitándonos á prescribir las fricciones generales alcohólicas y excitantes por todo el cuerpo, los linimentos *trematinados*, el *alcoholado de Fioravanti*, etc., etc. La terapéutica que se aplica al cuero cabelludo y á la barba es la misma en todas estas formas de pelada.

Por más que sea de todos reconocida, en la actualidad, la impotencia de la terapéutica en la pelada total, no quiere esto significar que la enfermedad no cure nunca. Si bien no cura casi nunca completamente, presenta con frecuencia intervalos de descanso ó de alivio momentáneo; ¿podría, entonces, una medicación bien dirigida prevenir las recidivas ulteriores?

No disponiendo, como no se dispone, de medios curativos verdaderos, cabría preguntarse qué utilidad práctica tiene la discusión precedente sobre la unidad ó dualidad de la pelada, pues cuando ningún tratamiento resulta ser verdaderamente eficaz, todas las hipótesis, sean cuales fueren, están prácticamente injustificadas.

Diremos, sin embargo, que si la terapéutica hoy día se halla completamente desarmada, puede, quizás, en el porvenir, contar con poderosos y eficaces medios de combatir la enfermedad.

Consideremos desde luego el desenvolvimiento posible que puede

tener esta cuestión. La anatomía patológica confirma plenamente la identidad de todas las peladas graves ó benignas; y la clínica demuestra la naturaleza contagiosa y, por consiguiente, parasitaria de las últimas.

Por otra parte, si se examina la naturaleza de las lesiones histológicas de la pelada, hay que reconocer forzosamente que la inmensa mayoría de estas lesiones no significan la presencia actual de un microbio...

Por eliminación, pues, se viene á admitir como verosímil, además de un estadio microbiano desconocido, la existencia de una toxina peládica, cuya difusión intrategumentaria y evacuación á distancia se verificarían lentamente.

La pelada, por lo tanto, se incluiría otra vez en el grupo de las enfermedades microbianas, cuyas lesiones, después de la acción transitoria del parásito, dependen exclusivamente de la difusión de la toxina (tétanos, difteria) y podría confiarse en el día de mañana en una medicación sero-terapéutica.

Aunque ésta sea indudablemente una hipótesis muy atrevida, careciéndose hoy día de medios terapéuticos eficaces, se comprende que se funden en ella algunas esperanzas.

XII

Profilaxia de la pelada

Para reglamentar la profilaxia general de la enfermedad, convenirá resumir en breves términos todo cuanto se sabe y acaba de exponerse acerca de su contagiosidad.

Del examen imparcial, sin preocupaciones doctrinales de ninguna clase, de los datos que cada día proporciona la experiencia, se desprende:

1.º Que en un individuo afecto de pelada, la profilaxia es muy difícil; y de no seguirse un tratamiento bien dirigido, las autoinoculaciones son de regla;

2.º Que la transmisión de la enfermedad de un individuo á otro es mucho menos fácil, más raro é irregular, siendo también menos conocidos los modos de producirse;

3.º Que las epidemias de pelada que se han observado, fueron siempre en colegios ó cuarteles;

4.º Que en las familias de peládicos el contagio se observa *muy raras veces*, apenas una ó dos veces por cada cien casos;

5.º Que la transmisión de la enfermedad en una ciudad parece muy bien una contaminación cuyo intermediario es el peluquero.

Estos hechos son constantes y unánimemente reconocidos; de modo que no creemos que haya dermatólogo que los desmienta. No hay, pues, necesidad de discutirlos y deduciremos desde luego sus conclusiones prácticas.

La primera de las conclusiones que se desprende de los hechos precedentes, es la necesidad de los cuidados profilácticos en el enfermo atacado de la pelada, cuidados que han de evitar, no el contagio con los demás, sino el del enfermo consigo mismo. Esta profilaxia especial forma parte integrante y principal del tratamiento de la pelada, por cuya razón hemos afirmado constantemente, en este capítulo, su necesidad y los medios de obtenerla; esto nos excusa de incurrir en repeticiones.

La segunda conclusión es la necesidad de una rigurosa profilaxia en los colegios y cuarteles, únicos focos de verdaderas epidemias de peladas. Nos ocuparemos pronto de la misma.

Sin descuidar los preceptos, por lo demás corrientes, de higiene privada, no hay que ser tan rigurosos en la profilaxia familiar de la pelada.

En cuanto á los preceptos de higiene pública que deberían combatir la endemia peládica actual, merecen, á nuestro entender, el primer lugar y de ellos nos ocuparemos en seguida.

A. — PROFILAXIA EN LA CIUDAD

Siempre que se demuestre la existencia de una endemia de pelada, será necesario atacar el contagio existente en sus centros de producción y de reproducción. Como hemos dicho, los peluqueros son casi siempre los únicos que producen las epidemias; de aquí que la profilaxia urbana haya de dirigirse exclusivamente á mejorar las condiciones en el ejercicio de esta profesión.

Y no es porque dejen de observarse más en las peluquerías los preceptos de higiene, que han pasado á ser vulgares, y hasta los de simple limpieza. Pero la población en masa se sirve de las peluquerías, y con respecto á las enfermedades contagiosas del cuero cabelludo está á merced de los peluqueros.

No es necesario insistir sobre los peligros que pueden ofrecer, desde el punto de vista higiénico, los peines y cepillos ordinarios, las navajas, tijeras, máquinas de cortar los cabellos, borla de aplicar los polvos de arroz, etc. ¿Y la misma esponja que emplean todavía muchos peluqueros para secar la cabeza después de la ablución que sigue al *schumpoing*?

Descartemos desde luego la objeción que se ha repetido muchísimas veces y que no tiene ningún valor: «Yo tengo en la peluquería instrumentos míos que sólo sirven para mí.»

Por de pronto, dejar los peines, cepillos, etc., en la peluquería, tiene el inconveniente de que es muy posible que se utilicen también para los demás. Pero dejemos esto á un lado, y supongamos que sea verdad lo que casi siempre sólo puede admitirse en teoría, esto es, que los peines, cepillos y demás accesorios que pertenecen á un cliente sirven sólo para él. Veamos el uso que de ellos se hace.

Si la máquina de cortar los cabellos pellizca ó corta mal, se sustituye en seguida por la ordinaria, ó se engrasa con un pincel aceitoso que ha servido ya para engrasar las otras máquinas.

Después de usar el peine fino, se limpia inmediatamente con un cepillo *ad hoc*, que muchas veces el cliente no se ha procurado, debiendo emplearse, por lo tanto, el que sirve para limpiar los demás peines finos de la peluquería.

Y después todos los instrumentos especiales de cada cliente se colocan sobre mesas sucias, que se lavan á lo más una vez al día, y se mezclan en todas partes con los peines y cepillos ordinarios.

En estas condiciones, supuesto que los instrumentos especiales se limpian y están en contacto á cada momento con los demás, ¿tendrá gran importancia el dejarlos ó no dejarlos en la peluquería?

Parece extraño que, siendo en la actualidad tan justamente minuciosa la limpieza quirúrgica, se comprenda tan poco en qué debe consistir la limpieza en las profesiones que intervienen de un modo inmediato con el cuerpo de los individuos.

A esto se contesta alegando la imposibilidad de una legislación. Suponiendo que se decretara, se dice, la limpieza y la desinfección de los instrumentos para cada cliente, — ¿quién podrá comprobar si la esterilización ha sido verdaderamente hecha? ¿Será preciso crear un cuerpo de investigadores como lo hay para los fabricantes de pesas y medidas? Esto es impracticable. Por otra parte, conviene advertir que la esterilización no es tan fácil como parece.

Algunos peluqueros, bajo la presión de la opinión pública, han probado de esterilizar sus instrumentos, pero sus ensayos no pasan de maniobras ilusorias sin ningún valor. Si sólo tienen por objeto distraer la opinión, puede ser que logren dar resultado; pero nadie que sepa en qué debe consistir la esterilización de instrumentos cortantes, esponjas y cepillos, tendrá nunca por suficientes esos ensayos de esterilización. La verdadera esterilización es difícil por tres razones:

1.º Porque los instrumentos que se quieren desinfectar están grasientos;

2.º Porque son cortantes;

3.º Porque son complicados.

Son grasientos, y por consiguiente impermeables á la mayor parte de las soluciones antisépticas.

Son cortantes, y la mayoría de las soluciones antisépticas embotan los filos en pocas horas.

Son, por último, complicados. Entre las tuercas ó tornillos de una máquina de cortar cabellos ó los pelos de un cepillo, hay puntos que no se esterilizarían ni con tres días de estar sumergidos en alcohol.

Cuanto más se considera esta cuestión de salubridad pública, se ve más difícil que la reforma pueda hacerse en este sentido. Aunque los medios de desinfección fuesen muy radicales y sencillos, por ejemplo, una pequeña estufa de vapor á presión instantánea, como las estufas movibles municipales, se necesitará siempre uno que sepa las manipulaciones que deben hacerse, lo que es un manómetro, etc., ¿y de qué servirá todo esto si el que ha de emplear el instrumento limpio tiene las manos sucias?

La reforma que debe emprenderse, pues, conviene repetirlo, no puede hacerse en este sentido. — La profesión no se reformará por sí sola, sino que es menester que el público la reforme, pues es el único que puede hacerlo.

Esto se conseguirá acostumbrándonos á una nueva práctica que consiste en guardarse á sí mismo. Conviene, por lo tanto, no ir á casa del peluquero sino hacerle venir cada uno á su propio domicilio, en donde se tendrán perfectamente limpios *todos* los instrumentos necesarios, como son navajas, máquinas de cortar el cabello, tijeras, esponjas y cepillos.

La adquisición de estos instrumentos, para los que quieren tenerlo todo completo, resulta bastante costosa; pero una vez hecha, es para siempre. No sabemos si andamos equivocados, pero nos parece que cuando el público conozca más los peligros á que se expone en las peluquerías, — esto sucederá dentro de pocos años al observarse el curso progresivo que siguen las estadísticas de la pelada en estos últimos años, — la reforma se verificará por sí sola.

Casi no hay peládico que no se decida, en seguida de verse atacado, á tomar esta medida, que para él resulta tardía. En éste, como en todos los casos, la propia experiencia es la única que decide á tomar tal determinación, sin querer aprovecharse de la experiencia ajena. El temor, sin embargo, es un móvil poderoso y estamos convencidos de que dentro de poco tiempo producirá una favorable reacción en este punto, trans-

formando paulatinamente la profesión las propias necesidades del individuo.

Aparte de esta medida, sumamente eficaz y única que puede producir satisfactorios resultados, no hay, que sepamos, ninguna otra que valga la pena de ser discutida, y hasta consideramos perjudiciales los ensayos de desinfección ilusorios, por cuanto hacen concebir vanas seguridades.

B. — PROFILAXIA DE LA PELADA EN LOS COLEGIOS Y CUARTELES

Hemos dicho ya que, así en el cuartel como en los colegios, el peluquero era para los soldados ó alumnos el gran propagador de la pelada. A él, pues, convendría vigilar.

En nuestra opinión, la operación de cortar los cabellos á los soldados debiera estar directamente sometida á la inspección facultativa y agregada al servicio de enfermería. Con instrumentos duplicados, de los cuales uno sirviese mientras se desinfecta el que acabó de servir, se tendrían todas las probabilidades de evitar las inoculaciones. Para la esterilización sería suficiente la ebullición durante un cuarto de hora en glicerina.

En cuanto á los colegios, la profilaxia debe ser diferente según se trate de colegios de internos ó de externos. Los internos pueden estar sometidos á la misma vigilancia de los cuarteles, pues la cuestión se presenta del mismo modo; por lo que respecta á las escuelas de externos, las familias han de cuidar de hacerles cortar los cabellos fuera del colegio.

Si bien, por lo que toca á la profilaxia de la pelada, todo lo que hace referencia al barbero ó peluquero, sea con mucho lo más importante, esto no quiere decir que la pelada sólo pueda transmitirse por estos intermediarios. Los sombreros y los instrumentos de la *toilette*, cuando se dejan á otros, pueden ser causa también de contagio. Pero, mientras que estas causas son primordiales en la propagación de las tiñas criptogámicas, sólo parecen accesorias respecto de la pelada, que se contagia con mucha menos facilidad.

Los cuidados excepcionales y la vigilancia rigurosa en este sentido, únicamente están indicados en los casos de epidemia local.

Como hemos dicho, la pelada sólo muy raras veces produce epidemias en focos. Y después de un atento examen de los datos que proporcionan cada una de esas epidemias, nos convencemos de que hubiera bastado la vigilancia del peluquero que las produjo para que se hubiese detenido de buenas á primeras.

C. — PROFILAXIA EN LA FAMILIA

Cuando sobreviene un caso de pelada en una familia ¿qué medidas profilácticas conviene tomar para impedir el contagio?

Siendo, á nuestro entender, muy limitada la contagiosidad exterior de la pelada, nos guardaremos de prescribir medidas excesivas.

En estos casos, hemos visto aconsejar á veces desinfecciones generales de la habitación, la secuestación del enfermo, la separación de los niños sanos, así como proscribir á los consortes, no solamente el dormir en un mismo lecho, sino que ni aun en la misma habitación. Nada de esto parece ser conveniente.

Estamos persuadidos de que, sosteniendo esta opinión, tenemos por adversarios á todos los que creen en el origen parasitario de la pelada. Esto no es razón, sin embargo, para modificar una opinión fundada en el riguroso examen de los hechos, tal como se presentan.

Convencidos como el que más del origen parasitario de la pelada, (origen que se demuestra por casos evidentes, aunque muy raros), esta creencia no destruye en lo más mínimo el hecho observado de que, por cada mil casos de peládicos en familia, quizás tan sólo en uno resulta el contagio.

En la pelada, parece que el germen desconocido necesita para vivir el terreno especial de aquel en quien se ha manifestado, ó que es preciso, para que el contagio se produzca, una inoculación con efracción, ó también, y más generalmente, que entre millones de gérmenes uno solo es capaz de reproducir la enfermedad.

Sea cual fuere la hipótesis admitida, lo cierto es que el contagio de la pelada es especial y muy escaso, y casi nulo en las condiciones que suponen las simples relaciones de familia.

No hay que extrañar tampoco que esta enfermedad contagiosa lo sea tan poco y de un modo tan especial, pues esto se observa también en otras enfermedades, como la lepra, en la cual, á pesar de que el parásito causal pulula de un modo increíble, no se presentan casos de contagio en nuestro país.

¿Es esto decir que no se ha de tomar ninguna medida de precaución en estos casos? Ciertamente no.

El enfermo debe tener lo mismo el lecho que los instrumentos para su *toilette*, vestidos y sombreros exclusivamente para él. Hasta si se quiere, y dará todavía mejores resultados, podrá aconsejarsele que lleve

siempre la cabeza cubierta. A estas precauciones deben reducirse los cuidados profilácticos dentro de la familia.

Claro está que, si sobreviniera un segundo contagio, las medidas que habrían de tomarse serían más rigurosas, prescribiéndose en seguida el aislamiento relativo de los enfermos. Pero estos casos son tan raros que, no siendo especialista, el médico podrá pasarse toda la vida sin observar un solo caso.

Y si se considera, además, que más ó menos tarde el médico acaba por levantar á los cónyuges, de los cuales uno es peládico, la prohibición de dormir en un mismo lecho, sin que por esto, en la inmensa mayoría de casos, se contagien, se comprende que se tengan por excesivas la mayor parte de las medidas de secuestración que han sido preconizadas contra los peládicos aislados.

Conviene repetirlo. La conducta que habremos de seguir será muy distinta al sobrevenir tan sólo un nuevo caso de contagio. Pero este hecho es demasiado raro para que inconsideradamente prescribamos un tratamiento semejante en todos los casos.

Como hemos dicho, estas medidas de vigilancia moderada estarían fuera de lugar, si se tratara de un grupo escolar, ó en el ejército; pero en la familia, las medidas rigurosas nos parecen clínicamente injustificadas.

CAPITULO XX

TRATAMIENTO DE LA HIPERTRICOSIS

POR

R. DU CASTEL

Médico del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

La hipertricosis ó desarrollo exagerado de los pelos, puede ser generalizada ó localizada.

La hipertricosis *generalizada* es una afección que se presenta muy raras veces, á menudo en una misma familia, escapando á la acción de la terapéutica.

La hipertricosis *localizada* puede ser *congénita* ó *adquirida*. La primera acompaña frecuentemente á la producción de nevos pigmentarios; pero puede existir independientemente de ellos, como se observa repetidas veces en la parte inferior de la columna vertebral.

La hipertricosis *adquirida* se observa algunas veces en el hombre en la nariz, por ejemplo, pero en la mujer, y sobre todo en la cara, adquiere verdadera importancia por afear el rostro y ser causa de desespero en algunas de las atacadas de dicha enfermedad. La hipertricosis se manifiesta en las jóvenes en el período de la adolescencia, afectando principalmente las partes laterales de las mejillas, el labio superior y el mentón. En algunas mujeres, se desarrollan en la edad madura pelos voluminosos y déformes en el mentón, comisuras de los labios, pecho y

mamas. No es raro tampoco observar en la mujer un desarrollo exagerado de pelos entre las dos mamas, alrededor del mamelón y de la aréola.

II

Tratamiento

A.—La mayor parte de los medios empleados para disimular la hipertricosis sólo lo consiguen temporalmente, y determinan, con bastante frecuencia, una exageración de la deformidad que ha tratado de combatirse: tales son la *depilación*, la costumbre de *cortar* los pelos enfermos con las tijeras ó *rasurarlos* ó *chamuscarlos* con el alcohol; estos distintos medios de tratamiento provocan, al cabo de algún tiempo, el desarrollo de un número más considerable de pelos voluminosos y un aumento de volumen de los pelos arrancados. Sólo en casos muy excepcionales, se consigue atrofiar los pelos por depilaciones repetidas, resultado, por lo tanto, que para nada debe tenerse en cuenta.

Las *pastas depilatorias* que se han recomendado como capaces de determinar la rápida destrucción de los pelos, son muy numerosas: aparte de la *pez de Borgoña* y las preparaciones similares, que tenían por objeto arrancar los pelos y cuyo empleo está hoy justamente abandonado, hay las pastas destinadas únicamente á destruir la parte visible del pelo, que son las que generalmente se usan. Entre ellas las más empleadas son las siguientes:

DEPILATORIO DE BOUDET

Hidrosulfato de sosa.	3 gramos
Cal viva en polvo.	10 —
Almidón.	10 —

M. s. a.

Para aplicar este polvo se diluye con un poco de agua; á los tres ó cuatro minutos ya ha producido su efecto. Este depilatorio recuerda el de Martins.

DEPILATORIO DE COLLEY

Cal viva.	30 gramos
Nitro.	4 —
Lejía de jaboneros.	125 —
Oropimente.	12 —
Azufre.	4 —

M. s. a.

Hágase evaporar hasta que adquiera la consistencia conveniente.

DEPILATORIO DE DELCROIX

Cal viva.	30 gramos
Goma pulverizada.	60 —
Oropimente.	4 —

M. s. a.

DEPILATORIO DE MARTINS Ó DE BOETTGER

Cal recientemente apagada y bien decarbonatada.	2 partes
Agua.	3 —

M. s. a.

Con esta mezcla bien hecha, se obtiene una lechada de cal espesa, á la que se hace llegar una corriente de gas sulfhídrico hasta la saturación. Durante la operación se agita con frecuencia la leche calcárea con el fin de que se cargue uniforme y completamente del gas.

De este modo se obtiene un producto de la consistencia de la papilla y de un color verde azulado debido al hierro, contenido naturalmente en la cal y que se ha sulfurado durante la operación. Dejándolo en reposo, se precipita la parte sólida, quedando encima la parte líquida. Antes de emplearse, convendrá restablecer la homogeneidad en la masa. Despide un olor á huevos pasados.

Para utilizarla, se cubrirá con una capa de 1 ó 2 milímetros de espesor la región vellosa que se quiere depilar. Pasados ocho ó diez minutos, y á veces menos, la masa, que antes era blanda, se ha hecho sólida; se lava la región con agua fría ó caliente, y la piel, merced á este procedimiento, se encuentra más completamente desnuda que con la mejor navaja y sin que se produzcan en lo más mínimo fenómenos irritativos. No destruyendo el depilatorio el bulbo piloso, es necesario de vez en cuando practicar de nuevo la operación. En el caso de aplicarse la pasta sobre el labio superior ó sobre el mentón, conviene colocar un objeto cualquiera debajo de la nariz para resguardar al enfermo de las emanaciones hidro-sulfurosas.

DEPILATORIO DE PLENCK

Oropimente.	1 gramos
Almidón.	10 —
Cal viva.	16 —

M. s. a.

Hágase un polvo fino que se conservará en un frasco con tapón esmerilado.

Antes de usarlo se aclarará la pasta con un poco de agua, aplicándose de esta manera sobre la parte que se quiere depilar. Una vez la pasta se haya secado, se quitará también con un poco de agua.

PASTA DE HEYMANN

Goma arábica.	6 partes
Ictiocola.	16 —
Cochinilla.	4 —
Cúrcuma triturada.	8 —
Alumbre.	} aa. 4 —
Cremortártaro.	
Carbonato de potasa.	

M. s. a.

Hágase hervir durante una hora con un litro de agua: fíltrese y mézclese luego con media libra de piedra pómez y clara de huevo hasta formar una pasta que se dejará secar; friccionando después con ella las partes vellosas, los pelos se desprenden.

POLVO DEPILATORIO SIMPLE

Cal viva.	125 gramos
Lirio en polvo.	15 —

M. s. a.

POLVO LAFOREST

Oropimente.	30 gramos
Litargirio.	30 —
Mercurio.	60 —
Polvo de almidón.	30 —

M. s. a.

PASTA DE CALL ANDERSON

Sulfuro de bario.	6 gramos
Oxido de zinc.	24 —
Carmin.	0 gr. 06

M. s. a.

Mézclese este polvo con una cantidad suficiente de agua para hacer una pasta, la cual se extiende sobre la parte enferma, quitándola y enjabonando la región después de tres minutos.

El *sulfuro de calcio* obra del mismo modo.

PASTA DE DUHRING

Sulfuro de sodio.	8 gramos
Creta preparada.	24 —

M. s. a.

Trítuse con un poco de agua hasta que se forme una pasta; aplíquese luego una delgada capa de la misma durante diez ó quince minutos, quitándose así que empiece á experimentar una sensación de comezón; lávese entonces la región, aplicando después una pomada calmante.

RUSMA DE LOS ORIENTALES

Se deslíe en nueve partes de *cal viva* una de *oropimente*; se añade una yema de huevo ó harina de trigo candeal, haciendo hervir la mezcla con un poco de agua hasta que se forma una pasta, de la que se aplica una delgada capa, por medio de una espátula de madera, sobre los puntos donde están los pelos; al cabo de cinco ó diez minutos, cuando comienza á ser algo intensa la comezón, se rasca rápidamente con la espátula, lavándose después la piel con agua caliente y espolvoreándola con un polvo inerte blanco (almidón, polvo de arroz, óxido de zinc) ó bien, si es muy intensa la irritación, practicase una untura con una pomada emoliente.

B.—El método verdaderamente activo para destruir los pelos es la *depilación por la electrolisis*, que consiste en destruir el bulbo del pelo haciéndole pasar por una corriente negativa. Este sistema de tratamiento, recomendado primeramente por León Le Fort en Francia y por Michel de Saint-Luis en América, tiene hoy día un manual operatorio completamente reglamentado; su empleo se ha vulgarizado en Francia, gracias á los trabajos de nuestro distinguido colega Brocq.

Los instrumentos necesarios para practicar esta operación son una pila con galvanómetro bien regulado y sensible y agujas muy finas. Estas agujas pueden ser de oro, platino y también de acero; pero tiene mucha importancia que estén bien templadas, pues, de ser flexibles, pueden torcerse durante la operación, y si fuesen demasiado duras, corren el peligro de romperse. Las agujas pueden ir montadas en un porta-agujas, pero este aparato es de difícil manejo en una operación que requiere gran delicadeza en el movimiento de los dedos; por esto prefieren hoy día, la mayoría de los operadores, las agujas acodadas en su extremidad y montadas en una pieza metálica de ángulos obtusos, de unos 2 centímetros de largo por 3 ó 4 milímetros de diámetro; están acanaladas además en su parte central, por donde se introduce la bareta terminal del alambre eléctrico.

Varios dermatólogos han aconsejado que se recubriera la aguja de un cuerpo aislador, dejando sólo al descubierto algunos milímetros de la punta; esta precaución tiende á evitar la irritación exagerada de los tejidos atravesados por la aguja, y á limitar su acción á su extremo á nivel del bulbo piloso. El revestimiento de la aguja con un cuerpo aislador, parece una precaución inútil, puesto que la difusión de la electricidad se limita naturalmente á la punta.

Véase además la opinión de Brocq sobre esta materia:

«Se ha procurado evitar la aparición de toda cicatriz ulterior protegiendo las capas superficiales del dermis y la epidermis, y obrando únicamente sobre el bulbo piloso. Para esto, se aísla el tallo de las agujas hasta unos 2 milímetros de la punta, que obra sólo sobre los tejidos. Compréndese, pues, que poniendo esta punta libre en contacto con el bulbo del pelo, si este bulbo se encuentra á 3, 5 ó 7 milímetros de profundidad, las capas superficiales del dermis quedarán indemnes. Por nuestra parte, hemos renunciado muy pronto á las agujas aisladas por los procedimientos ordinarios, pues es muy difícil mantener el barniz sobre tallos tan delgados; así que se introduce la aguja en el folículo piloso, el barniz se desprende y sería menester disponer de una aguja para cada pelo. Charadin ha logrado construir, siguiendo nuestras indicaciones, una aguja aislada muy práctica. Consiste en una varilla de platino iridiado, del grosor y longitud de nuestras agujas ordinarias, montada sobre el mismo cilindro que aquéllas. A 2 milímetros de la punta, que habrá de ser lo más fina posible, se desgasta un tanto la aguja circularmente en una extensión de 4 á 5 milímetros, de manera que se obtenga una pequeña depresión, sobre la que se arrolla en seguida un hilo de seda extremadamente fino que cubra por completo el metal en este punto, constituyendo el cuerpo

aislador. La introducción de la aguja resulta á veces bastante laboriosa, debiendo imprimírsele algunos movimientos de espiral. Mayores dificultades ofrece el averiguar si el extremo libre está en contacto con el bulbo del pelo. Por último, al emplearla, tampoco es posible alcanzar el momento preciso en que el bulbo está desorganizado. Además, mientras pasa la corriente, deberán ejercerse tracciones ligeras sobre el pelo con la pinza, ó practicar algunos tanteos y hacer pasar una corriente de intensidad conocida y medida durante un lapso de tiempo rigurosamente precisado, de manera que nos dé exactamente la cantidad de electricidad que, según la experiencia hecha en el mismo enfermo, sea necesaria y suficiente para la destrucción de los pelos parecidos al que se arranca en la misma región. Todas estas dificultades obligan á rechazar el empleo de las agujas aisladas, fuera de los casos en que únicamente hayan de destruirse algunos pelos muy voluminosos que se desarrollaron en regiones muy visibles: en cualquier otra circunstancia, deberemos servirnos de las agujas ordinarias."

El objeto de esta operación es la destrucción del bulbo del pelo. Para obtener este resultado, se comienza por ponerle en contacto con la punta de la aguja, practicando el cateterismo del folículo piloso. Para verificar esta operación en buenas condiciones, conviene tener las nociones más precisas posible acerca el volumen de los pelos, su dirección, y principalmente sobre la profundidad del bulbo, elementos que varían mucho según las regiones y los individuos; algunas de estas nociones podrán adquirirse practicando la avulsión de uno ó varios pelos similares á los que deben ser operados.

El cateterismo del folículo piloso se practica introduciendo la aguja á nivel del pelo y empujándola siguiendo la dirección presumida: cuando se ha tomado bien la dirección, la aguja se desliza fácilmente hasta la profundidad del bulbo sin que la mano del operador note la menor resistencia; caso de experimentarla antes de llegar al nivel deseado, prueba es de que la punta de la aguja no ha penetrado en la cavidad del folículo, razón por la cual habrá de comenzarse de nuevo la operación, retirando la aguja sin hacer nuevos ensayos y modificar la dirección hasta que se comprenda que la aguja, por decirlo así, se introduce por sí misma.

Colocada la aguja en su lugar, hay que hacer pasar y regular la corriente eléctrica. Distintos son los procedimientos que con este objeto pueden emplearse, según que el médico esté ó no ayudado en la operación. En el primer caso, el operado coge con la mano el cilindro empapado de agua salada que corresponde al polo positivo, ó fija sólidamente sobre su brazo una placa metálica y húmeda que corresponde á este mismo polo; el

ayudante hace dar vueltas lentamente al manubrio del colector del galvanómetro hasta que la aguja indica que ha adquirido la intensidad máxima, con la que se quiere obrar, que generalmente es de 2 á 5 miliamperios. Se conserva la intensidad de la corriente todo el tiempo que se crea necesario para destruir el bulbo (véase más adelante), llevando después rápidamente el colector al cero.

Si nadie ayuda al operador, Brocq aconseja que se comience por cargar el colector de la máquina con el número de elementos que corresponde poco más ó menos á la corriente eléctrica que se desea; después se coloca la aguja debidamente, introduciéndola en el folículo. Una vez la aguja está bien colocada, el operado coge el cilindro que forma el polo negativo, apretándolo lenta y progresivamente, con el fin de evitar las sacudidas dolorosas que le producirían los diferentes tanteos que hay que hacer para colocar bien la aguja, si desde el comienzo de la operación tuviese cogido el cilindro; cuando se crea que el pelo está suficientemente destruído, habrá que aflojar el cilindro, retirándose después la aguja. De esta manera se atenúan los dolores que se experimentan al abrir y cerrar la corriente, aun cuando sean más intensos que en el caso de servirse de un ayudante. Este procedimiento exige, de parte del enfermo, una paciencia y buena voluntad que no en todos se encuentra.

Para suplir la falta de ayudante se han construído diferentes interruptores que se colocan en el trayecto del alambre negativo, manejándose con el pie, con lo cual el médico puede abrir y cerrar por sí mismo la corriente, sin necesidad de emplear las manos ni de recurrir al enfermo: algunos de estos interruptores están construídos de modo que la corriente pasa, aumentando progresivamente, sin producir sacudidas dolorosas. Para quitar la aguja, es necesario siempre interrumpir antes la corriente.

La depilación electrolítica es una operación dolorosa, sobre todo en ciertas regiones, como los labios y ventanas de la nariz, por lo que se ha llegado naturalmente á ensayar la anestesia local, antes de proceder á la operación. Los ensayos que se han hecho en este sentido no han dado grandes resultados. Las embrocaciones y fricciones con las soluciones y pomadas á base de cocaína particularmente no producen ningún alivio de consideración. A pesar de esto, convendrá en ciertos casos emplearlas, especialmente en los individuos nerviosos, tanto por la influencia moral que pueden ejercer sobre ellos como por la ligera disminución del dolor que pueden determinar. Las inyecciones de cocaína, hasta al 1 por 100, recomendadas por Dubreuilh, son temidas por la mayor parte de los operadores á consecuencia de los accidentes graves inesperados que algunas veces ocasionan.

Así que pasa la corriente se desarrolla alrededor de la aguja una zona eritematosa bastante extensa, en cuyo centro aparece poco después una especie de espuma blanquecina, y por último, cuando la acción de la corriente se sostiene algún tiempo, queda reemplazada por un pequeño círculo moreno claro; después de quitar la aguja se desarrolla una vesícula transparente, cuyo contenido se altera con rapidez. Al mismo tiempo la región en que se ha operado presenta una tumefacción general, y si los pelos eran voluminosos y profundos, se forma un verdadero núcleo de induración. Todos estos accidentes desaparecen con rapidez, de modo que al día siguiente de la operación sólo se ven pequeñas vésicopústulas ó puntos acneiformes, ó pequeñas escaras que corresponden á las punturas (Brocq).

La intensidad de la corriente empleada varía según el volumen de los pelos que han de quitarse, oscilando generalmente entre 2 y 4 miliamperios ó á lo más 5, pues las corrientes más intensas podrían determinar una excesiva desorganización de los tejidos y dejar cicatrices muy visibles.

La duración de la corriente varía también según la profundidad y volumen de los pelos y según la región en que se opera, siendo necesaria cierta práctica de depilación electrolítica para poder apreciarla exactamente. Sin embargo, pueden sentarse algunas indicaciones generales. Si los pelos son finos, basta por lo general que la corriente dure de diez á quince segundos; pero en los voluminosos, será necesario muchas veces prolongarla durante treinta ó cuarenta segundos. Veamos lo que á este propósito recomienda Brocq:

«Si se trata de pelos voluminosos desarrollados en puntos donde sean imperceptibles los pequeños trazos blancos, como, por ejemplo, la parte inferior del mentón, se podrá hacer pasar la corriente hasta que el pelo ceda á tracciones moderadas, ó por lo menos, en el caso de resistir demasiado tiempo, hasta que se forme alrededor de la aguja un pequeño círculo moreno claro, ó cuando hayan transcurrido de diez á veinte segundos desde que la espuma ha aparecido con una corriente de 4 á 5 miliamperios. En este último caso, se examina, pasados diez ó quince minutos, si el pelo está fijo todavía. Las más de las veces, viene á las manos sin oponer la menor resistencia, lo que prueba que el pelo ha sido destruido; en otro caso, se difiere su ablación definitiva para otra sesión.

«Si los pelos están en puntos muy visibles, tales como la parte superior del mentón, las mejillas, las tracciones con las pinzas pueden ser bastante fuertes, y aun cuando se presentan algunas recidivas, se aproxima cada vez más el momento preciso de la desorganización del bulbo.

»Por último, cuando los pelos son bastante finos y se hallan colocados en regiones muy dolorosas y delicadas, en que conviene á toda costa que no queden cicatrices, como en el labio superior por ejemplo, se ejercerán sobre el pelo tracciones bastante fuertes, pero se interrumpirá la corriente tres ó cuatro segundos después de haberse formado la espuma alrededor de la aguja.

»Se aguardan entonces algunos minutos. Si pasado este tiempo el pelo no cede á las tracciones moderadas, lo cual ocurre algunas veces, y en el caso de que los tejidos periféricos parezca que no han sido demasiado desorganizados, se hace pasar nuevamente la corriente hasta que el pelo ceda á las tracciones bastante fuertes. Cuando, por el contrario, los tejidos están demasiado afectos, se deja para la próxima sesión la destrucción completa del pelo.»

El consejo que se da como regla general de suspender la corriente así que aparezca la espuma alrededor de la aguja, llevaría muchas veces á interrumpirla antes de que el pelo estuviese suficientemente desorganizado. Practicando tracciones moderadas en el decurso de la operación hasta que el pelo ceda y quede en las pinzas, se corre el peligro de desorganizar demasiado profundamente los tejidos.

Al arrancar los pelos, se ha de procurar que en una misma sesión no se quiten los que estén bastante próximos, pues se tocarían después las vesículas producidas por la operación. Con esta condición, el número de pelos que pueden quitarse en una sesión no es limitado; por lo general, después de media hora ó tres cuartos de hora de sesión, tanto el operador como el operado desean que se acabe; y durante este tiempo, según la región y la importancia de los pelos, es posible quitar de treinta á ochenta de los mismos. En caso de necesidad, pueden hacerse varias sesiones en un mismo día, con la condición también de que la región en que se opere sea bastante extensa para evitar el contacto de las vesículas provocadas por la electrolisis. Si estas vesículas estuviesen tan cerca unas de otras que pudiesen hacerse confluentes, podría temerse la producción de cicatrices viciosas.

Las modificaciones que la piel presenta, después de la operación, varían mucho según la intensidad de la corriente empleada, la región en que se ha operado y los individuos de que se trate. Al cabo de cinco ó seis días puede haber ya desaparecido todo vestigio de la operación; mas con frecuencia, persisten durante algún tiempo manchas eritematosas, pigmentadas, que dejan después unos pequeños puntos blanquecinos, cicatriciales, visibles sobre todo al extender la piel. Después de la ablación de los pelos voluminosos, no es raro observar, sobre todo en el men-

tón, pequeñas induraciones queloideas del volumen de una cabeza de alfiler ó también pequeñas depresiones cupuliformes que recuerdan las pequeñas cicatrices del acné ó de la viruela.

Después de varias sesiones de cortos intervalos, empleadas en una región muy espesa de pelos, es muy común observar una induración hemonosa de la piel, la que se borra y desaparece espontáneamente al cabo de algún tiempo.

Aun supuesta la habilidad del operador, algunos pelos escapan á la destrucción completa, y otros pueden volver á salir otra vez con todas sus cualidades; pero la mayor parte renacen tortuosos, encogidos y con una extremidad en forma de maza; cuando se intentan destruir de nuevo estos pelos, la operación es con frecuencia muy delicada; el conducto piloso se ha hecho flexuoso como el pelo exterior, y es muy difícil poder atacar el bulbo.

Una vez destruídos los pelos voluminosos de una región, se cubre ésta, muchas veces, de algunos pelos bastante gruesos que no son pelos ya atacados y que se hayan librado de la destrucción, sino pelos finos y poco voluminosos, cuyo desarrollo es más considerable después de la destrucción de sus congéneres. Este nuevo crecimiento de pelos reclama otra intervención, no siendo raro que nos veamos obligados á intervenir de este modo varias veces seguidas. En general, se encuentra siempre vello en la región operada.

Es conveniente no aplicar tópicos irritantes en esta última, porque parecen favorecer la reproducción de los pelos voluminosos; en caso de irritación, nos limitaremos á la aplicación de polvos inertes.

La destrucción de los pelos por medio de la depilación electrolítica, á no ser que nos propóngamos únicamente hacer desaparecer algunos pelos raros y voluminosos, es siempre una operación larga y dolorosa. Según Brocq, un operador hábil no empleará menos de dos meses para depilar el labio superior, seis meses para el mentón y dos años para destruir una barba bien poblada.

Las indicaciones generalmente admitidas de la depilación electrolítica, son las siguientes:

Cuando una joven nos consulta por una hipertriosis poco acentuada de la cara, que presenta tan sólo un ligero vello poco aparente, le aconsejaremos que se contente con disimular todo lo posible esta pequeña anomalía. Si algunos pelos estuviesen muy desarrollados y verdaderamente disformes, podrá cortárselos con las tijeras, arrancarlos con las pinzas ó chamuscarlos, por más que todas estas operaciones, repetidas con frecuencia, determinan un desarrollo todavía más exagerado del pelo.

Proscribiremos en absoluto el uso de pomadas depilatorias, pues siempre va seguido de una notable exageración del desarrollo de los pelos y también del vello.

En el caso de que el desarrollo de los pelos sea verdaderamente excesivo, afeando completamente el rostro, y el enfermo quiera á todo trance que se le destruyan, convendrá recurrir á la electrolisis, teniendo cuidado de destruir solamente los pelos más voluminosos.

Nos decidiremos con más facilidad á quitar los pelos de la región preesternal, del mamelón, los que recubren los nevus pigmentarios, y los voluminosos pelos del mentón que se desarrollan en las mujeres de cierta edad.

Las mujeres en cuyo rostro se observan verdaderas barbas, se les advertirá antes la duración y dificultades que ofrece el tratamiento; sólo en los casos de insistir, de hallarse profundamente afectadas, y de continuar decididas á hacerse operar, á pesar de todas las objeciones del médico, fuera difícil resistir y habrá de procederse á ensayar la destrucción.

En estos últimos tiempos, el empleo de los *rayos X* ha sido recomendado en América como susceptible de determinar la caída de los pelos, y como un medio práctico de depilación. Falta todavía que la experiencia nos demuestre la bondad de este sistema de depilación, pero creemos que sólo puede determinar la caída más ó menos temporal de los pelos.

CAPÍTULO XXI

TRATAMIENTO DEL LENTIGO

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado á la Facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

El lentigo está constituído por unas manchas morenas, redondeadas, cuyo diámetro es por término medio de 3 á 4 milímetros, que aparecen principalmente en las partes descubiertas como la cara, manos, antebrazo, y en los individuos de cabellos rubios. Estas manchas son de origen congénito y se parecen mucho á los nevus, pero se acentúan por la acción de la luz; en verano son también más visibles que en invierno.

No cabe esperar la curación completa de las pecas, sino tan sólo su atenuación, ó hacerlas desaparecer momentáneamente.

Los medios que se han empleado para el cloasma, cuyo objeto es producir una descamación de la epidermis, dan también buenos resultados en el lentigo. Puede atenuarse un tanto, con el uso por largo tiempo prolongado, durante la noche, de una pomada que contenga 3 gramos de *calo-melanos* por 20 gramos de vaselina.

Otro medio más activo consiste en aplicar, también durante la noche, compresas empapadas de una solución de *sublimado* á 1 por 500 con un 5 por 100 de glicerina, para impedir que la desecación sea demasiado rápida.

Kaposi aconseja que se mantengan aplicadas, durante cuatro horas, compresas empapadas de:

Agua.. . . .	} aa.	50 gramos
Alcohol.. . . .		
Sublimado.. . . .		

Disuélvase.

Transcurrido este tiempo, se producen flictenas que se curan con un polvo inerte. En algunos días, la epidermis se descama dejando una piel blanca. Lo mismo ocurre empleando las pomadas *azufradas* fuertes:

Manteca de cerdo	20 gramos
Azufre precipitado.	2 —
Acido salicílico.	1 —
Carbonato de sosa.	2 —

M. s. a.

Al cabo de algunos días, se forma una dermatitis intensa seguida de descamación, que se curará con una pomada á base de *óxido de zinc*.

La acción que ejercen todos estos medios es sólo momentánea, pues, después de algún tiempo, vuelven á salir las manchas, tanto más cuanto el enfermo se expone más á la acción del sol.

Como medida *profiláctica*, convendrá evitar la acción de los rayos solares, el viento, la permanencia en las costas ó en las montañas. También podrá impedirse la acción de los rayos químicos del sol empleando un velo ó tela de color rojo anaranjado.

CAPÍTULO XXII

TRATAMIENTO DE LOS NEVOS

POR

E. GAUCHER

Y

C. BARBE

Profesor agregado á la Facultad
de París
Médico del hospital Saint-Antoine

Antiguo interno del hospital Saint-Louis
Jefe del laboratorio de dermatología
del hospital Saint-Antoine

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Divisiones

Los nevos, vulgarmente llamados *antojos*, son alteraciones cutáneas localizadas, congénitas, permanentes, debidas unas veces al desarrollo exagerado de los vasos, y otras á la producción anormal de pigmento en una superficie limitada de los tegumentos. Sin embargo, no todos los nevos son congénitos, pues algunos pueden desarrollarse tardíamente, hasta algunos años después del nacimiento.

Por consiguiente, los nevos se dividen en dos grandes grupos: nevos pigmentarios y nevos vasculares.

II

Nevos pigmentarios

Los nevos pigmentarios están constituídos por unas manchas de pigmento, con ó sin engrosamiento de la piel subyacente; pueden estar desprovistos ó cubiertos de pelos (nevos pilosos). Estos nevos se subdividen

en nevos lisos, nevos verrugosos y nevos hipertróficos (Kaposi): las dos últimas variedades contienen á veces bastante cantidad de pigmento, pero en otros casos, están muy ligeramente coloreados de un gris amarillento. Veamos ahora los distintos modos de tratamiento aplicables á cada una de estas formas.

Los *nevos lisos* podrán cauterizarse con los ácidos: *nítrico*, *clorhídrico*, *fénico*, y mejor todavía con la *pasta de Viena*, pues de todos los cáusticos que pueden emplearse, éste es ciertamente el mejor. Podrá también utilizarse el *termocauterio* de punta fina, y mejor aún el *galvano-cauterio*; con la *electrolisis* no se han obtenido buenos resultados. Conviene recordar que todos estos medios terapéuticos dejan luego una cicatriz más ó menos visible, por cuya razón será casi siempre preferible no emplearlos.

En los *nevos verrugosos*, la *electrolisis* ha producido positivos resultados, procedimiento que más adelante describiremos con todos los detalles necesarios. El raspado, así como la destrucción por el galvano-cauterio, podrán también emplearse.

Los *nevos hipertróficos*, siempre y cuando no puedan aplicarse los medios precedentemente indicados, son más bien de la incumbencia del cirujano.

En los nevos pilosos se destruirá cada pelo por medio de la *electrolisis*, colocando el polo negativo en comunicación con la aguja electrolítica implantada en cada folículo.

III

Nevos vasculares

Los nevos vasculares se subdividen en nevos sanguíneos y nevos linfáticos, según que sean producidos por la neoformación de los vasos sanguíneos ó de los linfáticos.

A. — NEVOS SANGÜÍNEOS

Los nevos sanguíneos (angiomas, hematoangiomas), se subdividen en nevos planos y nevos tuberosos.

Antes de estudiar el tratamiento, conviene tener presente que no se debe operar á ningún niño afecto de dicha dermatosis, pues algunos nevos

tienen tendencia á retroceder y, á veces, hasta á desaparecer. Si, por el contrario, el nevo aumentara continuamente, después de algunas semanas ó meses se podrá intervenir. Como se comprende, es inútil atacar los nevos de poca extensión y localizados en partes ocultas ó disimuladas; en la cara es, generalmente, donde casi siempre se interviene.

Los nevos vasculares pueden ser tratados como los nevos pigmentarios, por los *ácidos* ó por la *pasta de Viena*: caso de emplearse esta última se aplicará una capa muy delgada, quitándola transcurridos dos ó tres minutos.

En los individuos no vacunados, la *vacunación* determina con frecuencia una inflamación que muchas veces basta para hacer desaparecer un nevo. Cuando se practica la vacunación, conviene no profundizar demasiado la aguja cargada de vacuna para evitar las pequeñas hemorragias que podrían perjudicar la inoculación, procurando introducirla superficialmente, rascando, por decirlo así, la superficie del nevo. Las inoculaciones se procurará que sean lo más aproximadas posible. Una vez hayan aparecido las pústulas de la vacuna, suponiendo al individuo refractario á la vacunación, no se pasarán más de cinco días sin inocular los puntos que todavía no lo hubiesen sido. Pero todos estos procedimientos, y muchos otros que no mencionamos por estar en desuso, han de ser reemplazados por los medios siguientes: escarificaciones lineares, termocauterización, galvanocauterización, electrolisis.

Las *escarificaciones lineares* constituyen un buen procedimiento, aplicable sobre todo á las telangiectasias, especialmente á las de la cara. Se practican con una aguja cortante, paralelas entre sí, muy cerca unas de otras, y bastante profundas para que lleguen al dermis sin atravesarlo; por último, se harán en forma de cuadrícula, es decir, que después de la primera serie de escarificaciones, se practicará la segunda, de modo que corte á la precedente muy oblicuamente. Este procedimiento sólo es aplicable á las producciones muy poco extensas y muy superficiales, pues puede producir hemorragias.

El termocauterio de punta fina ó el galvanocauterio de una ó varias puntas empleados contra los nevos, producen excelentes resultados, pero casi siempre es necesario aplicarlos varias veces para obtener la completa desaparición de las lesiones; conviene recordar además, que la cauterización deja una ligera cicatriz blanca, que también desaparece algunas veces. Este procedimiento sólo puede aplicarse á las manchas vasculares de pequeñas dimensiones.

La *electrolisis* constituye, verdaderamente, el procedimiento preferible para combatir los nevos planos, y en los nevos tuberosos, es el único

realmente eficaz. Este método es un poco largo, siendo necesarias varias sesiones para su aplicación; pero en cambio está exento de hemorragia y de supuración.

Para practicar la electrolisis se necesita una pila que dé una corriente de gran intensidad, ó lo que es lo mismo, una gran cantidad de electricidad, pues los efectos químicos ó electrolíticos son proporcionales á la cantidad de electricidad. Se tendrá, pues, un galvanómetro dividido en miliamperios para medir esta intensidad. La pila deberá componerse de elementos de gran superficie, porque la intensidad está en relación con la superficie y su número habrá de ser reducido para que exista poca tensión ó fuerza electromotriz, disminuyendo también de esta manera el dolor que produce el paso de la corriente. Además, la pila ha de dar constantemente la misma corriente, motivo por el cual deben rechazarse las pilas de bicromato de potasa ó de bisulfato de mercurio y preferirse las de bióxido de manganeso ó de cloruro de plata.

Se necesita también una aguja de oro ó de platino, pues las de acero son atacadas por los ácidos que se desprenden en el polo positivo. La aguja deberá profundizar más ó menos, según los casos, de 2 á varios milímetros. Cuando la mancha angiomasosa es extensa ó el tumor voluminoso, se emplearán varias agujas juntándolas en el mismo polo.

¿En qué polo habrá de reunirse la aguja implantada en el nevo? En el positivo, pues en este polo es donde se produce la coagulación de la fibrina y la modificación química de los tejidos y de los tumores, llamada por Tripier la *resolución eléctrica*, mientras el polo negativo determina la destrucción de los tejidos, ó la *quimiocáustica*. El polo negativo formado por una ancha placa metálica cubierta de piel de gamuza, humedecida en agua salada, se colocará, por tanto, en la mano del enfermo.

La intensidad de la corriente medida en miliamperios y la duración de la aplicación, varían según la extensión y profundidad de la lesión. Si la mancha es pequeña, bastará que se haga pasar una corriente de 2 á 3 miliamperios durante algunos segundos. En las manchas de alguna extensión y en los angiomas prominentes, se empleará la corriente de 8 á 10 miliamperios durante ocho ó diez minutos, aumentándola progresivamente hasta llegar á 30 miliamperios. En la cabeza, sin embargo, conviene obrar con mucha prudencia, puesto que una corriente demasiado intensa aplicada sobre todo en la parte superior de la cara (mejillas, sienes, nariz, frente), podría dar lugar á sensaciones oculares luminosas, náuseas, vértigos y hasta al síncope (zona peligrosa de Boudet de París, situada encima de una línea horizontal que se extiende desde el borde inferior de las ventanas nasales hasta el lóbulo de la oreja).

Además, al finalizar la operación, no se interrumpirá bruscamente la corriente, para evitar también el síncope que pudiera producirse, sino que se procurará disminuir gradualmente el número de elementos. Así que ha pasado la corriente, la mancha toma un color blanquecino, y después, á nivel de las punturas, se vuelve de un color rojo violáceo, cuya coloración desaparece al cabo de algunas semanas. En cuanto á los nevos tuberosos, presentan durante dos ó tres días cierta tumefacción é inducción, que desaparecen también paulatinamente.

Las sesiones de electrolisis se repetirán cada ocho ó quince días, necesitándose por término medio unas tres ó cuatro sesiones.

Antes y después de cada sesión, es conveniente proceder á la antisepsia de la piel, por medio de lavados ó de pulverizaciones, con una solución de *sublimado* al 1 por 1,000.

B. — NEVOS LINFÁTICOS. — LINFANGIOMAS

El tratamiento de los linfangiomas habrá de consistir en la destrucción de los tumores por el *galvanocauterio* ó la *electrolisis*.

CAPÍTULO XXIII

TRATAMIENTO DE LA ICTIOSIS

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado de la Facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

La ictiosis es una enfermedad congénita de la piel que se caracteriza por la sequedad de los tegumentos y el engrosamiento de la epidermis. En su forma más típica y frecuente, la epidermis está seca y engrosada, formando escamas pequeñas y pitiriásicas ó más anchas, unas veces delgadas y nacaradas, otras gruesas, duras y negruzcas. Las palmas de las manos y las plantas de los pies están duras y secas, siendo ésta una de las manifestaciones más precoces y constantes de la enfermedad que, por otra parte, no se hace visible hasta después del primer año.

La ictiosis, en la mayoría de los casos, es claramente hereditaria, considerándose también casi siempre como una deformación incurable y que sólo puede paliarse momentáneamente. Sin embargo, no cabe desconocer su carácter de enfermedad evolutiva, principalmente en ciertas formas como la queratosis pilosa. Se citan casos en la literatura médica en virtud de los cuales puede considerarse la curación como posible, si bien en realidad es ésta muy excepcional.

II

Tratamiento

A.—TRATAMIENTO EXTERNO

El tratamiento de la ictiosis es ante todo local. Consiste en desembarazar el tegumento de los conglomerados epidérmicos y limitar todo lo posible su reproducción.

Los *baños* frecuentes y las *abluciones* repetidas producen alguna mejoría de consideración, y á la acción del sudor hay que atribuir probablemente la atenuación de la ictiosis durante el verano. En el invierno, por el contrario, la ordinaria sequedad de la epidermis y quizá también el tomar muchas personas los baños con menos frecuencia, explican la agravación de la enfermedad.

Las unturas con *cuerpos grasos* atenúan también, de un modo muy notable, los trastornos producidos por la ictiosis.

El enfermo deberá tomar baños con frecuencia y enjabonarse dentro del mismo enérgicamente, ya con *jabón* ordinario, ó, en los casos intensos, con *jabón de potasa* ó *jabón á base de resorcina*; la eliminación de las escamas puede facilitarse practicando la víspera por la noche una untura general con una pomada que contenga 5 gramos de resorcina por 100 gramos de manteca de cerdo. Después del baño se untará todo el cuerpo con *glicerina* en abundancia, para que penetre bien por toda la epidermis, pero sin dejar en la superficie del cuerpo una capa pegajosa; para esto, conviene secarlo cuidadosamente con un lienzo seco, después de la aplicación de la glicerina, para quitar el exceso, ó bien diluir ligeramente la glicerina en un poco de agua, que la hace mucho más flúida y facilita su aplicación. Algunos enfermos toleran mal la untura de glicerina, produciéndoles una sensación de enfriamiento; en estos casos, podrá sustituirse por un cuerpo graso, como, por ejemplo, una mezcla á partes iguales de *manteca de cerdo*, *vaselina* y *lanolina*.

B.—TRATAMIENTO GENERAL

Los ictiósicos son con frecuencia individuos pobres de naturaleza, desmirriados, presentando los caracteres del linfatismo, por cuyo motivo

no debe abandonarse el tratamiento general, al cual en algunos casos puede atribuirse la verdadera curación de la ictiosis.

Los medicamentos más generalmente empleados son el *aceite de hígado de bacalao*, los *ferruginosos*, principalmente el yoduro de hierro, y el *arsénico*, este último á pequeñas dosis, pero continuadas por largo tiempo, administrado más bien como á tónico que por la acción ordinaria que se le atribuye sobre las afecciones escamosas, pues robustece al individuo y contribuye á dar suavidad al tegumento. Las estaciones termales arsenicales, como la *Bourboule* y los *baños de mar*, obran también muy favorablemente modificando la nutrición.

En estos últimos tiempos, los autores ingleses han ensayado el *tratamiento tiroideo* en la ictiosis, pero los resultados obtenidos son de poca consideración.

III

Ictiosis fetal

Desígnanse con este nombre ciertos casos de niños que nacen con la piel seca, arrugada, tensa, como si fuera demasiado estrecha para su cuerpo y con numerosas y profundas grietas. No pueden cerrar los ojos ni la boca y la alimentación es casi imposible.

En la mayoría de los casos estos niños sólo viven algunas horas; pero algunos han podido salvarse, constituyendo entonces las formas atenuadas, que en realidad no son más que formas de transición á la ictiosis común. Aquí también son de recomendar los baños repetidos, la limpieza más minuciosa, así como las unturas con *glicerina* ó algún otro *cuerpo graso*, que, reblandeciendo la piel, impiden la formación de grietas.

IV

Queratosis pilosa

Con los nombres de ictiosis pilosa, ictiosis anserina de los escrofulosos, queratosis pilosa, etc., se ha descrito una afección que está íntimamente relacionada con la ictiosis verdadera. Ataca principalmente los miembros en el sentido de su extensión, y se presenta bajo la forma de pequeños conos córneos situados en los orificios foliculares, conteniendo un

pelo arrollado. Estos conos son á veces tan numerosos, que hacen la superficie áspera y rugosa al tacto. La enfermedad se desarrolla principalmente en la infancia, produciendo la atrofia de una parte más ó menos considerable del sistema piloso de los miembros. En cierto grado, se observa muchas veces también la ictiosis en los casos de queratosis pilosa muy pronunciada, y casi siempre los ictiósicos tienen algo de queratosis pilosa.

La queratosis pilosa puede también atacar otras regiones del cuerpo, especialmente las cejas y el cuero cabelludo, determinando alopecias de forma bastante característica, cuya naturaleza ha sido puesta en evidencia por Brocq.

El tratamiento de la queratosis pilosa de los miembros es, poco más ó menos, el de la ictiosis común; los baños, los enjabonamientos para eliminar los conos córneos y los pelos en vías de atrofia, y las unturas con glicerina para impedir la acumulación de nuevas masas córneas. Por lo demás, con los años la enfermedad tiene tendencia á atenuarse.

La alopecia queratósica de las cejas va acompañada de congestión crónica, determinando la alopecia atrófica de la parte externa de las cejas. Se mejora muy notablemente con las aplicaciones de ictiol:

Manteca de cerdo.	aa.. . . .	10 gramos
Lanolina.		
Ictiol.	2	—
Acido salicílico.	1	—

M. s. a.

La pomada se aplicará únicamente por la noche, suspendiendo el tratamiento en el caso de sobrevenir fenómenos de irritación. Se han recomendado también contra esta forma de queratosis las pomadas azufradas al 10 por 100. Caso de ser muy pronunciadas las dilataciones vasculares, podrán combatirse por medio de las escarificaciones.

La alopecia queratósica del cuero cabelludo forma unas zonas claras, raras veces completamente calvas, con frecuencia escamosas en los bordes, cuya superficie está atrofiada y como cicatricial, y en la que los folículos pilosos están definitivamente destruidos. El tratamiento no es muy eficaz en esta enfermedad, que podrá combatirse por medio de las pomadas azufradas ó con las aplicaciones de ictiol.

En todas estas formas de queratosis pilosa, es necesario vigilar el estado general del individuo, prescribiendo el aceite de hígado de bacalao ó el arsénico según las estaciones.

CAPITULO XXIV

TRATAMIENTO DE LAS VERRUGAS

POR

R. DU CASTEL

Médico del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Las verrugas no se presentan siempre en las mismas condiciones y con idéntico aspecto, señalándose entre ellas tres variedades principales: las verrugas vulgares, las verrugas planas de la juventud y las verrugas seniles.

A.—Las *verrugas vulgares* están constituídas por una hipertrofia de la porción papilar del dermis con engrosamiento de la epidermis: se presentan en forma de pequeñas excrecencias sesiles ó pediculadas, duras, unas delgadas, filiformes y acuminadas, otras más voluminosas, tuberiformes, cilíndricas, esféricas, en coliflor. Su color más frecuente es el moreno, gris negruzco ó amarillo rosado; de ordinario indoloras, pueden hacerse dolorosas cuando se inflaman, siendo entonces agrietadas, rajadas y rezumantes. Hay que tener cuidado en no confundir las verrugas simples con las lesiones de la tuberculosis verrugosa. Cornil y Babes han observado en las verrugas simples un microbio, el *bacterium porri*, al que consideran como la causa de la afección. Las verrugas raras veces se presentan aisladas, pues casi siempre se encuentran varias en un mismo enfermo y en la misma región; en estos individuos se verifican verdaderas inoculaciones de vecindad; la lesión se siembra sola.

Las verrugas vulgares se presentan en mayor número y más desarrolladas en los individuos jóvenes; en los adultos se observan principalmente en las extremidades de los dedos, tarso, nalgas, eminencias articulares y ranura periungueal.

Forman figuras irregulares y se extienden en capas, las cuales forman á su vez placas prominentes rodeadas de una estrecha zona eritematosa; su superficie es irregular, de aspecto de granito, y bajo la influencia de irritaciones exteriores, estas placas pueden inflamarse, ulcerarse y cubrirse de fisuras supurantes. Si se desprende la epidermis córnea que las cubre, en la superficie que queda al descubierto se observan prominencias papiliformes, simples ó divididas, de vértice acuminado ú obtuso.

Hemos visto un enfermo de esta clase en el cual las verrugas se acentuaban cada año en la estación calurosa y perdían su fuerza en el invierno.

B.—Las *verrugas planas de la juventud*, que son muy numerosas, adquieren por lo común poco volumen, afectando la forma de una prominencia redondeada, poligonal ó irregular, que sobresale un milímetro aproximadamente del nivel de la piel, de superficie plana, lisa ó ligeramente abombada; su color, amarillo obscuro ó rosado, se destaca á veces muy poco de la piel del rededor, y la superficie es lisa, brillante y reluciente; esta clase de verrugas se observan principalmente en la cara y en el dorso de las manos y muñecas; las verrugas planas recuerdan mucho, por su aspecto, las pápulas del liquen plano, con las que se confunden fácilmente.

Las verrugas planas se presentan casi siempre en gran número en los individuos en quienes se manifiestan.

C.—Las *verrugas seniles* aparecen sobre todo después de los cincuenta años, siendo más comunes en el hombre que en la mujer y observándose principalmente en la cara, tronco y cuello. Estas verrugas forman unos granos planos más ó menos prominentes, de forma redondeada é irregular y de superficie desigual; su color es amarillo sucio, negruzco ó negro, aproximándose algunas veces al de la piel normal, y están cubiertas de una capa epitelial gruesa, grasienta y muy adherente. Las verrugas seniles se desarrollan, con preferencia, en las pieles grasientas, aceitosas, seborreicas, y lo que más las caracteriza es que, bajo la influencia de irritaciones exteriores, sufren fácilmente la degeneración epiteliomatosa.

Al caer la costra que cubre la verruga seborreica senil, queda una superficie desigual, acribillada de pequeños orificios abiertos, los cuales corresponden á las prolongaciones que envía al dermis el revestimiento

epitelial; al mismo tiempo se observa la producción de una pequeña hemorragia. Cuando la verruga sufre la degeneración epitelial, la lesión se extiende y los bordes se hacen prominentes, formando alrededor de la ulceración ó de la costra un delgado rodete, en el que se dibujan á veces claramente las perlas del epitelioma; la úlcera cancerosa queda entonces constituida, mostrándose más ó menos rápidamente su tendencia á desarrollarse.

II

Tratamiento

La curación de las verrugas no es siempre fácil de obtener, pues con mucha frecuencia, después de haberlas destruído, se reproducen en el mismo punto ó á distancia.

Algunos tratamientos internos han sido preconizados como propios para hacer desaparecer las verrugas, siendo entre ellos la *magnesia calcinada* administrada á la dosis de 1 á 10 gramos al día, el que cuenta con mayor número de partidarios: se empleará durante algunos días ó también algunas semanas. La importancia de este medio terapéutico nos parece que se ha exagerado demasiado, y nuestro maestro Besnier declara que nunca ha obtenido con él resultados satisfactorios.

La *tintura de tuya occidental* se ha recomendado á la dosis de LX á LXXX gotas al día.

A. — TRATAMIENTO DE LAS VERRUGAS COMUNES

Las *verrugas comunes* se destruyen, las más de las veces, por medio de los *cáusticos ácidos*, dando todos ellos buenos resultados, y pudiendo emplearse el *ácido nítrico*, el *ácido acético cristizable*, el *nitrito ácido de mercurio*, el *sulfofenol*, el *ácido fénico delicuescente*, el *nitrito de plata*, el *ácido clorhídrico*, *pastas arsenicales* y la *pasta de Viena*.

Convendrá poner mucho cuidado en respetar la piel normal circundante, y, para mayor seguridad, antes de atacar las verrugas, se protegerá la piel sana circunvecina, cubriéndola con *colodión*, *traumacina* ó con una *película protectora* cualquiera. Es útil también muchas veces descostrar la verruga antes de aplicar el cáustico; puede asimismo proce-

derse á la abrasión con las tijeras, hacer el raspado ó bien aplicar en su superficie una capa de *colodión salicilado* ó *resorcinado*. La destrucción de las verrugas puede lograrse igualmente por la aplicación de *puntos de fuego* con el galvanocauterio ó el termocauterio.

Plenck recomienda el empleo de la solución siguiente :

Sublimado corrosivo.	} aa. 5 gramos
Alumbre.	
Albayalde.	
Alcanfor.	
Vino acético.	

M. s. a.

Las aplicaciones de *jabón negro* bastan algunas veces para la curación de las verrugas; para esto, se toma una delgada capa de este jabón, del grosor del recazo de un cuchillo, y se extiende sobre franela, la cual se mantendrá aplicada día y noche sobre la región en que hay las verrugas, ó más frecuentemente, según los casos, sólo durante la noche; á la mañana siguiente, se quita por medio de un enjabonamiento con agua caliente la capa de jabón que se ha depositado sobre la piel, espolvoreando ésta después con *polvos de talco* ó de *óxido de zinc*.

Las aplicaciones irán repitiéndose hasta que la verruga se haya descostrado, lo cual podrá precipitarse raspándola con un instrumento romo.

Las *pomadas saliciladas* al 1 por 20 ó 1 por 10, curan á veces las verrugas de poco volumen; se emplearán principalmente en la cara.

Los *emplastos* que contienen un 10 á 20 por 100 de *ácido salicílico*, obran de una manera más activa, pudiendo añadirseles la *resorcina* en más pequeña dosis. El emplasto deberá quitarse cada dos ó tres días, raspando luego la verruga y cubriéndola en seguida con otra nueva rodaja de emplasto.

Kaposi, en los casos de verrugas múltiples de la cara, aconseja la siguiente pasta:

Flor de azufre.	20 gramos
Glicerina.	50 —
Ácido acético puro concentrado.	10 —

M. s. a.

La manera de usarla es igual á la del jabón negro.

Altschul emplea vendas de gasa cubiertas de una capa de *ungüento gris*, al que se añade un 5 á 10 por 100 de *arsénico*.

Algunos *colodiones* medicamentosos producen con bastante rapidez la desaparición de las verrugas; de ellos el más comúnmente empleado es el *colodión salicilado*:

Ácido salicílico.	1 gramo
Colodión elástico ricinado.	8 —

Disuélvase.

El colodión á base de *sublimado*:

Sublimado.	0 gr. 20 á 0 gr. 50
Colodión ricinado.	10 gramos

Disuélvase.

es de difícil manejo y exige mucho cuidado.

Se aplica una capa de colodión sobre la verruga, renovándose cada vez que se desprende la película, y así se va siguiendo hasta obtener la completa curación de la misma.

El jugo de las plantas es de uso corriente entre el vulgo para destruir las verrugas, siendo el *euforbio*, la *gran celidonia* y el *cabrahigo* las plantas más generalmente empleadas.

Para quitar los papilomas córneos extensos, se acudirá al raspado, después de haberlos descostrado con el *jabón salicilado* ó el *colodión salicilado*.

Después de la ablación de las verrugas, se practicará en las superficies denudadas é irritadas que han quedado una cura antiséptica húmeda ó seca, según la extensión de la herida y la intensidad de la inflamación. Esta inflamación es de temer sobre todo después de la ablación de verrugas antiguas cuyas prolongaciones epidérmicas han penetrado profundamente en el dermis, verrugas periungueales y subungueales.

Cuando se trate de verrugas voluminosas y papilomas córneos, convendrá practicar una cauterización después de la ablación, empleando para esto los cáusticos químicos ó el cauterio actual.

B. — TRATAMIENTO DE LAS VERRUGAS PLANAS DE LA JUVENTUD

Las *verrugas planas de la juventud* se tratarán aún con mayores precauciones que las verrugas vulgares, pues se corre el peligro de provocar la irritación de la piel fina y fácilmente inflamable de los individuos jóvenes. Su localización en la cara implica manipulaciones especiales, y el poco volumen de las lesiones nos dispensa de emplear los cáusticos. Se harán aplicaciones de *jabón negro*, *pomadas* ó *emplastos á base de ácido salicílico* ó *resorcina*, que se suspenderán tan pronto como se produzca una irritación algo intensa de la piel. Los cuidados que han de guardarse en este tratamiento prolongan la duración del mismo.

C. — TRATAMIENTO DE LAS VERRUGAS SENILES

Las *verrugas seniles* son muchas veces difíciles de tratar á causa de su multiplicidad y diseminación; las que principalmente ha de procurarse hacer desaparecer son las de la cara y aquellas en que es de temer una transformación epitelial. Nos guardaremos muy bien de considerarlas, como nuestros predecesores, *noli me tângere*, es decir, que no puedan tocarse, pues esto no ofrece ningún peligro y es conveniente que desaparezcan, cosa que debe procurarse con urgencia en los casos en que están próximas ó comienzan á sufrir la transformación epitelial.

Contra las verrugas seniles se emplearán los *jabones* ó los *emplastos salicilados*, *resorcinados*, el *jabón blando*; y cuando tengan alguna importancia, el mejor tratamiento consistirá en el *raspado* seguido de una *cauterización* con el galvanocauterio, el *nitrate de plata*, el *ácido acético* ó *fénico* ó una aplicación de polvos de *clorato de potasa*.

CAPÍTULO XXV

TRATAMIENTO DE LA ESCLERODERMIA

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado de la Facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

En la esclerodermia, caracterizada por la induración de la piel, importa distinguir tres formas diferentes, que quizá llegan á constituir enfermedades distintas.

A. — La *mórfea*, ó esclerodermia en placas ó en fajas, está constituida por placas ó fajas de induración limitadas. Aunque poco ó nada prominentes, la palpación descubre siempre un engrosamiento pronunciado de la piel, que es dura y como solidificada, pareciendo, desde el punto de vista de su consistencia, como si la piel hubiese sido congelada. La superficie es blanca ó amarillenta, anémica, excepto algunas venículas azules, lisa ó algo escamosa; la placa generalmente está rodeada de una zona violácea más ó menos pronunciada. Estas placas, únicas ó múltiples, van apareciendo sucesivamente, y pueden ocasionar trastornos funcionales por la retracción que determinan. Después de varios meses ó años, acaban casi siempre por curar espontáneamente, dejando algunas veces una mácula pigmentada, ó una placa de atrofia cutánea.

B. — La *esclerodermia primitivamente difusa* ó *escleremia* de Besnier, comienza por la aparición de edemas pasajeros seguidos de induraciones difusas del dermis. Estas placas de induración pueden persistir

y extenderse, ó desaparecer al cabo de algunos meses, dejando alteraciones atróficas de la piel. Comienzan en un punto cualquiera del cuerpo, generalmente la cara ó el tronco, invaden con bastante rapidez toda su superficie, respetando pies y manos, pues la induración raras veces es general, á causa de que, al desarrollarse en algunos puntos, entran otros simultáneamente en regresión. Las placas son difusas, rojas, y la enfermedad puede curar, sobre todo en las formas agudas, mientras que las formas crónicas terminan con frecuencia por la caquexia y la muerte.

C. — La *esclerodactilia* constituye el comienzo de la forma más característica de esclerodermia. Comienza la enfermedad por la asfixia local de las extremidades, endureciéndose después poco á poco la piel de los dedos y manos, que se vuelve como madera, adherente en las partes profundas, de modo que es imposible formar pliegues; los dedos unas veces son delgados, como en la gangrena simétrica de las extremidades; otras veces tumefactos. La induración va invadiendo paulatinamente los miembros superiores, cuyos movimientos dificulta, la cara, que pierde su movilidad y expresión, y el pecho, que se mueve con mucha dificultad por causa de esta especie de coraza. Simultáneamente, los miembros inferiores pueden verse también atacados. El curso de la enfermedad es fatalmente progresivo, ocasionando á veces la muerte por tuberculosis ó caquexia, al cabo de algunos años, pero pasan con frecuencia quince ó veinte años antes de que se produzcan trastornos graves en la salud general del individuo.

II

Tratamiento

A. — Casi todos los casos de curación de la esclerodermia que se encuentran en los libros, se refieren á la mórfea. Pero como esta forma acaba generalmente por curar por sí sola, no pueden considerarse demostrativos todos los casos que se señalan.

Se han empleado las unturas con *pomada salicilada* del 5 al 10 por 100. El *masaje* ha sido recomendado, al parecer, fundadamente por varios autores, pero los resultados obtenidos hasta el presente no son del todo convincentes. En un caso que observamos hace poco, el masaje, practicado durante varios meses por un hábil masajista, no produjo ningún resultado, curando la placa después espontáneamente.

La *electricidad* se emplea de diversos modos, pero el que mejores

resultados ha dado es el procedimiento seguido por Brocq. Una extensa faja de mórfea del antebrazo, lentamente progresiva, mejoró con bastante rapidez por medio de las punturas electrolíticas. Brocq recomienda que las punturas se hagan en gran número, superficiales y muy oblicuas, empleando el polo negativo; hace pasar también una corriente poco intensa, de unos cinco miliamperios aproximadamente y de poca duración, para que el tejido se destruya lo menos posible; las sesiones se repetirán una ó dos veces al mes. Es de notar, en el caso referido por Brocq, que la electrolisis se practicó en la parte inferior de la faja, y que la parte superior de la misma fué la primera en curar. La manera cómo obra la electricidad queda, por lo tanto, bastante obscura, y serán necesarias nuevas observaciones para convencerse de la eficacia de este procedimiento.

B.— Contra la *esclerodermia en un principio generalizada* se pueden emplear, con muy buenos resultados, los *baños calientes*; convendrá también administrar los *tónicos* al enfermo, así como evitar los enfriamientos aconsejándole que vista de lana.

C.— La *esclerodactilia* y la forma de esclerodermia generalizada que le subsigue, son absolutamente rebeldes á todo tratamiento. Sin embargo, el curso de esta enfermedad no es siempre progresivo, pues hemos tenido ocasión de conocer á un enfermo en quien, durante doce años, la enfermedad ha permanecido absolutamente estacionaria. De todos los tratamientos que infructuosamente han sido empleados, el *masaje* y los *baños prolongados* son los únicos que han dado algún resultado, reblandeciendo un poco el dermis y permitiendo á los dedos algún movimiento.

El *tratamiento tiroideo* ha sido aplicado sin éxito por A. Neisser, en un caso en que el comienzo de los accidentes coincidió con la desaparición de un bocio.

Eichhoff refiere un caso muy singular de una esclerodactilia típica, simultáneamente con una onicomicosis, que después de la curación de las lesiones ungueales, retrocedió considerablemente.

CAPITULO XXVI

TRATAMIENTO DE LA ELEFANTÍASIS

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado de la facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

La elefantiasis es una enfermedad que consiste en un aumento de volumen del dermis y del tejido celular subcutáneo. Este engrosamiento abraza generalmente regiones algo extensas, pudiendo adquirir proporciones enormes hasta el punto de formar verdaderos tumores ó de deformar completamente las partes afectas.

La elefantiasis ataca por orden de frecuencia decreciente: 1.º los miembros inferiores; 2.º el escroto y á veces la vulva; 3.º los miembros superiores y las distintas regiones de la cara ó la mama.

En la elefantiasis de los miembros inferiores, la pierna duplica ó triplica su volumen, formando una enorme columna cilíndrica; su superficie es lisa ó mamelonada, algunas veces papilomatosa y rezumante, otras está cubierta de gruesas capas epidérmicas agrietadas como la corteza de un árbol. La piel es gruesa y dura, pero una presión sostenida determina una ligera depresión en fovea; no es posible pellizcarla ni movilizarla sobre las partes profundas. Con frecuencia es asiento de ulceraciones tórpidas ó erosiones, de donde fluye constantemente abundante serosidad. A veces están dilatados los linfáticos superficiales, formando varices superficiales cuya rotura da lugar á una linforragia prolongada. A menudo la ele-

fantíasis se extiende por el muslo, y en estos casos se forman pliegues profundos en la rodilla.

Puede quedar bruscamente limitada al tarso en donde la piel engrosada forma un rodete que pende sobre los maléolos, ó el pie es también invadido. Las más de las veces está separado de la pierna por surcos profundos que permiten todavía algún movimiento. La piel de estos pliegues está macerada y es rezumante y fétida.

La elephantiasis del escroto puede presentar todos los grados, desde el simple aumento de volumen del órgano, no diferenciándose entonces apenas del edema más que por su mayor consistencia, hasta los casos en que, como sucede algunas veces, sobre todo en los países cálidos, llega á formar tumores verdaderamente monstruosos que pesan 20 y hasta 50 kilogramos. El tumor del escroto, más ó menos piriforme, se estrecha en el punto de su inserción, abarcando la piel del pene, que queda cubierto por el tumor. El glande, en estos casos, está oculto en el fondo de una depresión ó de una fisura profunda, por donde sale la orina. La superficie del tumor es mamelonada, verrugosa, cubierta casi siempre de venas ó vesículas linfáticas, sobre todo en la forma que los ingleses llaman *lymph-scrotum*. La elephantiasis del escroto generalmente es menos dura que la de la pierna, ó bien el centro blando está cubierto de un cascarón de piel dura. Los testículos unas veces están sanos y otras atrofiados, existiendo con mucha frecuencia hernias inguinales, cuyos caracteres, y hasta su existencia, es imposible reconocer, las cuales constituyen una grave dificultad para el tratamiento operatorio.

El tumor del escroto se forma á expensas completamente de las tunicas de las bolsas, y está constituido por un tejido grisáceo y lardáceo, de consistencia variable, lleno de líquido, y recorrido por linfáticos dilatados y venas enormes que alcanzan á veces el volumen de la vena yugular.

La elephantiasis puede provocarla cualquier obstáculo que se oponga á la circulación venosa ó linfática; sin embargo, para que puedan formarse tumores tan enormes, son necesarias complicaciones inflamatorias, debidas principalmente á una úlcera ó á un traumatismo. En los países cálidos, se ha atribuido á la filariosis, y efectivamente, es muy frecuente esta coincidencia, pero pueden también encontrarse filarias en individuos que no presentan elephantiasis y viceversa.

Generalmente la elephantiasis comienza con fiebre é hinchazón de la región afecta, que está roja y dolorosa, y tumefactos los ganglios linfáticos, recordando en su conjunto una erisipela de marcha muy rápida. Al cabo de tres ó cuatro días, la fiebre desaparece, disminuye también la

hinchazón, volviendo todo á su primitivo estado. Sin embargo, después de algunas semanas ó meses sobreviene un nuevo brote, repitiéndose estos «brotos elefantíasicos» con intervalos variables, según los individuos; la agudeza de los fenómenos generales y locales disminuye gradualmente, pero como cada brote no se resuelve completamente, va aumentando cada vez el volumen de la región. Más tarde, y muy raras veces ya desde un principio, la enfermedad evoluciona progresivamente y sin brotes agudos.

El curso de la elefantiasis, los datos proporcionados por la anatomía patológica y las investigaciones bacteriológicas de Sabouraud (1), que han puesto de manifiesto el papel que desempeñan los estreptococos, hacen considerar á esta enfermedad, no como un simple edema crónico, sino como una linfangitis crónica de brotes agudos.

II

Profilaxia

El papel de la filaria de la sangre por una parte y los obstáculos á la circulación por otra, sugieren algunas reglas de profilaxia general, desgraciadamente bastante vagas. Será, pues, necesario, para evitar la filariosis, vigilar en los países tropicales la calidad de las aguas que sirven para la bebida, filtrándolas ó haciéndolas hervir en el caso de que se tenga la menor duda. Así también convendrá buscar y suprimir, en la medida de lo posible, todas las causas de edema crónico.

Es por esto que conviene evitar la extirpación de los ganglios inguinales, á no ser en casos de verdadera y absoluta necesidad, pues se ha observado varias veces que sobrevenían edemas elefantíasicos de los órganos genitales después de practicada esta operación en un bubón chan-croso.

Siendo la elefantiasis una linfangitis cuyo comienzo es casi siempre agudo, se hace indispensable procurar la curación más rápida posible de cualquier herida de la pierna, sobre todo en los casos en que un primer brote de linfangitis puede hacer sospechar el comienzo de la elefantiasis. Se obtendrá esta curación por medio de *curas* fuertemente antisépticas, y en caso de necesidad, por ejemplo, si se trata de una úlcera ó fistula ósea, recurriendo á las *operaciones quirúrgicas*.

(1) SABOURAUD.—Investigaciones sobre la parasitología de la elefantiasis nostras (*Annales de Dermatologie*, 1892, pág. 592).

Ni esto será siempre suficiente, puesto que la recidiva de los brotes elefantíasicos, aun no existiendo ninguna herida, demuestra que los estreptococos continúan viviendo en los tejidos, en los intervalos de los brotes, en un estado por lo menos de relativa inactividad. Es un caso de microbismo latente.

Cuando, después de uno ó varios brotes, comience á aumentar el grosor de la piel, es necesario que el enfermo procure no fatigarse mucho y evite los traumatismos, y desde el comienzo de cada brote guarde el reposo más absoluto, teniendo elevado el miembro, si se tratase de la pierna, no solamente durante el brote elefantíasio, sino también algún tiempo después.

Importa al mismo tiempo conservar al enfermo en buen estado de salud general, prescribiéndole los *tónicos* y el aire libre, sin someterle á ningún tratamiento medicamentoso que pudiera debilitar sus fuerzas.

III

Tratamiento

A. — ELEFANTÍASIS DEL MIEMBRO INFERIOR

Constituída ya la elefantíasis, le son aplicables, mientras tenga tendencia á agravarse, las mismas reglas expuestas precedentemente; hay que procurar además la disminución de volumen de las partes afectas.

1.º El *reposo en cama* basta muchas veces por sí solo para mejorar el estado local, y en todo caso será siempre un buen coadyuvante de los demás medios de tratamiento. Pero no siempre es posible prescribirlo, pues muchos enfermos de elefantíasis de los miembros inferiores no pueden resistir la posición horizontal por los grandes sufrimientos que experimentan.

2.º La *compresión* del miembro con una venda de caucho, aplicada desde el extremo hasta la raíz, puede determinar muy rápidamente una disminución de volumen considerable, y constituye también el medio más eficaz de todos los empleados como paliativos.

Desgraciadamente, existen algunas contraindicaciones. La primera, momentánea, deriva de los mismos brotes elefantíasicos. La segunda, más grave, se presenta en los casos de ulceraciones, ó simplemente de partes rezumantes que se hacen más dolorosas y se agravan con la venda

de caucho. Por último, algunos enfermos no pueden tolerar la compresión elástica, que les despierta vivos dolores ó accidentes generales, como palpitaciones ó sofocación. Parece á veces que quedan intoxicados por los líquidos que del miembro enfermo la compresión impele á la circulación general.

Cuando la compresión elástica no puede resistirse, podrá aplicarse con buenos resultados, si bien con las mismas reservas relativamente al estado local, la cura de *cola de zinc* de Unna (fórmula de Menahem Hodara):

Agua.	100 gramos
Óxido de zinc.	50 —
Glicerina.	20 —
Gelatina blanca.	30 —

M. s. a.

Se funde esta masa al baño maría, y se extiende después con un pincel sobre la región de modo que forme una capa tan espesa como sea posible; luego, mientras está todavía algo blanda, se aplica un vendaje en espiral.

Esta cura deberá aplicarse por la mañana, hora en que el miembro está un poco deshinchado por el descanso de la noche, y cambiarse cada dos ó tres días. En el caso de que ofreciera alguna dificultad el quitarla en seco, puede disolverse la cola con un baño y también con un simple lavado de agua caliente.

3.º El *masaje* es uno de los métodos de tratamiento más racionales y que da mejores resultados; deberá practicarse muy suavemente, una ó dos veces al día, y las sesiones de quince minutos de duración; se verificará en dirección centripeta, pero comenzando siempre por la raíz del miembro.

4.º Winiwarter recomienda muy eficazmente la *compresion de la arteria principal del miembro afecto*, que se practica con un torniquete ó cualquier otro aparato análogo, determinando con mucha rapidez una sedación de los dolores y disminución de las secreciones y del volumen del miembro. La compresión ha de ejercerse únicamente sobre la arteria, sin que haya constricción general del miembro, no siendo tampoco indispensable que la compresión se ejerza de un modo continuo, ni que el calibre de la arteria quede completamente obliterado. Basta que se practique algunas horas durante el día y que la arteria quede muy reducida.

Resultando muchas veces insuficientes estos medios paliativos, hay que recurrir á la intervención quirúrgica.

5.° Las *escarificaciones*, empleadas ya por Lisfranc, dan frecuentemente buenos resultados. Para esto, conviene que sean extensas, profundas, que interesen todo el grosor de la piel y que se practiquen en sentido longitudinal, teniendo mucho cuidado de limpiar bien antes la región y resguardarla de toda infección consecutiva.

Las escarificaciones producen un derrame de linfa considerable. Difícil parece, sin embargo, que con este medio, aunque recomendado por Winiwarter, pueda conseguirse la curación completa, y ciertamente no deja de tener sus peligros á causa de los brotes elefantíasicos cuya aparición puede provocar.

6.° *Excisión parcial*. — Este es uno de los procedimientos que se emplean para combatir la elefantiasis de los miembros inferiores. Por medio de largas incisiones longitudinales, se quita una faja de tejido del espesor de la piel enferma y se suturan después los bordes de la herida que ha quedado.

Para practicar esta operación, es indispensable tener en cuenta las precauciones antisépticas más rigurosas á fin de que no motive la producción de un brote elefantíastico, que sería de mucha gravedad. El calibre considerable de los vasos y su friabilidad hace á menudo muy difícil la hemostasia, la cual sólo se completa por medio de la sutura. Después de la operación, se hará una cura seca con sacos de serrín esterilizado para absorber la linfa que fluye en abundancia durante algunos días.

Si la operación ha sido bien hecha, se obtiene la cicatrización por primera intención y la disminución del tumor puede exceder del volumen de los colgajos extirpados, por una especie de reabsorción del neoplasma en las partes vecinas. Algunas veces nos limitaremos á la excisión de los gruesos rodetes prominentes que se encuentran sobre todo en las inmediaciones del tarso; de esta manera se regulariza la forma del miembro, lo cual facilita mucho su tratamiento ulterior por medio de la compresión.

7.° Otro medio más radical todavía, y que parece estar indicado en los casos en que el extraordinario volumen del miembro inutilice completamente al enfermo, ó cuando han fracasado los demás procedimientos, ó cuando presenta ulceraciones rebeldes cuya continua supuración sea causa de agotamiento, es la *amputación*. La operación no ofrece ninguna dificultad, y puede lograrse perfectamente la cicatrización por primera intención aun cuando se hubiesen hecho los colgajos de la piel elefantíastica. Es de notar también que muchas veces estos colgajos gruesos y duros se ponen flexibles y recobran los caracteres de la piel normal.

Por el contrario, se dan casos en que, aun siendo los colgajos de piel

sana, la elefantiasis recidiva en el muñón ó también en el miembro opuesto.

Conviene advertir, acerca de este punto, que las intervenciones serias en la elefantiasis repercuten muchas veces á distancia, determinando una mejoría en regiones bastante separadas. Así, en un enfermo de elefantiasis de la pierna y del escroto, Syme vió mejorar la pierna después de la excisión del tumor del escroto, particularidad ésta que importa tener presente para la recta interpretación de los resultados de las excisiones parciales.

B. — ELEFANTÍASIS GENITAL

En la mujer, el edema elefantiasico de la vulva raras veces es de gran consideración, y el único tratamiento aplicable en estos casos es el operatorio. Aunque podemos limitarnos á las escarificaciones, será preferible extirpar las partes hipertróficas y reunir lo restante por medio de suturas escalonadas ó sobrepuestas.

La elefantiasis del escroto adquiere con frecuencia extraordinarias dimensiones, sobre todo en los países cálidos. La compresión se hace muy difícil y es insuficiente; las escarificaciones dan sólo resultados incompletos. El escroto forma entonces un verdadero tumor pediculado que lo mejor es quitarlo por entero; la operación, sin embargo, presenta algunos graves inconvenientes.

El tumor del escroto está surcado por vasos, y particularmente por venas de calibre á veces igual al de la vena cava, cuya sección puede ocasionar una hemorragia que determine la muerte en pocos instantes.

Antes, pues, de comenzar la operación, es necesario anemiar el tumor y detener la circulación por medio de la venda de Esmarch aplicada sobre su pedículo, después de haber aislado previamente el pene con una incisión media para no comprenderlo en el lazo constrictor.

Los testículos á menudo es muy difícil encontrarlos en el tumor, tanto más, cuanto que algunas veces están atrofiados. Esta dificultad desaparece si se ha decidido de antemano su extirpación.

La coincidencia de la hernia inguinal con la elefantiasis del escroto es muy frecuente, en términos que no debe considerarse inverosímil que la hernia sea una de las causas determinantes de la enfermedad. Ahora bien, antes de la operación es imposible reconocer los caracteres de la hernia ni tampoco su existencia, por lo cual se corre el peligro de abrir inopinadamente el saco ó de encontrar una hernia adherente é irreducti-

ble; sea lo que fuere, conviene reducir la hernia de un modo ú otro, aun cuando sea necesaria, dice Winiwarter, la resección de un asa intestinal, haciendo después la cura radical de la misma.

Practicada ya la operación, se necesita bastante piel para cubrir todo lo que se ha quitado y hacer una sutura profunda y otra superficial. La reunión por primera intención se obtiene con facilidad, pero la elefantiasis recidiva algunas veces en la cicatriz.

CAPITULO XXVII

TRATAMIENTO DEL XANTOMA

POR

P. AUBERT

Cirujano de la Antiquaille

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

El xantoma es una enfermedad cuya naturaleza dista mucho de estar precisada, por más que su historia ha sufrido singulares transformaciones en estos últimos años. Las Memorias acerca de esta enfermedad son numerosas, y más todavía los casos aislados, algunos de los cuales se encuentran en todos los trabajos que se han publicado. Para hallar datos en abundancia, pueden consultarse los *Annales de dermatologie*, así como las notas extensas y razonadas de Besnier y Doyon en la traducción de Kaposi.

En 1835, Rayer incluyó el xantoma en su atlas, dándole el nombre de *placas amarillentas de los párpados* y de *placas amarillas foliculosas*. La primera Memoria es la de Addison y Gull (1851) que le llaman *vitiigoidea*, siendo también descrita la misma enfermedad por S. Wilson en 1867, y por Frank Smith en 1869, con la denominación de *xantelasma* y *xantoma*: esta última es la que ha quedado. Hutchinson reunió en 1871 cuarenta observaciones, haciendo hincapié en las relaciones del xantoma con la ictericia y las enfermedades del hígado, estudio proseguido por Chambard en una serie de Memorias importantes contenidas en los *Annales de dermatologie*. Mencionaremos también en esta reseña la Memoria

de Besnier (1889) acerca el xantoma glucosúrico intermitente, la de Hallopeau (1892) sobre la naturaleza del xantoma y la de Török (1893), que versa sobre el mismo asunto.

Considerado desde el punto de vista clínico, el xantoma se manifiesta en forma de manchas, nudosidades, pápulas ó tubérculos, ó también de verdaderos tumores de color amarillo de gamuza, de hoja muerta, manteca fresca, etc. Con el desarrollo vascular este color puede quedar disimulado y cambiarse en rosado; pero la presión del dedo revela entonces su verdadero color. Ni el xantoma es siempre amarillo, ni todo lo de este color es xantoma, pues el *milium* y la *urticaria versicolor* se prestan algunas veces á confusión.

La localización más frecuente, muchas veces exclusiva, de esta enfermedad es en los párpados, cerca de su ángulo interno, en forma de mancha ó de pequeños granos. Aparte de esta localización, pueden encontrarse manchas, pápulas y tumores en las demás regiones, si bien con preferencia en las eminencias de los codos, rodillas, dedos, pliegues de flexión, palma de las manos y planta de los pies en forma de rasgos punteados. Las mucosas de la boca, tubo digestivo y vías biliares, las serosas, arterias, endocardio y los órganos internos pueden igualmente verse atacados.

Las coexistencias patológicas más frecuentemente observadas son la ictericia y la diabetes.

Fuera de los caracteres propios del xantoma y del obstáculo funcional que pueden causar algunos elementos muy voluminosos ó mal situados, la enfermedad no se manifiesta por ningún otro síntoma; sin embargo, las formas diabéticas pueden provocar el prurito y la sensación de quemadura.

Ciertas localizaciones lineales sobre los trayectos de los nervios ó en semicírculo, zosteriformes, la coexistencia con nevos ó su desarrollo sobre los mismos (observación de Köbner), la coexistencia que se señala á veces entre varios individuos de la misma familia, padres, hijos, hermanos, y el haberse observado á veces que comienza en la infancia y en la vida intrauterina, han llevado á considerar los xantomas como neoplasias benignas, de origen embrionario, aproximándolos á los nevos.

Según esta hipótesis, sostenida en Alemania por Touton y Köbner y defendida en Francia por Hallopeau (1893), la ictericia, en lugar de desempeñar un papel etiológico en la formación del xantoma, como se creía antiguamente, dependería de la existencia en las vías biliares de elementos análogos á los de la piel y provenientes como ellos de una misma causa general. Hallopeau ha emitido la hipótesis de que la coexistencia de la

diabetes podría quizá explicarse por una localización pancreática del xantoma.

Török, en una notable Memoria (1893), sostuvo, aunque con algunas modificaciones, las mismas ideas, admitiendo tres tipos: el xantoma vulgar, el xantoma elástico y el xantoma de los glucosúricos. En el *xantoma vulgar* engloba las formas en manchas, pápulas ó en tumores, como dependientes de un mismo proceso patológico, que consiste en el desarrollo de células xantomatosas ya descritas por Chambard y que, en opinión de Török, son células de tejido adiposo fisiológico, de núcleos múltiples en vías de desarrollo que quedan detenidas en su evolución por el sitio en que radican. El xantoma vulgar debe, pues, considerarse como una anomalía de formación que se produce bajo la influencia de condiciones hereditarias y congénitas, por la proliferación de células conectivas y su transformación en células adiposas en puntos normalmente desprovistos de grasa.

El *xantoma elástico* (tipo de Balzer) es una especie rara, en la cual la hipertrofia afecta al tejido elástico, que forma pelotones confluentes de gruesas fibras que conservan su continuidad, ó pueden desmenuzarse y segmentarse.

El *xantoma de los diabéticos* sería también una especie distinta. Clínicamente difiere del vulgar, pues en vez de presentar su evolución lenta y su persistencia, es un tipo activo de evoluciones é involuciones rápidas, un vaivén de manifestaciones en lugar de la fijeza del xantoma vulgar; es también más hiperestésico y no se acompaña de ictericia ni coexiste con las manchas de los párpados. No todos los xantomas diabéticos, por lo demás, presentan esta movilidad en su curso.

Histológicamente considerado, el xantoma diabético se distingue del vulgar por el origen de su grasa, que en lugar de provenir de células adiposas detenidas en su evolución, resultaría de una degeneración gránulo-grasienta de los tejidos.

Debemos observar aquí que esta actividad del xantoma diabético se concilia mejor con la teoría sostenida en esta obra por Alberto Robin, según la cual en los diabéticos hay exageración de todos los actos químicos de la nutrición general, peractividad especial de ciertos órganos, entre los que el hígado y el sistema nervioso desempeñan el principal papel, que con la teoría que considera la diabetes como una enfermedad producida por una deficiencia en la nutrición.

II

Tratamiento

A. — En realidad, la terapéutica general del xantoma no ha recibido por todas estas investigaciones un nuevo impulso, antes al contrario, contribuyen más bien á desalentar. Cuando se creía que los cólicos hepáticos, la ictericia y las lesiones del hígado eran causas productoras de xantoma, el tratamiento se dirigía al hígado, aplicándose las fórmulas ordinarias empleadas corrientemente contra estas enfermedades; pero desde el momento que se considera que la ictericia, los cólicos y las lesiones dependen del xantoma, quedamos un tanto desarmados, puesto que no se dispone de específico alguno contra esta enfermedad. Es indudable que convendrá siempre vigilar bien el régimen, favorecer las evacuaciones y administrar los *alcaliños* á domicilio ó en las estaciones termale; á lo que podrá añadirse, siguiendo á Besnier, crecidas dosis de *trementina* hasta 8 y 10 gramos por día. Pero todo esto inspira poca confianza, porque sabida es la escasa influencia que ejercen estos medios en los xantomas visibles de la piel y es de temer que no den mejor resultado en los xantomas profundos.

En las formas *diabéticas*, la indicación fundamental es el tratamiento de la diabetes, disponiéndose en estos casos de medios terapéuticos más eficaces que contra las formas hepáticas.

B. — *Localmente*, convendrá quitar ó destruir las lesiones que por su localización ó volumen pueden alterar una función, los nódulos de las ventanas nasales por ejemplo, ó los tumores de los codos y de las rodillas. Con la *electro* ó la *ignipuntura* pueden reducirse las lesiones de pequeño volumen; para los tumores, es preferible la *extirpación*. Por medio de la antisepsia, estas operaciones pueden hacerse con seguridad, hasta en los diabéticos, sobre todo si la diabetes ha sido previamente mejorada. La desaparición espontánea de las manifestaciones, posible en los diabéticos, nos hace diferir el operarlos mientras no sea urgente, y en el xantoma raras veces se da este caso.

Conviene recordar también que el xantoma en tumores tiene á veces prolongaciones profundas; en el caso de Carry (1880), que fué el primero de este tipo, la disección resultó bastante laboriosa; en casos semejantes, como se trata de neoplasias benignas, es preferible dejar algunos trozos de tumor.

Otros medios de destrucción han sido propuestos y empleados, tales como la *cucharilla*, ó los *emplastos á base de ácido salicílico* al 1 por 5, aplicados durante dos ó tres días y renovados (Prince-Morrow), y por último, el *colodión á base de sublimado* al 10 por 100 (Stern-Bluschko).

En resumen, hay todavía mucha incertidumbre en la terapéutica del xantoma, como también obscuridad y vaguedades acerca su naturaleza y la causa que, en un momento dado, hace evolucionar los elementos que la constituyen.

C. — El *xantoma elástico* probablemente es otra especie distinta, pues el tejido elástico normalmente es amarillo y constituye uno de los elementos componentes de la piel. Por lo demás, muy difícil fuera establecer una división racional y determinar si las manifestaciones planas, papulosas, en tumor, localizadas, generalizadas, transitorias, diabéticas, hepáticas, etc., constituyen una sola enfermedad, lo que es muy probable, ó deben referirse á dos ó tres enfermedades distintas.

CAPITULO XXVIII

TRATAMIENTO DE LA MICOSIS FUNGOIDE

FOR

R. DU CASTEL

Médico del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

La micosis fungoide se caracteriza por el desarrollo en la superficie del dermis de tumores de estructura adenoide; su historia no comienza realmente hasta las descripciones clínicas de Bazin (1862) y los exámenes histológicos de Guillot y Ranvier (1869). Estos autores establecen la analogía de estructura de los tumores, descrita por Bazin, con el tejido adenoide y con la trama de los ganglios linfáticos.

Los tumores de la micosis fungoide se desarrollan á menudo con alguna rapidez, y pueden adquirir el volumen de una avellana, una nuez, una mandarina y del puño; de color rojo ó violáceo, surcados de vasos, desiguales en su superficie, duros, comparados por Alibert con tomates. Estos tumores pueden estar aislados unos de otros, ó reunirse en grupos más ó menos importantes, formando superficies mamelonadas, anfractuosas, constituidas por tumores unidos por su base: no son dolorosos, la sensibilidad está más bien disminuída en su superficie, y los pelos que la cubren frecuentemente se atrofian y desaparecen. Estos tumores permanecen largo tiempo, durante meses, estacionarios, pasado cuyo tiempo, sufren evoluciones en opuesto sentido: unas veces se contraen, disminuyen, hasta desaparecer sin dejar ninguna señal; otras veces se reblandecen y ulceran

segregando poco, formándose costras, ó supurando en gran abundancia una substancia icorosa y fétida. La ulceración va profundizando paulatinamente, formando una cavidad crateriforme que llega algunas veces hasta ahuecar los huesos y denudarlos.

Los ganglios linfáticos de la región se entumecen y tornan dolorosos; se ha comprobado también que aumentaba el volumen del hígado y del bazo.

Los tumores adenoides se observan principalmente en el tronco, en la raíz de los miembros y en su cara interna, en la cara y extremidades, en las muñecas, manos, tarso y pies.

Regularmente antes de la aparición de los tumores se manifiestan cierto número de alteraciones cutáneas cuya importancia había demostrado Bazin.

Consisten, en un principio, en eflorescencias pasajeras que acaban por hacerse cada vez más persistentes, instalándose definitivamente y revisitiendo los caracteres de la urticaria, del eritema, del eczema seco. Se presentan en forma de placas rojas y ligeramente escamosas, que desaparecen incompletamente por la presión; el prurito es habitual y especialmente intenso.

Esto constituye el primer período de la enfermedad, *el período eczematiforme*, durante el cual las lesiones son todavía superficiales. Luego, en la superficie de las placas eczematiformes, se producen prominencias de aspecto liquenoide, de color rojo obscuro, de forma irregular, mamelonadas, rugosas y capaces de desaparecer espontáneamente y concluir por resolverse; estas placas liquenoides desaparecen en un punto para reaparecer en otros, lo que constituye el segundo período de la enfermedad, *período liquenoide*, en el cual la lesión cutánea se ha hecho profunda. La enfermedad queda entonces determinada, y muy pronto hace su aparición el tercer período ó sea *el de los tumores*.

Los tumores de la micosis fungoide se desarrollan, pues, de ordinario, en una piel anteriormente enferma, eczematizada, liquenizada, regla que comprende, sin embargo, algunas raras excepciones, pues se han dado casos de desarrollarse los tumores en pieles que hasta entonces estaban sanas.

El período de eflorescencias cutáneas que precede á la aparición de los tumores se prolonga ordinariamente algunos meses y puede durar hasta diez, quince y veinte años: la intensidad del prurito, la disposición de la erupción en placas y el engrosamiento especial de la piel permiten algunas veces á los médicos experimentados en las enfermedades de la piel, prever el peligro que amenaza á los enfermos.

Los tumores se ulceran cuando han transcurrido ya algunos meses ó años.

La salud del individuo acaba por alterarse; disminuye el apetito y se hacen mal las digestiones; se presenta diarrea y los enfermos adelgazan, se caquectizan y caen en el marasmo.

La erupción inicial cutánea puede revestir caracteres mucho más intensos y graves que los del eczema y del liquen. Kaposi ha descrito, con el nombre de *linfodermia perniciosa*, una forma en la cual los tegumentos son rápida y totalmente invadidos por un eczema húmedo y pruriginoso; la piel está infiltrada, gruesa, pastosa. En diferentes puntos se desarrollan nudosidades cutáneas y subcutáneas, viscosas y duras, algunas de las cuales se ulceran. La tumefacción de la cara, orejas y frente imprimen al rostro el aspecto de satiriasis. La muerte sobreviene en el marasmo.

La micosis lleva una marcha regularmente crónica.

Besnier y Hallopeau hacen hincapié en una forma inicial especialmente grave de la micosis fungoide, que parece ser la linfodermia perniciosa de Kaposi; se caracteriza por ser una erupción generalizada, de tipo eritematoso, escarlatiniforme; la piel está arrugada, *demasiado extensa, al parecer, con relación á las partes subyacentes*, manifestándose en ella prurito inextinguible, alopecia, tumefacción de los ganglios linfáticos, anemia, leucocitosis poco acentuada, pseudoforúnculos y ántrax; los tumores linfoides aparecen como superficies infiltradas ó tumores almen-
drados.

La micosis, gracias á las investigaciones de Gillot, Ranvier, Malassez, Landouzy, Debove, Demange, fué considerada como una verdadera linfadenia cutánea, como la manifestación, por parte de la piel, del proceso linfógeno susceptible de afectar todos los tejidos y órganos; desde entonces son bastantes los autores que lo consideran sólo como un tumor de la piel parecido á los sarcomas; esta opinión, muy extendida en Alemania y América, cuenta en Francia entre sus partidarios autorizados á Vidal, Besnier y Brocq.

El origen parasitario de esta enfermedad ha sido hasta el presente discutido; sin embargo, Delbet ha logrado, en estos últimos tiempos, reproducir por la inoculación de la micosis un linfadenoma experimental generalizado.

II

Tratamiento

A. — TRATAMIENTO INTERNO

Numerosos son los medicamentos internos que se han recomendado para combatir la micosis fungoide, ensayándose con este objeto el *yoduro de potasio*; las preparaciones *yódicas*, *mercuriales*, *saliciladas*, *fenicadas*; los *sulfurosos*, *alcalinos* y el *arsénico*, pero ninguno de ellos ha producido resultados apreciables.

Se pueden probar igualmente las *inyecciones subcutáneas de preparaciones arsenicales*, practicadas debajo de la piel normal ó en el mismo espesor de los tumores. Se inyectarán de II á IV gotas de *licor de Fowler* una vez al día, dosis que ha podido ser aumentada hasta XII gotas por día. La inyección siguiente será menos irritante para la piel y mejor tolerada:

Licor de Fowler.	1 parte
Agua destilada.	2 —

1 centímetro cúbico de una sola vez.

M. s. a.

ó también:

Arseniato de sosa.	0 gr. 05 á 0 gr. 10
Agua destilada.	10 gramos

Disuélvase una cuarta parte de jeringa.

El tratamiento por el arsénico habrá de ser más enérgico, llevado hasta el límite de la tolerancia del enfermo; reclama por consiguiente una activa vigilancia.

Para evitar el agotamiento y la caquexia, se impone el tratamiento *tónico* y *progresivo*, procurando también impedir la diarrea, causa frecuente y poderosa de debilitación, así como que se instale de un modo definitivo ó por lo menos duradero.

Para combatir el *prurito*, se recurrirá á los preparados de *valeriana*, *bromuro de potasio*, *alcoholaturo de acónito*, *lociones con agua fenicada* al 2 por 100, ó la solución de *cloral* al 1 por 100 con agua adicionada de una cucharada de *vinagre* por vaso; el enfermo deberá espolvorearse la su-

perficie del cuerpo con *polvos inertes*, ó podrá emplear el *glicerolado tartárico*. Generalmente fracasan por completo cuantos esfuerzos se hacen para combatir el prurito.

B. — TRATAMIENTO EXTERNO

El tratamiento en el período eczematoso será el de todas las afecciones eczematiformes; *envolturas húmedas* ó *engomadas*, pomadas á base de *óxido de zinc*, *polvos inertes* ó *astringentes*, etc., etc.

En los casos en que los tumores sean poco numerosos, se ha ensayado la *ablación*, cicatrizándose la herida de un modo normal después de la operación. A los tumores ulcerados se les aplicarán curas antisépticas, limpiándose por medio de *pulverizaciones fenicadas* y empleando con preferencia las curas húmedas con *agua fenicada*, *coaltar saponinado* y *agua alcoholizada*. Brocq vió en un caso producirse rápidamente la cicatrización después de las curas con *naftol alcanforado*; las inyecciones intersticiales, practicadas regularmente, determinan la formación de pequeñas escaras y la curación de los tumores.

Vidal se servía de las pomadas á base de *ácido pirogálico* al 1 por 10 ó al 1 por 50, pero con este tratamiento se corre el peligro de la intoxicación.

Blanc ha recomendado las pomadas á base de *ictiol* ó de *yodoformo* y á Besnier le ha dado mejores resultados una mezcla de nueve partes de *subnitrate de bismuto* con una de *salol*, en los casos de micosis ulcerada.

CAPÍTULO XXIX

TRATAMIENTO DEL EPITELIOMA CUTÁNEO Ó CANCROIDE

POR

E. GAUCHER

Y

C. BARBE

Profesor agregado de la Facultad
de París
Médico del hospital Saint-Antoine

Jefe del laboratorio de dermatología
del hospital Saint-Antoine
Antiguo interno del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Tres son las variedades principales del epiteloma cutáneo: la primera se caracteriza por la producción de una ulceración sin tumor aparente (*ulcus rodens*); la segunda, que se parece mucho á la anterior por radicar en la superficie, se distingue de ella por sus prominencias parecidas á papilomas, formándose á veces también tumor (*epitelioma superficial papilar*); la tercera variedad constituye el epiteloma profundo con tumor bien definido (*cáncer cutáneo de los antiguos autores*).

Esta clasificación del epiteloma cutáneo en tres variedades, no solamente es importante desde el punto de vista nosográfico, sino que también con relación al terapéutico, pues no es el mismo el procedimiento de destrucción que se ha de adoptar en todas esas variedades, por ejemplo, en el *ulcus rodens* y en el epiteloma profundo.

II

Contraindicaciones

La expresión *noli me tangere*, antigua denominación del cancroide, se aplica tan sólo á algunos de los casos de esta enfermedad. No se tratarán,

por ejemplo, los canceroides demasiado extensos y los que por su situación no pudiesen ser destruídos completamente; es preferible, en efecto, no tocar el epitelioma antes que dejar en los tejidos el menor trozo de la neoplasia, pues se convertiría en un foco de repululación. También habrán de dejarse los canceroides que sobrevienen en los ancianos y que presentan muchas veces un curso tórpido, y aquellos en que la enfermedad se extiende al mismo tiempo á los ganglios correspondientes.

III

Profilaxia

Sabido es que muy frecuentemente el epitelioma comienza en los viejos por debajo de un conglomerado de costras seborreicas; en los individuos que padecen de seborrea concreta de la cara se mantendrá la limpieza de los tegumentos por medio de lavados hechos de vez en cuando con *jabón blando*, de lociones con *alcohol saturado de ácido bórico*, de una solución de *bórax* ó de *pulverizaciones* practicadas con *agua boricada* tibia. Si después de estos lavados se produjera irritación, puede calmarse aplicando polvos inertes ó cataplasmas de almidón frías.

IV

Ulcus rodens

En ciertos casos de *ulcus rodens* poco extenso, el *clorato de potasa* aplicado localmente basta algunas veces por sí solo, siendo el tópico por excelencia del epitelioma cutáneo. Se cubrirá el *ulcus rodens* con clorato de potasa porfirizado, después de haber detergido la úlcera con una solución concentrada de clorato de potasa (6 por 100). Esta aplicación es muy dolorosa; se podrá también pincelar previamente el *ulcus* con una solución de *cocaína*.

Cuando el enfermo no tolere ya el clorato de potasa puro se sustituirá por una cura húmeda *boricada* ordinaria.

Al día siguiente y en los sucesivos, se aplicará en la úlcera una capa de la siguiente pomada: clorato de potasa, 2 gramos; talco pulverizado y tamizado ó polvo de almidón, 4 gramos; vaselina, 10 gramos; dejándola día y noche aplicada y renovándola mañana y tarde y á veces con más

frecuencia. Siempre que se renueve la cura, se lavará antes la úlcera con una solución de clorato de potasa. Se pueden ensayar otra vez los polvos de clorato de potasa, cuya aplicación se sostendrá con algodón y se conservará todo el tiempo que pueda resistir el enfermo.

Si este procedimiento no fuese suficiente, se emplearán los *cáusticos* con preferencia la pasta de *Canquoin* ó el *cáustico de Filhos*, aplicado muy frecuentemente por Lailier á quien ha dado excelentes resultados. Ya hablaremos más adelante de este procedimiento por los cáusticos. En cambio, la *termocauterización* ha sido algunas veces ineficaz contra el *ulcus rodens*. En un caso en que el menor roce determinaba una hemorragia, obtuvimos buenos resultados con la solución oficial de *percloruro de hierro*.

V

Epitelioma superficial papilar

Tres son los medios principales que pueden emplearse para destruir el epitelioma superficial: la cauterización ígnea, los cáusticos y el raspado.

A. — La *cauterización ígnea* se practicará con el galvanocauterio ó con el termocauterio de punta fina. Se destruyen las partes enfermas y los rodetes periféricos, hundiendo el instrumento perpendicularmente y á bastante profundidad para llegar hasta los tejidos sanos, procurando que los puntos cauterizados estén lo menos distanciados posible; en el caso de presentarse una ligera hemorragia, se practicará la hemostasia con algodón ó yesca asépticas. De ser el enfermo impresionable, se anestesiará previamente con el *cloruro de metilo*.

Si la lesión es muy extensa, la cauterización de todo el tumor se verificará en varias sesiones.

Después de cada cauterización, es útil pulverizar con *agua bórica* la parte cauterizada, procediendo después á hacer una cura boricada simple.

Al día siguiente de la cauterización, así como en los sucesivos, se aplicará sobre la escara *clorato de potasa*, solo ó en forma de pomada, siguiendo para esto las indicaciones anteriormente mencionadas.

Con este doble tratamiento, cauterización ígnea y aplicación del clorato de potasa, empleado por uno de nosotros en el hospital Saint-Antoine y en el hospital Saint-Louis, hemos obtenido muy buenos resultados:

9 casos curados, 9 muy mejorados, 2 casi curados, pero conservando algunos puntos sospechosos.

B. — Los *cáusticos* constituyen un excelente método para los epitelomas bien limitados, formados por un tumor más ó menos redondeado, mientras que la cauterización ígnea es el procedimiento preferible para los epitelomas papilares de forma irregular, que no podrían ser destruidos por medio de los cáusticos sino á costa de grandes pérdidas de substancia.

Uno de los cáusticos que reúne mejores condiciones es el *cáustico de Manec*, compuesto de dos partes de *ácido arsenioso*, seis de *sulfuro de mercurio* y doce de *esponja calcinada*. Pero no puede aplicarse á los tumores extensos, por el peligro de la intoxicación arsenical.

Se diluye el cáustico con un poco de agua hasta que forme una pasta, la cual se aplica sobre el tumor. Para proteger los tejidos sanos al proceder á la cauterización, se pone previamente un cuadrado de esparadrapo de diaquilón con un agujero en el centro que deja el epiteloma al descubierto. Encima del cáustico se fija una placa de yesca y una venda para sostenerla.

Al cabo de ocho ó quince días, el cáustico, después de haber producido una intensa inflamación periférica, cae junto con el tumor. La inflamación se calmará aplicando compresas emolientes, y una vez haya desaparecido, se procederá á curar la región con la pomada á base de clorato de potasa, siguiendo el procedimiento ya descrito.

En el caso de que no pueda emplearse el cáustico de Manec, se recurrirá á la *pasta de Viena*, dejándola aplicada media hora ó más tiempo.

C. — *Raspado*. — El raspado cuenta actualmente con gran número de partidarios, pero nos parece que no está exento de peligros por la razón siguiente: abre demasiadas puertas de entrada á la reinfección y ocasiona una abundante hemorragia. Es también de absoluta necesidad cauterizar en estos casos la herida que resulta del raspado por medio del *cloruro de zinc* ó con el *termocauterio*. El raspado se practicará con rapidez con una cucharilla cortante ancha, después de haber previamente practicado la anestesia local de la región.

Se quitarán todos los tejidos friables hasta llegar á las partes sanas; la hemostasia se practicará con la yesca, cauterizando acto seguido la herida, como hemos indicado precedentemente. Se aplica luego una cura boricada y al cabo de algunos días se podrá emplear el clorato de potasa.

D. — En los casos en que no pueda operarse por ninguno de los tres procedimientos que acabamos de mencionar, el *clorato de potasa*, empleado

al tenor del método ya descrito, produce muy frecuentemente una mejoría del todo inesperada; esto no ha de impedirnos cauterizar las partes vegetantes, sobre todo de la periferia de la lesión.

E. — En el epitelioma de los labios, así como en cualquier tumor de la misma índole que se desarrolle en las inmediaciones de una mucosa, todos estos procedimientos, comprendiendo en ellos la pomada á base de clorato de potasa, resultan ineficaces; por esto el neoplasma tiene que extirparse ampliamente.

F. — Exceptuamos de lo dicho precedentemente el epitelioma del borde de los párpados, en el cual podrá ensayarse al principio el tratamiento seguido por A. Darier (1). Después de anestesiar previamente con cocaína, se impregnará toda la superficie enferma con un pincel empapado en una solución concentrada de *azul de metilo* (azul de metilo 1 gramo, alcohol y glicerina aa. 5 gramos). Las partes teñidas de azul se tocarán en seguida con un estilete de acero empapado en una solución de *ácido crómico* al 1 por 5. Se aplicará otra vez azul de metilo, lavando después los alrededores de la región para quitar el exceso de líquido. Las curas se harán con compresas de *sublimado* al 1 por 1000, y los toques se repetirán cuatro ó cinco veces con dos ó tres días de intervalo; hecho esto, se empleará exclusivamente el azul de metilo hasta que el dermis reformado no absorba más el color. Bueno será observar, que no siempre este tratamiento produce resultados satisfactorios; aconsejamos su ensayo, pero muchas veces habrá de acudirse á la ablación.

VI

Epitelioma profundo

El tratamiento del epitelioma profundo corresponde exclusivamente á la cirugía, de modo que, si la administración del clorato de potasa ó de sosa al interior ha dado algunos resultados, es porque se aplicaba simultáneamente esta sal al exterior.

(1) A. DARIER. — *Bulletin de la Société de Dermatologie*, Junio de 1893.

CAPÍTULO XXX

TRATAMIENTO DEL XERODERMA PIGMENTOSUM

POR

R. DU CASTEL

Médico del hospital Saint-Louis

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

El xeroderma pigmentosum no es otra cosa que la epiteliomatosis pigmentaria de Besnier, la melanosis lenticular progresiva de Pick, la atrofodermia pigmentaria de Crocker, la liodermia esencial con telangiectasia y melanosis de Neisser.

A Kaposi se debe la primera descripción buena de esta dermatosis; comienza en los primeros años de la vida y se caracteriza en un principio por unas manchas eritematosas que radican en las partes del cuerpo que están al descubierto, como la cara, el cuello, manos y parte inferior del antebrazo. Sobre las placas eritematosas se desarrollan manchas leonadas ó morenuzcas, muchas veces algo oscuras, que presentan grandes analogías con las manchas de lentigo; la piel es lisa, reluciente y atrofiada; las regiones enfermas son asiento de dilataciones vasculares. Cuando la enfermedad tiene algunos años, se desarrollan regularmente en las superficies enfermas producciones epiteliales, las cuales son en un principio poco voluminosas, formando pequeñas prominencias verrugosas, y después vegetan, se multiplican y llegan á constituir tumores epiteliales voluminosos. Estos últimos pueden desprenderse por sí solos, dejando únicamente una simple mancha cicatricial, y pueden también curar por medio de la

destrucción ó ablación quirúrgica. Los enfermos afectos de xeroderma pigmentosum mueren jóvenes; es raro que pasen de los veinticinco años, sucumbiendo generalmente por los progresos de la caquexia epitelial.

Se da muy frecuentemente el caso de que varios miembros de una misma familia y de una misma generación se vean atacados de esta enfermedad.

II

Tratamiento

No se conoce ninguna medicación interna capaz de detener los progresos del xeroderma pigmentosum, habiéndose ensayado inútilmente los *preparados arsenicales*, el *yoduro de potasio*, el *aceite de hígado de bacalao* y el *clorato de sosa ó de potasa*. Para prevenir ó detener la caquexia, está indicado el tratamiento *tónico*.

Conviene evitar toda causa susceptible de producir la congestión de la cara, como la exposición al sol, á una corriente de aire, y especialmente al aire de mar.

Con el fin de prevenir el desarrollo de epitelomas y moderar las alteraciones de la piel, se han empleado las lociones con el *licor de van Swieten*, las aplicaciones de *emplasto de Vigo* ó de *emplasto rojo* de Vidal, las *pomadas azufradas*, las lociones con la *solución alcohólica de ictiol* al 10 ó 15 por 100, ó con el *ácido pirogálico* (Unna), y nosotros hemos ensayado los toques con una solución de *azul de metileno*; pero ninguno de estos tratamientos ha resultado ordinariamente eficaz.

Los tumores epiteliales deberán destruirse desde su aparición por medio del *raspado* seguido de la *cauterización* con el galvanocauterio ó de una aplicación de *clorato de potasa*; los tumores voluminosos se quitarán *operándolos*, habiéndose visto algunas veces que el período de tranquilidad que sucedía á la ablación se prolongaba durante varios años.

CAPÍTULO XXXI

TRATAMIENTO DEL LUPUS

POR

H. LELOIR

Profesor de la Facultad de Lille

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Como ya dijimos en 1890, en nuestras lecciones sobre el lupus (1) y repetimos en 1892 (2), concíbese fácilmente que la gran diversidad de opiniones que se han sostenido y sostienen todavía respecto de la naturaleza del lupus, la falta en estos últimos tiempos de una monografía sobre el lupus, escrita por alguno de los dermatólogos que tengan por demostrada la naturaleza tuberculosa del lupus; la falta también de la característica atribuida por ciertos autores á la lesión inicial del lupus, y por último, la poca precisión al señalar la clase de tubérculo (3) dentro de la que debe

(1) H. LELOIR.—Lecciones sobre el Lupus (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890).

(2) H. LELOIR.—*Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses*, Paris, 1892.

(3) En nuestras lecciones clínicas hemos creído que (en vista de la vaguedad de las definiciones dadas por los autores de la lesión elemental tubérculo, definiciones en las cuales se esfuerzan inútilmente en distinguir el tubérculo de la pápula por el volumen y la consistencia de una y otra lesión elemental, dejando completamente á un lado el principal carácter que se deduce de la evolución, esto es, la no resolución del tubérculo), había de proponerse una definición de esta lesión elemental que estuviese más en relación con los progresos de la dermatología y de la bacteriología, en una palabra, con la clínica moderna. Con esta definición cabe distinguir el tubérculo de las pápulas y de los tumores de la piel, y extrañará, por ejemplo, ver colocado el molluscum fibroso entre los tubérculos en los tratados

colocarse la lesión elemental del lupus, han debido influir notablemente sobre la definición de esta afección.

He aquí la definición que nosotros proponemos:

El lupus es una de las formas de la tuberculosis tegumentaria, variedad poco virulenta (1) (escrófalo tuberculosis), cuya lesión elemental (lupoma), desde el punto de vista dermatológico, es un tubérculo, de volumen y disposiciones muy variables, de color rojo oscuro que tiene más ó menos parecido con el caramelo de cebada, de consistencia blanda y que evoluciona por lo general de una manera lenta, crónica, destruyendo los tejidos por reabsorción intersticial (lupus no exedens), por ulceración (lupus exedens), ó por esclerosis (lupus esclerosado). El lupus puede invadir todas las regiones de la piel y mucosas adyacentes; se acompaña con frecuencia de otras lesiones escrófalo-tuberculosas, y, como todas las tuberculosis locales, puede determinar la infección total ó parcial de la economía. Comienza generalmente en la infancia ó en la adolescencia.

Conviene añadir á esta definición, que si bien esta producción escró-

clásicos recientes, tales como en el Tratado de DUHRING en 1885 y en el nuevo de HARDY en 1887.

He aquí la definición que acerca la lesión elemental tubérculo dimos en 1885, y que fué adoptada después por varios de los más eminentes dermatólogos.

A nuestro entender, el tubérculo es: «una neoplasia de naturaleza inflamatoria que radica en el dermis, sin resolverse espontáneamente (con tendencia por consiguiente á destruir total ó parcialmente los tejidos en que se desarrolla y á la formación de cicatrices por ulceración, esclerosis ó por reabsorción intersticial), y que contiene un microorganismo patógeno.» (H. LELOIR. — *Traité de la Lèpre*, 1886, pág. 45, nota de pie de página y Lecciones acerca las lesiones elementales de la piel, *Journal des connaissances médicales*, 5 de Mayo de 1887, pág. 138).

Esta definición dermatológica del tubérculo (lesión elemental) que hubiera podido aplicarse al sifiloma dérmico y al leproma dérmico nodular, es también perfectamente aplicable al lupoma (lesión elemental del lupus vulgar). Con ella también es más fácil comprender las analogías clínicas y patológicas que existen entre las tres afecciones: sifilide tuberculosa, lepra sistematizada tegumentaria nodular y lupus. Por último, demuestra las analogías que existen entre el lupoma (escrófalo tuberculosis cutánea nodular) y los gomos escrófalo-tuberculosos (véase la definición que hemos dado de los gomos en las lecciones acerca las lesiones elementales de la piel).

Veremos más adelante, que cuando el lupoma invade, no solamente el dermis sino también los tejidos subyacentes, y destruye los tejidos por necrobiosis ulcerosa, es casi imposible distinguirlo de los gomos escrófalo-tuberculosos; y esto es tan cierto, que E. BESNIER se ha visto justamente obligado á proponer el término lupus úlcero-gomoso para designar ciertas variedades profundas del lupus exedens.

(1) Decimos poco virulenta y no de virulencia atenuada, como se ha dicho hasta el presente, y aun nosotros mismos repetidas veces equivocadamente, porque el adjetivo atenuado podría hacer creer que se trata de un virus atenuado, virus vacuna. Desgraciadamente no hay nada de esto, conforme lo prueban diariamente la clínica y la experimentación. Se trata aquí simplemente de una tuberculosis poco rica en bacilos, poco virulenta, en una palabra, pero que, válganos la comparación vulgar, no deja de ser una tuberculosis de la misma manera que una sopa con pocos fideos es también una sopa de fideos. Esta escasez de bacilos constituye indudablemente una de las causas que explican la apariencia y la evolución clínica del lupus vulgar y la diferencia objetiva y evolutiva que existe entre éste y las llamadas tuberculosis verdaderas de la piel y de las mucosas.

fulo-tuberculosa (que designaremos en adelante con el nombre de lupoma) se desarrolla las más de las veces en el dermis en forma de nudosidades que toman el aspecto de la lesión elemental tubérculo, puede también manifestarse de una manera más difusa (lupoma en *nappe* (capa), lo que podría motivar la división del lupoma, tal como hemos hecho respecto del lepro-ma en nuestro *Tratado de la lepra*, en lupoma en capa ó superficie y lupoma nodular (1).

Sin embargo, por medio de un examen atento, podrá muchas veces reconocerse la lesión elemental tubérculo en la misma placa lupsa, en sus bordes ó en sus inmediaciones ó á nivel de otras lesiones lupsas. El lupoma en *nappe* debe considerarse, pues, desde el punto de vista dermatológico, como una infiltración confluyente y difusa de tubérculos luposos. Es conveniente añadir también á esta definición que, en general, el lupoma no se reblandece en masa, lo que le distingue de los gomas escrófulo-tuberculosos dérmicos, con los cuales por otra parte tienen grandes analogías algunas variedades de lupus ulceroso.

Dedúcenese de esta definición del lupus, su descripción, evolución, complicaciones, pronóstico y diagnóstico.

El lupus tiene por lesión elemental un tubérculo (ó á veces un tubérculo-goma), lesión elemental que designaremos con el nombre de lupoma. Al igual que las demás lesiones cutáneas constituidas por la lesión elemental tubérculo (2) (nudosidad parasitaria), seguirá un curso progresivo, excéntrico, invasor y destructivo, dejando cicatrices más ó menos acentuadas.

La lesión elemental del lupus es un tubérculo, pues es producido por un microorganismo patógeno. Este microorganismo está bien determinado: es el bacilo de la tuberculosis. Luego el lupus es una tuberculosis local.

Esta tuberculosis local es poco virulenta y por eso el lupus sigue una marcha lenta y crónica. Pero esta virulencia es suficiente para producir á la larga complicaciones de origen infeccioso: a) infección de las regiones inmediatas, por ejemplo: linfangitis escrófulo-tuberculosas, adenopatías escrófulo-tuberculosas, gomas escrófulo-tuberculosas; b) infección visceral

(1) Cuando el lupoma, como aconteció en ciertas formas de lupus ulceroso profundo, invade no solamente el dermis sino también la hipodermis y los tejidos subyacentes, necrosándolos y ulcerándolos profundamente, la lesión elemental del lupus será más bien un goma que no un tubérculo (Véase nuestra definición del goma: H. LÉLOIR.—Lecciones acerca las lesiones elementales de la piel (*Journal des connaissances médicales*, 1887). El término lupus tubérculo-gomoso propuesto por E. BESNIER para designar estas variedades de lupus (lupus ulceroso profundo) nos parece plenamente justificado.

(2) O la lesión elemental goma, á la que son aplicables las mismas consideraciones, como hemos visto anteriormente é insistimos en nuestras lecciones acerca las lesiones elementales de la piel.

y general, por ejemplo: tuberculosis pulmonar, tuberculosis miliar aguda.

En los casos difíciles, el diagnóstico del lupus deberá basarse enteramente sobre el hecho de que es una tuberculosis poco rica en bacilos. En estos casos, pues, habrá que buscar los bacilos (armándose para ello de mucha paciencia) y sobre todo, recurriremos como medio más fácil y seguro á las inoculaciones practicadas en animales, empleando todos los recursos de la técnica experimental, sobre los que hemos insistido tanto desde 1882. De esta manera, en los casos difíciles, se podrá distinguir el lupus de ciertas sífilides con las cuales es fácil confundirlo.

Siendo el lupus una tuberculosis local, se tratará como tal tuberculosis, esto es, por la destrucción, empleando los agentes parasiticidas.

Desde el año 1882 (1), es decir, desde que nuestras investigaciones experimentales hubieron demostrado que el lupus vulgar debía ser considerado ciertamente como una tuberculosis poco virulenta de la piel, hemos sometido á un análisis metódico, pero exento de todo prejuicio de escuela, á toda la terapéutica antigua y moderna. Los numerosos casos de lupus que existen en nuestra región del Norte, que pudimos estudiar fácilmente en nuestra clínica del hospital ó en la práctica privada, nos facilitaron la tarea.

Podemos afirmar que no existe probablemente tratamiento alguno empleado contra el lupus (dado lo que hemos podido juzgar en los frecuentes viajes al extranjero y visitas al hospital Saint-Louis), que no hayamos ensayado en el tratamiento de esta afección.

(1) H. LELOIR.—Investigaciones sobre la inoculación del lupus (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, Diciembre de 1882).—Investigaciones experimentales é histológicas sobre la naturaleza del lupus (en colaboración con M. V. CORNIL). *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 28 Julio de 1883.—Investigaciones experimentales é histológicas sobre la naturaleza del lupus (en colaboración con M. V. CORNIL). *Archives de Physiologie*, 1884.—Investigaciones acerca la naturaleza del lupus vulgar (*Congrès international des Sciences médicales*, Copenhague, Agosto de 1884).—Investigaciones sobre la naturaleza del lupus. (*In thèse de RENOUARD*, Paris, 1884).—Nuevos estudios sobre las relaciones que existen entre el lupus y la tuberculosis (*Annales de Dermatologie*, Junio de 1886).—Lecciones sobre el linfatismo y la escrófulo-tuberculosis (*Bulletin médical*, 1888).—Sobre la naturaleza de las variedades atípicas del lupus vulgar (*Comptes rendus du Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 1888).—Tuberculosis experimentales determinadas por las inoculaciones de productos escrófulo-tuberculosos (*Comptes rendus du Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1888).—De las adenopatías secundarias al lupus vulgar (*Comptes rendus de l'Institut*, Mayo de 1889).—El lupus vulgar y el sistema linfático (*Annales de la tuberculose*, 1890).—El lupus esclerosado y el lupus escleroso (*Annales de la tuberculose*, 1890).—El lupus de la lengua (*Annales de Dermatologie*, 1889).—Investigaciones sobre la histología patológica y la naturaleza del lupus eritematoso (*Archives de Physiologie*, 1890).—Acción combinada del bacilo de Koch y de los agentes de la supuración en la evolución del lupus (*Médecine moderne*, 20 Noviembre de 1890).—Lecciones sobre el lupus (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890).—*Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofule-tuberculose de la peau et des muqueuses*, Paris, 1892.

Habiendo seguido, no durante meses sino por largos años, los resultados de los métodos terapéuticos que empleábamos (cosa que es más fácil en los puntos de mediana importancia que cuentan con una sola clínica dermatológica que no en las grandes capitales en donde la asiduidad de los enfermos á una misma clínica es necesariamente menor, como lo ha justamente observado Haslund en sus notables investigaciones acerca la tisis en los luposos), hemos podido pasar por el tamiz del tiempo y de la experiencia, y eliminar progresivamente la serie de tratamientos que nos han parecido inútiles.

Nos limitaremos, pues, en este lugar á estudiar los métodos terapéuticos que á nuestro entender merecen ser recomendados.

La terapéutica de la escrófulo-tuberculosis tegumentaria (lupus), así como la terapéutica de toda tuberculosis local, se descompone en dos:

I.—Tratamiento profiláctico;

II.—Tratamiento curativo.

El tratamiento curativo comprende también:

A.—El estudio del tratamiento interno y general;

B.—El estudio del tratamiento local.

II

Tratamiento profiláctico

Después de lo que hemos escrito (1) podemos afirmar que el tratamiento profiláctico de la escrófulo-tuberculosis tegumentaria se resume en breves términos á lo siguiente:

1.º Evitar en la medida de lo posible todo contacto del tegumento con el virus tuberculoso, sea cual fuere su origen.

2.º Tratar antiséptica y lo más rápidamente posible cualquier herida que hubiese podido ser contaminada por el virus tuberculoso.

3.º Destruir ó aseptizar también del modo más rápido y completo que se pueda todo foco tuberculoso profundo que pudiese inocular secundariamente el tegumento.

4.º Aseptizar lo más posible toda región tegumentaria contaminada por líquidos (esputos, materias fecales, pus, derrame uterino, etc., etc.), que contengan el virus tuberculoso.

5.º Vigilar con el mayor cuidado el tegumento de los individuos

(1) LELOIR.—*Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses*, capítulo de la *Patogenia*.

afectos de tuberculosis visceral y combatirla tonificando la economía por medio de una terapéutica apropiada.

6.º Modificar y fortalecer la salud general de los individuos linfáticos y de los descendientes de tuberculosos por medio de una terapéutica é higiene minuciosas.

7.º No olvidar, por último, como dijo Landouzy, que en materia de tuberculosis el tiempo de las preocupaciones sentimentales ha pasado ya.

Conviene acabar también con la doctrina del *laissez faire*, la cual, con el pretexto de no asustar, deja sin defensa (puesto que nadie desconfía) contra la tuberculosis.

Guardar silencio respecto del contagio, que es amenazador aunque no fatal, y tanto más amenazador cuanto el individuo que puede contagiarse es más joven, es una verdadera falta, por no decir un crimen, cuando se trata de la infancia, edad en que se contrae principalmente la escrófulo-tuberculosis tegumentaria.

Antes de entrar en la exposición del tratamiento curativo del lupus y como preliminar, haremos otra observación. ¿Si el lupus es con tanta frecuencia rebelde, no será debido á que se le trata demasiado tarde? Comienza de ordinario en los primeros años de la vida por una lesión insignificante, en la que apenas nadie se fija; y cuando se toma la resolución de cuidar el mal, el virus se ha diseminado ya bastante por el tegumento.

III

Tratamiento interno y general

Breves serán las palabras acerca de este punto, pues si bien ha de considerarse como un coadyuvante útil del tratamiento local, por sí solo no puede determinar la curación del lupus.

A.—No se ha encontrado, hasta el presente, ninguna substancia que, introducida en la economía por una vía cualquiera, baste por sí sola para hacer desaparecer, reabsorber y cicatrizar completamente el infiltrado escrófulo-tuberculoso á la manera como obran el mercurio y el yoduro de potasio respecto de los sifilomas.

Este hecho es absoluto y por otra parte así opinan la casi totalidad de los prácticos de todas las naciones.

Por esto es muy natural extrañarse de que Hardy, en 1886, dijese que el tratamiento general, cuya base según él lo constituye el *accite de*

hígado de bacalao, desempeña el papel principal en la terapéutica de las escrofúlides, que merced á él puede obtenerse la curación, mientras que los medios locales muchas veces no obran sino cuando la medicación interna ha producido ya en la economía del enfermo una modificación favorable (1).

¿No ha de causar por lo mismo extrañeza que Dühring, de Filadelfia, haya sostenido en 1883, que el uso prolongado del aceite de hígado de bacalao y del *yoduro de potasio* le ha producido con frecuencia admirables resultados en los luposos de su país, alcanzando efectos curativos completos y duraderos? (2).

No es menos cierto, sin embargo, que el mismo Dühring confiesa que en Austria no le dió resultado lo que tanto éxito le produjo en América. Lo que acabamos de decir es aplicable al *arsénico* y también al *yodoformo* administrados al interior y á dosis elevadas, como lo experimentó en otro tiempo E. Besnier, y también en forma de inyecciones subcutáneas de aceite yodofórmico de 0^{rr},10 de yodoformo por día, según el método de Morel-Lavallée (3) y de Gavoy.

No hemos visto un solo caso de lupus curado, en el verdadero sentido de la palabra, con el empleo del *yodoformo*. Sin embargo, en 2 casos de lupus tubérculo-gomoso, observamos una mejoría apreciable del lupus después de emplear las inyecciones de *aceite yodofórmico* á la dosis de 0^{rr},05, siguiendo el método de Morel-Lavallée; pero la mejoría que se obtuvo al cabo de un mes no pasó adelante.

Las *inyecciones hipodérmicas de aceite creosotado* instituídas por Gimbert, perfeccionadas por Burlureaux y empleadas por E. Besnier en su clínica (4), no han producido nunca la curación de la escrófalo-tuberculosis.

B. — Algunos autores creen, según parece, que diversas afecciones secundarias, sean ó no definidas, tales como la erisipela verdadera, la linfangitis, los agentes de la supuración, etc., etc., pueden destruir el elemento patógeno de la escrófalo-tuberculosis tegumentaria. Como vimos anteriormente y se deduce de lo expuesto magníficamente por E. Besnier, esto no pasa de una mera ilusión.

Como se desprende de nuestro capítulo "Complicaciones del lupus" y dice, con tanto fundamento, Besnier: "En todos los trastornos graves de la economía, y en todos los casos en que se produce un estado

(1) HARDY.—*Traité des maladies de la peau*, 1886. pág. 970.

(2) DÜHRING.—*Traité des maladies de la peau*, 1883.

(3) MOREL-LAVALLÉE.—*Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, t. II, y *Bullet. méd.*, 14 de Diciembre de 1890.

(4) E. BESNIER.—*Ann. de dermatologie*, 1890.

pirético intenso ó prolongado, el lupus sufre una atenuación momentánea, que se acentúa más todavía cuando se añade un proceso irritativo local, pero el beneficio que se manifiesta sólo es aparente, momentáneo ó parcial.»

Además, como dijimos en 1890 en nuestra Memoria acerca la acción combinada del bacilo de Koch y de los agentes de la supuración en la evolución del lupus (1), y conforme repetimos en 1891 en otra Memoria que versaba sobre el mismo asunto, publicada en colaboración con Taverrier en el Congreso internacional de la tuberculosis, la acción de los agentes de la supuración, por lo que respecta al lupus, desempeña un papel más bien perjudicial que útil desde el punto de vista local, y la erisipela verdadera, que tampoco cura, puede tener por consecuencia complicaciones viscerales graves.

C. — *Tratamiento de Koch.* — Por lo que á nosotros corresponde, como hemos dicho y escrito repetidas veces en nuestras clínicas desde el 4 de Diciembre de 1890, no nos creemos autorizados para emplear en seres humanos el líquido de Koch, que se nos distribuyó en Diciembre en la Facultad de Medicina de Lila. En cambio, quisimos observar desde luego los resultados que la inyección de la famosa linfa producía en manos de nuestros colegas de Lila y de París y sobre todo en el hospital Saint-Louis.

Séanos permitido felicitarnos por nuestra prudencia ante el apasionamiento casi general en 1890, y por haber rehusado emplear la linfa de Koch antes que la experiencia de los demás nos hubiese demostrado su acción realmente curativa é inofensiva para la salud del individuo.

Véase, por lo demás, lo que escribimos (2) el 4 de Diciembre de 1890 al profesor Brown-Séquard, contestando á una carta que este eminente doctor nos dirigió solicitando nuestra opinión sobre el tratamiento del lupus por el método de Koch (3) para insertarla en los *Archives de Physiologie*:

«Al profesor Brown-Séquard, miembro del Instituto:

«Acabáis de distinguirme pidiéndome mi opinión sobre el tratamiento del lupus por el método de Koch. He aquí lo que á mi entender debe pensarse en la actualidad de este tratamiento (4 Diciembre de 1890).

(1) LELOIR. — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890.

(2) H. LELOIR. — Investigaciones sobre la naturaleza tuberculosa del lupus y acerca de su tratamiento por la linfa de Koch (*Archives de Physiologie*, 1890).

(3) Supuestos los conocimientos que hoy se poseen acerca la acción combinada del bacilo de Koch y de los agentes de la supuración en la evolución del lupus (H. LELOIR, *Médecine moderne*, Noviembre de 1890), sería interesante conocer qué acción tiene este remedio; por una parte en los lupus modificados por los agentes de la supuración y por otra en los lupus no modificados en apariencia por dichos agentes.

»El tratamiento de Koch, confirmando por manera tan notable la demostración experimental que hice en 1893 de la naturaleza tuberculosa del lupus (naturaleza tuberculosa que he sostenido desde entonces á pesar de la oposición de algunos médicos eminentes), viene á añadir el criterio reaccional (por no decir terapéutico) á los diversos criterios clínicos, histológicos y experimentales, que prueban de un modo perentorio la naturaleza tuberculosa de esta afección. Esta demostración constituye uno de los pasos científicos más importantes que se han dado en la historia del lupus.

»A la importancia que tiene este descubrimiento desde el punto de vista científico y diagnóstico, ¿hay que añadir el valor terapéutico de la linfa de Koch en el tratamiento de esta temible afección?

»¿El tratamiento de Koch cura el lupus? ¿Se tiene noticia de algunas curaciones? ¿Constituye un remedio específico para curar las tuberculosis cutáneas?

»En la actualidad es imposible poder afirmarlo, puesto que el tiempo transcurrido desde que ha empezado á emplearse el tratamiento de Koch es demasiado corto para poder apreciar los efectos del mismo. Los que han visto algunos casos de lupus y han observado su evolución y las sorpresas que proporciona su tratamiento, saben perfectamente que, para poder afirmar la curación de un lupus, se necesitan meses y años de observación.

»Como hemos demostrado en nuestras lecciones sobre el lupus, la manera natural de proceder esta enfermedad es por golpes aislados y por recidivas. Ahora bien, el tratamiento de Koch sólo data de algunas semanas; considerándolo, por tanto, así desde el punto de vista clínico, como del científico puro, no puede decirse que el tratamiento de Koch cure el lupus, pues aunque se obtuviera una cicatriz de muy buen aspecto, en la que no se descubriese ningún nódulo lupo, no podría por esto afirmarse actualmente que el lupus ha curado de una manera absoluta.

»Efectivamente, con mucha frecuencia lupócos que presentaban hermosas cicatrices se ven algunos meses más tarde atacados de una recidiva. Estas recidivas se han producido, por lo demás, en varios de los enfermos tratados por el método de Koch.

»Por otra parte, de la atenta lectura de los casos de lupus tratados por el método de Koch, no se deduce hasta el presente ni un solo caso de verdadera curación.

»El lupus, se dice, queda, sin embargo, mejorado. Pero ya sabemos lo que significa la palabra «mejoría» cuando se trata del lupus. Mientras existan lupomas en los tejidos, el lupus no ha curado, puesto

que son de temer siempre las recidivas más ó menos profundas é intensas.

«Los lupus ulcerosos, se dice también, tratados por este procedimiento, se han transformado en lupus no ulcerosos; pero con esto no se ha logrado gran cosa, pues el tratamiento de los lupus no ulcerosos no es menos difícil, quizá más aún, que el de los ulcerosos.

«Véase, además, lo que ha podido comprobar, en su reciente viaje á Berlín, el sabio profesor Haslund, de Copenhague, uno de los más competentes en materia de lupus: no ha visto un solo caso de lupus, entre los que se le presentaron como curados, que él lo considere como tal (1).

«Esta opinión de Haslund concuerda con los numerosos datos que hemos recibido. En los momentos actuales, pues, no es posible afirmar que el tratamiento de Koch cure ni que no cure el lupus; deberán pasarse, necesariamente, algunos años, hasta que los enfermos hayan podido ser larga y minuciosamente examinados y observados repetidas veces.

«Cualquiera otra manera de proceder fuera anticientífica y anticlínica, y estamos persuadidos de que todos los dermatólogos y los que tienen alguna experiencia clínica acerca de esta enfermedad, opinarán como nosotros. Obrar de otro modo sería entusiasmarse irreflexivamente, perjudicando mucho el descubrimiento de Koch, cosa que no ha dejado de comprender este sabio profesor.

«Lo que se desprende de las inoculaciones practicadas hasta el presente es que el tratamiento de Koch obra sobre el lupus, y que su linfa ejerce sobre esta enfermedad una acción electiva é irritativa extraordinaria.

«¿Esta acción es curativa? Nada de cierto sabemos todavía.

«Hoy día debemos limitarnos á formular las cuestiones siguientes que sólo con el transcurso de los años podrán resolverse:

»1.º ¿El tratamiento de Koch cura el lupus? ¿Lo cura siempre?

»2.º ¿En cuánto tiempo llega á este resultado?

»3.º ¿Cuántas inyecciones son necesarias? ¿Las inyecciones no tienen ningún peligro para el enfermo, sobre todo si son repetidas?

»4.º ¿Cuál es el estado de la cicatriz que se obtiene con este procedimiento?

»5.º ¿Cuál es la frecuencia de las recidivas? Además, cuando se obtenga la curación definitiva, será necesario, antes de afirmarla, aguardar un lapso de tiempo más ó menos largo, á fin de asegurarse de que la recidiva, tan frecuente en la evolución del lupus, no se presentará.

(1) HASLUND. — *Sem. méd.*, 3 de Diciembre de 1890, pág. 440.

TOMO VII. — 75. TERAPÉUTICA APLICADA.

«Estos diferentes puntos habrán de resolverse por medio de serias estadísticas de numerosos casos tratados; sólo entonces conoceremos á punto fijo el valor de este tratamiento. Si cura realmente el lupus, deberemos comparar su eficacia con la de los métodos hasta hoy empleados, los que cuentan también con numerosos casos de curación. Estos métodos los hemos indicado en nuestras clínicas del hospital Saint-Sauveur. Tienen sobre el tratamiento de Koch una ventaja y es que no causan ningún perjuicio á la salud del individuo. El tratamiento local del lupus bien empleado, sobre todo el tratamiento mixto, carece absolutamente de peligro. ¿Ocurre lo mismo con el de Koch? A esto podrá contestarse, pero dentro de algunos años. — Por otra parte, el tratamiento local del lupus, principalmente el tratamiento mixto, aplicándolo bien y empleándolo con bastante energía y cuidado, produce en un período de tiempo relativamente corto muy satisfactorios resultados.

«De todos modos, que el tratamiento de Koch no cure el lupus, ó que deba ser colocado ulteriormente entre los medios terapéuticos más eficaces para combatir esta afección (pues no creemos que llegue nunca á anular completamente los métodos empleados hasta la fecha, como el mismo Koch lo hace notar tan justa y científicamente en su notable comunicación acerca el tratamiento de la tuberculosis en general), no por esto deja de ser cierto que la acción electiva especial, inflamatoria, que este agente ejerce sobre la afección es de las más notables, y puede en ciertos casos (si esta acción electiva es constante, lo que se demostrará con el tiempo) ser de utilidad desde el punto de vista diagnóstico.

«En fin, cabe esperar que el método de Koch sea colocado algún día entre los métodos más activos de tratamiento del lupus.

«Las consideraciones precedentes son enteramente aplicables al valor comparativo del método de Koch y de los métodos locales en uso en nuestras clínicas dermatológicas, en el tratamiento de los gomas escrófulo-tuberculosos de la piel.

«Recibid, querido maestro, el testimonio de mi respetuosa consideración.

»PROFESOR H. LELOIR.

»Lila, 4 de Diciembre de 1890.»

Que nuestra prudencia ha sido fundada, lo demuestran plenamente las investigaciones que sobre la acción de la linfa de Koch se han hecho en París, Lyón, Lila, Viena, Londres, Copenhague, etc., en Bonn y por último, en Berlín.

Hoy día podemos afirmar de la linfa de Koch lo que hemos dicho respecto de la erisipela y de las erisipelatoides. La inyección hipodérmica de tuberculina de Koch produce al cabo de algunas horas una acción local en el foco escrófulo-tuberculoso, acción que, desde el punto de vista experimental, es excesivamente marcada. Resulta de esta acción, como lo han bien demostrado Vidal, Besnier, Hallopeau, Thibierge, etc., una reducción temporal de masa, una atenuación momentánea del proceso tuberculoso tegumentario, que se acentúan sobre todo en el lupus exedens.

«En ningún caso, dice Besnier, es suficiente para producir una verdadera curación, y el resultado que se obtiene es siempre inferior al que dan los distintos medios de tratamiento de que se dispone en la actualidad, y en algunos casos la proliferación tuberculosa, en vez de reducirse, sufre por el contrario un acrecentamiento manifiesto.»

Desgraciadamente, en todos los casos sin excepción, por débil que sea la dosis de toxina inyectada, no se obtiene la acción sin que se produzca fiebre efímera, pero cuya intensidad no es posible prever, la cual, hasta en las pequeñas dosis y también después de la primera inyección, puede causar la muerte (1).

Expone también á los enfermos á accidentes graves respecto del cerebro, corazón, riñones, etc., y puede hacer entrar en actividad á focos tuberculosos hasta entonces latentes y que hubieran podido continuar del mismo modo á no practicarse la inyección. Con mucha frecuencia y por largo tiempo trastorna la salud del individuo, determinándole una anemia especial con astenia, trastornos digestivos y de nutrición que tienen bastante analogía con los que se observan después de una gripe grave.

Así es que Besnier no tuvo reparo en escribir en 1891: «Después de haber sometido el método de Koch á una experiencia metódica y desprovista de todo prejuicio de escuela ó idea preconcebida, hemos renunciado á emplearlo á causa de su insuficiencia y de sus peligros.»

D. — *Tratamiento por la cantaridina.* — Hace cuatro años aproximadamente que Liebreicht propuso un nuevo método de tratamiento del lupus por medio de la cantaridina. Este método, que empleaba igualmente para la tuberculosis pulmonar, hace ya mucho tiempo que está en desuso, pues la cantaridina, por lo que respecta al lupus, no ha dado hasta el presente ningún resultado favorable.

Como lo ha demostrado Köbner (2), Liebreicht no ha conseguido

(1) JAHRISCH — *Wien. klin. Wochenschrift*, 1890.

(2) KÖBNER. — *Berliner klin. Wochenschrift*, 1895.

hasta la fecha ningún caso de curación con el empleo de la cantaridina.

En cambio, como podía ya preverse, la introducción de la cantaridina en la economía ha producido en muchos casos accidentes graves.

IV

Tratamiento local

El verdadero tratamiento del lupus es el local, que tiende á perfeccionarse cada vez más y á adquirir de día en día mayor importancia en el tratamiento de la escrófulo-tuberculosis tegumentaria. No sucedía lo mismo á mediados del siglo pasado, pues entonces el tratamiento casi exclusivamente empleado era el tratamiento interno.

Este tratamiento, que los dermatólogos de las diferentes escuelas no han cesado de perfeccionar en estos últimos tiempos, varía naturalmente según la forma, variedad, asiento, localización, etc., etc., de la escrófulo-tuberculosis tegumentaria (lupus); con la edad del individuo, el estado de su salud general, las complicaciones de esta escrófulo-tuberculosis tegumentaria, y también según la energía del enfermo, el deseo que tenga de curar rápidamente y de sacrificar á veces la estética dudosa á la rapidez y solidez de su curación.

Como veremos, hay motivos para preferir uno á otro tratamiento, pero de ningún modo para adoptar exclusivamente uno prescindiendo de todos los demás, conforme lo ha hecho observar muy bien Besnier.

El tratamiento local se divide en:

- 1.º *Tratamiento quirúrgico propiamente dicho;*
- 2.º *Tratamiento local medicamentoso;*
- 3.º *Tratamiento mixto*, es decir á la vez quirúrgico y medicamentoso, sea que el tratamiento medicamentoso preceda al tratamiento quirúrgico, sea que le suceda, sea, en fin, que las dos formas de tratamiento se empleen más ó menos simultáneamente. Nos adelantamos á indicar que en la mayoría de los casos damos mucho más la preferencia al tratamiento mixto.

La mayor parte de los métodos que aconsejamos que se empleen en el tratamiento local del lupus son muy dolorosos y muchas veces de larga duración.

Diremos, pues, algo sobre la *anestesia* previa. Por regla general, cuando nos servimos de la cucharilla, del escarificador, del termo ó del

galvanocauterio, preferimos atacar los tejidos cuyo aspecto y consistencia no sufren ninguna modificación por los agentes que determinan la anestesia local por congelación.

He ahí por qué, salvo en ciertos casos particulares (lupus de los miembros ó del tronco), hemos abandonado completamente, desde hace varios años, el uso del hielo, de las pulverizaciones de éter y del cloruro de metilo (*Stypage*). Por esto también nos limitamos (después de desprender, si fuere necesario, las escamas y las costras por medio de *cataplasmas*, *pulverizaciones*, y muchas veces con *vaselina biclorurada* ó *boricada*), á procurar cierto grado de anestesia local por medio de una solución de *cocaína* aplicada con un pincel ó con torundas, y tomando las mayores precauciones á fin de evitar el menor peligro de intoxicación.

Empleamos ordinariamente una de las soluciones siguientes:

Clorhidrato de cocaína.. . . .	1 gramo
Agua destilada de laurel-cerezo.. . . .	20 —

Disuélvase

ó bien

Clorhidrato de cocaína.. . . .	2 gramos
Acido fénico.	0 gr. 50
Agua destilada de laurel-cerezo.	20 gramos

Disuélvase.

Además, nuestros enfermos, casi siempre hasta los niños, se someten con bastante facilidad á la operación que les practicamos, de modo que no es necesaria la intervención de ayudantes para esta sombra de anestesia local. En los casos de lupus extenso, ó de múltiples placas, que deban operarse en un mismo día, ó que por su localización conviertan en delicado el acto operatorio, ó por último, en los individuos demasiado pusilánimes, no vacilamos en practicar la *cloroformización*. En efecto, el raspado es generalmente al que damos la preferencia (raspado seguido de aplicaciones cáusticas) y creemos que es muy ventajoso para el enfermo destruir de una vez y en el mismo día la placa de lupus que se quiere atacar.

A. — TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Este tratamiento se divide también en cinco métodos principales:

- 1.º Ablación del lupus;
- 2.º Raspado;

- 3.º Escarificaciones;
- 4.º Cauterizaciones ígneas;
- 5.º Electrolisis.

1.º Ablación del lupus

Algunos cirujanos han tenido la idea de extirpar con el bisturí toda la región invadida por el lupus. Se han dado casos, sin embargo, conforme lo demostró Aubert de Lyon en 1883 (1) y hemos visto de ellos algunos ejemplos, en que los operadores, aún rebasando en superficie y en profundidad los límites del infiltrado, no han podido precaverse contra la repululación y la recidiva.

2.º Raspado

Este método es el que merece toda nuestra preferencia, con la condición de que sea bien practicado. Añadiremos también, que no empleamos nunca sólo el procedimiento de Volkmann, pues siempre aplicamos después medicamentos cáusticos, como veremos muy pronto al describir nuestro método de tratamiento mixto.

3.º Escarificaciones

Éstas, empleadas primeramente por Balmano-Squire después del raspado, fueron sobre todo vulgarizadas por E. Vidal, quien modificó completamente su técnica, y puede considerarse como el verdadero creador del tratamiento del lupus por el solo método de las escarificaciones cruentas, tal como lo formuló.

No hay para qué insistir extensamente en la técnica de este método, que ha sido admirablemente expuesto por E. Vidal en una serie de trabajos de la mayor importancia. Produce resultados satisfactorios, sobre todo cuando se la emplea en el tratamiento del lupus vorax, cuyo proceso de extensión puede detener en pocas sesiones.

No debemos olvidar, sin embargo, que, para obtener la curación de una placa de lupus, con el método de las escarificaciones de E. Vidal y Balmano-Squire, se necesitan muchas sesiones de escarificaciones. Ahora bien, cada una de estas sesiones es muy dolorosa para el enfermo, determinando una hemorragia de alguna consideración y, por más que la cicatrización de las heridas de escarificación se verifique rápidamente (en

(1) AUBERT.—*Annales de dermatologie*, 1883, pág. 126.

unos cinco ó seis días), hemos observado que la efusión de la sangre y el dolor hacía que muchos enfermos abandonaran este método, sobre todo los de los hospitales.

Además, y éste es el principal inconveniente que ofrece, no obra con bastante rapidez, de modo que, en un período de tiempo mucho más corto, se puede conseguir una curación mucho más completa de la placa lúpusa, empleando un método mixto.

Por último, no evita más que los otros métodos el peligro de las recidivas, antes al contrario, nos parece que quedan un tanto más resguardados los enfermos por el método mixto bien empleado.

4.º Cauterizaciones

A.—*Cauterización en masa.* — La cauterización en masa por medio del hierro candente ó del termocauterio, puede ser empleada en algunos casos para quitar lo más saliente de ciertas formas de lupus prominentes é hipertróficos.

Por regla general, apenas empleamos este procedimiento, por más que sea el método preferido por sabios y hábiles dermatólogos lioneses, como Aubert, Horand, Cordier, etc. En todo caso, lo rechazamos absolutamente para el lupus de la cara, en donde produce destrozos demasiado importantes, empleándolo solamente en algunos casos de lupus de localización distinta de la cara. A veces empleamos la cauterización simultáneamente con la cucharilla, comenzando por la primera, quitando luego, por medio del raspado, los tejidos carbonizados, y cauterizando después otra vez cuando vuelve á comenzar el derrame sanguíneo.

B.—*Cauterizaciones intersticiales fragmentadas.* — La cauterización intersticial fragmentada por medio de las puntas finas y cónicas del termocauterio, ó con el excelente galvanocauterio de E. Besnier, constituye un método muy recomendable.

Con las puntas finas del termocauterio, ó con las ingeniosas puntas del galvanocauterio de Besnier, pueden lograrse, como lo ha demostrado muchas veces este sabio dermatólogo, buenas curaciones que dejan cicatrices blandas y lisas. De todos modos, así en nuestra clínica como en la de los demás, hemos observado en gran número de casos en que las cicatrices resultantes de las cauterizaciones fragmentadas, punteadas ó lineales, eran prominentes y de tendencia queloide.

Para obviar este inconveniente, conviene alternar, en algunos casos,

como lo ha recomendado Brocq, las galvanocauterizaciones intersticiales fragmentadas con las escarificaciones lineares.

El galvanocauterio de Besnier constituye evidentemente el instrumento más perfeccionado. Además, las cauterizaciones con el galvanocauterio tienen la gran ventaja de que, con los ganchos, se puede obrar sobre diversos puntos, y de no producir tanta irradiación de calórico como las puntas finas del termocauterio.

A pesar de esto, el termocauterio constituye quizás aún el instrumento más práctico y en todo caso el más portátil para la inmensa mayoría de los médicos, y en cuanto á nosotros, hemos conseguido con las puntas finas del termocauterio resultados tan satisfactorios como con el galvanocauterio.

La experiencia, no obstante, nos ha inducido á limitar el tratamiento del lupus por el termocauterio ó las puntas finas del galvanocauterio á ciertos casos particulares. Por regla general, rechazamos su empleo en el tratamiento del lupus de infiltración difusa, fungosa, congestiva, hipertrófica. En estos casos, preferimos mucho más destruir el lupoma con la cucharilla y las aplicaciones ulteriores de los cáusticos (tratamiento mixto). Las puntas finas del galvanocauterio son igualmente apenas aplicables, á causa de la duración del tratamiento, cuando han de tratarse extensas placas de lupus.

Al contrario, la punta fina del termocauterio, y sobre todo las puntas finas, largas y aisladas del galvanocauterio de Besnier, son frecuentemente empleadas en nuestra clínica, cuando se quieren destruir tubérculos luposos de pequeño volumen, aislados y rodeados de un tejido denso ó esclerosado que la cucharilla corta con dificultad.

Recurrimos constantemente á este procedimiento, para atacar ó destruir las recidivas de lupus que se presentan en las cicatrices en forma de tubérculos miliares aislados. En este último caso, no es de regla que se obtengan mejores resultados que con la destrucción por medio de la punta larga única del galvanocauterio de Besnier.

5.º Electrolisis

A pesar de los resultados señalados por Gartner, Lutsgarten, Hardaway, etc., el tratamiento del lupus por la electrolisis apenas puede aplicarse más que á los infiltrados luposos excesivamente limitados. A nosotros no nos ha producido nunca este método en el tratamiento del lupus resultados satisfactorios y hemos debido abandonarle completamente.

Útil nos fué, sin embargo, en un caso de lupus muy limitado de la conjuntiva palpebral y bulbar, y nos prestó también buenos servicios para mejorar las cicatrices consecutivas á la curación del lupus.

B.—TRATAMIENTO LOCAL MEDICAMENTOSO

1.º Tratamiento local medicamentoso que obra sin producir la necrosis ulcerosa del lupoma

En general, este tratamiento tiene por base los preparados *saturninos*, *mercuriales*, *yódicos*, las soluciones de *percloruro de hierro*, *sosa*, *potasa*, etc., la *resorcina*, *ictiol*, *yodoformo*, las soluciones ó pomadas á base de *ácido crisofánico*, *pirogálico*, *salicílico*, el *emplasto de Vigo* con *Hg*, y el *emplasto rojo al cinabrio* y al *minio* de E. Vidal, etc.

Ninguno de estos tratamientos produce buenos resultados, pues determinan una muy ligera irritación, al mismo tiempo que una especie de maceración local, y empleados á dosis no cáusticas no curan y la mejoría que producen (si es que la producen) es muy efímera.

Exceptuaremos de lo dicho, sin embargo, las soluciones de *bicloruro de mercurio*, las cuales, aplicadas en compresas frecuentemente renovadas, pueden, según Doutrelepont, llegar á curar el lupus. Empleado solo, no nos ha dado este tratamiento curaciones completas. En cambio, el bicloruro de mercurio es un buen coadyuvante en el tratamiento del lupus atacado por las canterizaciones, la cucharilla, y principalmente por el método mixto.

De todos modos no hay que abusar de las preparaciones mercuriales, sobre todo cuando se aplican á superficies lúpicas extensas, puesto que podrían ser la causa de estomatitis mercuriales graves.

En algunos casos, hemos curado completamente el lupus empleando el *ictiol* puro ó simultáneamente con el *ácido salicílico* en pomada á dosis concentrada; pero estos casos son tan raros que no nos atreveríamos á recomendar el ictiol sino como un buen coadyuvante en el tratamiento de ciertas variedades de lupus.

Brooke de Manchester ha indicado el tratamiento siguiente:

Hydrargyri oleatis 2 1/2 á 5 por 100.	30 gramos
Acid. salicilic.	0 gr. 20 á 1 gr.
Ichthyolis.	0 gr. 5
Ol. lavandulæ vel citronellæ.	c. s.

Disuélvase.

Frótese mañana y tarde la región afecta unos diez minutos. Cubrir la parte enferma con una capa de esta solución, espolvoreando después con un polvo inerte (talco).

Lo mismo que los tratamientos medicamentosos precedentes, este tratamiento parece que, en ciertos casos, detiene algo la evolución del lupoma; pero que, como ellos, no llega á curarlo de un modo absoluto. Nos ha servido, sin embargo, en la terapéutica de las elefantiasis escrófulo-tuberculosas, empleado en aplicaciones simultáneamente con el masaje y la venda elástica.

Hemos ensayado también de aplicar al lupus el método aconsejado por algunos cirujanos vieneses en el tratamiento de las artritis tuberculosas y otras tuberculosis locales, y así hemos aplicado en la superficie de las úlceras luposas y gomas escrófulo-tuberculosos ulcerados compresas empadas de la solución siguiente:

Ácido fosfórico..	20 gramos
Fosfato de cal.	40 —
Agua destilada..	300 —

Disuélvase.

Estas compresas eran renovadas de tres á seis veces cada día y recubiertas de gutapercha laminada.

La acción de este tratamiento sobre el lupus nos ha parecido ser muy problemática.

2.º Tratamiento local medicamentoso dirigido á destruir el lupoma por la ulceración del mismo

A.—INYECCIONES INTERSTICIALES.—La idea de introducir en el lupoma agentes capaces de destruirlo, y añadiremos de esterilizarlo en una forma ú otra, es muy seductora á primera vista, y así es que desde Dubini, de Milán, se han hecho ensayos de este género por Ernesto Veiel, Lailler, Besnier, Auspitz, Campana y sobre todo por Eduardo Schiff, quien propuso introducir en los tejidos luposos, con la aguja de inyecciones hipodérmicas, *glicerina yódica* al 1 por 20.

Nuestros ensayos para curar el lupus han consistido en inyectar en los lupomas diferentes sustancias, especialmente soluciones de *bicloruro de mercurio*, *yódicas*, de *ácido pirogálico*, de *ictiol*, preparados en que entre el *yodoformo*, etc. Hasta la fecha, tanto nosotros como los autores precitados, no hemos obtenido resultados bastante satisfactorios para que

nos atrevamos á aconsejar la vulgarización de este método. El fracaso depende, á nuestro entender, de que los agentes inyectados no se difunden suficientemente para destruir el neoplasma lupo, y, al contrario, muchas veces llevan su acción destructiva, no tanto sobre el lupus como sobre los tejidos circundantes.

Habiéndonos comunicado Wyns de Valenciennes que había curado un lupus tuberculoso inyectando en la periferia de los nódulos luposos *carbonato de plomo* en suspensión en el *aceite de vaselina*, en la proporción de 1 por 30, hemos ensayado este procedimiento en algunos luposos de nuestra clínica.

Obrando de este modo, obtuvimos, en algunos casos, una especie de atrofia con tendencia á la regresión y á la esclerosis de cierto número de nódulos luposos.

Este método es muy lento, su acción es muy limitada y exige en todo caso nuevas investigaciones.

En cuanto á las inyecciones intersticiales de una solución de *cloruro de zinc* al 1 por 10, indicadas por Lannelongue en el tratamiento de la tuberculosis articular, no nos han dado en el lupus los resultados que esperábamos.

B. — *Aplicación de los medicamentos que producen la destrucción por ulceración del lupoma.*— Este método, que gozaba de gran predicamento algunos años atrás, ha sido abandonado en parte por los nuevos métodos quirúrgicos (raspados, escarificaciones, cauterizaciones ígneas ó galvánicas). La reacción ha sido ciertamente exagerada. Pero creemos que esto se debe principalmente á que los cáusticos medicamentosos han sido empleados muchas veces de una manera incompleta y sobre todo á que no se han apreciado suficientemente los excelentes resultados que podrían dar combinando bien su uso con los métodos quirúrgicos, en especial con el raspado.

Los medicamentos que se usan en forma de pomadas ó de emplastos son en gran número.

En este sentido se han empleado y se emplean todavía los *cáusticos arsenicales* (pastas del hermano Côme ó de Rousselot, pasta arsenical de Hebra), el *cloruro de zinc*, la *potasa acústica*, los *ácidos fénico, acético, clorhídrico, crómico, láctico, crisofánico, pirogálico*, la *creosota*, el *aceite de anilina*, la *resorcina*, el *bálsamo del Perú*, el *permanganato de potasa*, el *percloruro de hierro*, el *aceite de nuez de caoba*, las *sales de mercurio*, los *yoduros mercuriales*, el *yoduro de azufre*, el *nitrate de plata*, la *tintura de yodo*, etc. Gran parte de estos diferentes tratamientos hemos debido abandonarlos, ya porque su acción nos ha parecido

insuficiente ó demasiado precaria, ya, por el contrario, porque, como la potasa cáustica, dejan cicatrices de mal aspecto y á menudo queloides; ya, por último, por dar lugar, lo mismo que las sales arsenicales, á fenómenos de intoxicación.

Mejores resultados esperábamos de la aplicación en la superficie de los focos luposos descostrados, de soluciones ó pomadas á base de *hemapirocatequina*, substancia sacada del hollín de madera, que no los había producido bastante satisfactorios, especialmente en el tratamiento de la pelada; pero por lo que toca al lupus vulgar, los efectos obtenidos no son todavía convincentes para poder formar juicio exacto sobre el valor de este medicamento.

Por el contrario, el *ácido salicílico* creemos que merece ser conservado, si bien debemos indicar, en contra de la opinión de Unna, que no hemos visto nunca que el ácido salicílico por sí solo produjese la curación del lupus.

El ácido salicílico resulta ser un excelente agente, pero que obra principalmente dejando al descubierto los lupomas. El descostramiento debe procurarse desde el comienzo del tratamiento. Insistiremos sobre este punto al hablar del tratamiento mixto.

Peró si se desea obtener una curación duradera, después del descostramiento, es menester emplear agentes más enérgicos, y entre ellos colocamos en primer lugar el *ácido láctico*, felizmente introducido por Doyen de Reims en la terapéutica; las pomadas á base de *yodhidrargirato de potasa*, cuya verdadera utilidad ha sido bien demostrada por nuestro maestro Lailler, y que es de extrañar que hayan caído en desuso en la actualidad; y el *ácido pirogálico*, cuyo empleo, aconsejado primero por Jahrisch y después por Schwimmer, produce en el tratamiento del lupus resultados bastante satisfactorios.

El *cloruro de zinc*, que Lailler empleaba hace mucho tiempo con el mayor éxito en el tratamiento de las fistulas consecutivas á los gomas escrófulo-tuberculosos en forma de *pasta de Canquoin* aplicada en estado delicnescente, obra muy enérgicamente sobre todos los infiltrados escrófulo-tuberculosos descostrados, servicio que muchas veces hemos aprovechado.

El lápiz de *nitrate de plata*, justamente preconizado por Kaposi, ha caído de algún tiempo á esta parte sin verdadero motivo en completo desuso.

Por último, aunque en segundo lugar y sobre todo como coadyuvantes, disponemos de las sales de mercurio, especialmente el *bicloruro* y el *biyoduro de mercurio*, pero su empleo es difícil por las estomatitis que pueden determinar.

La *resorcina* mezclada en partes iguales con vaselina (Bertarelli Ambrogio), debe considerarse como un buen coadyuvante, pero tan sólo cuando todo el neoplasma lúpico parece destruido algunos días después de la aplicación de los primeros agentes cáusticos y destructivos.

Nosotros preferimos mucho más la *resorcina alcanforada*, el *naftol alcanforado* y el *éter yodofórmico*.

No podemos detenernos en los detalles de aplicación de estos distintos medicamentos, pues las dosis y manera de emplearse varían mucho según los casos. En realidad, no hay un tratamiento especial del lupus, sino diversos tratamientos de los luposos, que difieren con cada enfermo y en cada enfermo. Pero insistiremos sobre el hecho de que la mayoría de los medicamentos destructivos precedentes solamente obran de un modo eficaz en el caso de que la epidermis haya sido descostrada, ó sea cuando el foco lúpico ha sido puesto al descubierto.

Hay más todavía: para que puedan emplearse de un modo razonable, y se obtenga de ellos el mayor provecho desde el punto de vista de la destrucción de los lupomas, y los mejores efectos hasta lograr una perfecta cicatriz, creemos que es necesario quitar lo más saliente del tejido patológico lúpico, y además que sea posible hacerse cargo de una manera aproximada de lo que queda de los focos luposos en las anfractuosidades y en las cavernas de la piel, para que puedan aplicarse los medicamentos cáusticos, adaptados y en proporción con el estado de la piel, luego de quitado lo más saliente del neoplasma.

Esta es la razón porque rechazamos en absoluto el empleo único é inmediato de los cáusticos, sin que le preceda una operación que quite la mayor cantidad posible de tejido patológico; y éste es el motivo también de que la descostración, hágase con el ácido salicílico ó de cualquier otra manera, nos parece insuficiente para poder autorizar la aplicación inmediatamente consecutiva de los cáusticos. Las consideraciones precedentes nos han hecho adoptar el método mixto que vamos ahora á estudiar.

V

Tratamiento mixto

El tratamiento mixto constituye, á nuestro entender, la base del tratamiento del lupus vulgar. He aquí el método que seguimos, del que nos permitimos exponer sus detalles, pues desde hace muchos años nos ha producido magníficos resultados, en términos que si no temiéramos ser

tachados de parcialidad, nos atreveríamos á decir que lo consideramos superior á todos los demás métodos.

Con verdadera satisfacción hemos escuchado los grandes elogios que de los resultados de nuestro tratamiento mixto, así en la clínica del hospital como en nuestra consulta privada (tratamiento que no nos atrevíamos á aplicar en un principio sin cierta aprensión), han hecho los numerosos médicos franceses y del extranjero que nos honraron visitando nuestra clínica del hospital Saint-Sauveur, y nuestros alumnos y enfermos.

Así es que, sólo después de haber comprobado durante diez años los efectos de este tratamiento, que empleábamos en un principio — lo confesamos sinceramente — con cierta vacilación, nos hemos decidido á publicar los resultados y método general del tratamiento que desde el año 1884 hemos aplicado en las clínicas del hospital Saint-Sauveur (1).

En 1891, presentamos al Congreso de la tuberculosis un álbum que contenía gran número de fotografías representando los resultados obtenidos por este tratamiento (fotografías de los enfermos antes de comenzar el tratamiento, y otras después del tratamiento) en unos 150 casos aproximadamente de lupus vulgar.

Los numerosos médicos que han hojeado este álbum, han reconocido la excelencia de los resultados obtenidos, tanto por la rapidez y solidez de la curación, como por el buen aspecto de la cicatriz.

En diez años de seguir este procedimiento contamos más de 250 casos de lupus tratados por nuestro método mixto.

Añadiremos también que para que de este tratamiento se logre todo lo que puede y debe dar, es decir, para que sus resultados sean rápidos y seguros, es necesario que se aplique de un modo enérgico y metódico. Para saberlo aplicar, se requiere haber seguido la historia clínica de muchos enfermos durante todo el tratamiento, pues un tratamiento defectuoso y mal reglamentado producirá fatalmente resultados incompletos. De él puede muy bien repetirse lo que tan acertadamente exponen Besnier y Doyon: «El médico que quiere aprender á tratar el lupus, ha de visitar con asiduidad todas las clínicas en donde se traten esta clase de enfermos, no como generalmente se hace, pasando la visita ó viendo solamente operar, sino que es necesario interrogar á los enfermos, recoger los datos suficientes, así como sus antecedentes, no juzgando nunca por la simple explicación del profesor, ni por lo que dicen los libros.»

No se crea, sin embargo, que consideremos este método perfecto, antes al contrario, creemos que su principal ventaja estriba en no ser exclusivo y admitir un continuo perfeccionamiento. Su principal mérito

(1) LÉLOIR. — *Bullet. méd.*, 1891, y *Journ. des malad. cutanées et syphilitiques*, 1891.

consiste en la idea general que lo domina, y por la cual nos hemos guiado siempre en los incesantes y numerosos ensayos que hemos emprendido para perfeccionar la terapéutica del lupus.

Indicamos anteriormente algunas de las razones que nos han hecho adoptar este método. Una de las que, á nuestro entender, tiene mayor importancia, es la de que esta forma de tratamiento, en comparación de las demás, nos parece mucho más rápida y además — podemos añadir — no ofrece ningún peligro. Ahora bien, no es indiferente ir aprisa cuando se trata del lupus. De una parte, porque cuanto más aprisa se va tanto más disminuyen las probabilidades de infección procedente del foco lúpico.

Por otra parte, porque en la práctica del hospital sobre todo, es importante evitar á la numerosa clase obrera un tratamiento largo y fastidioso, cosa que conviene también en la práctica privada.

No se me objete que con este tratamiento enérgico obligamos en la práctica del hospital á los enfermos á hospitalizarse. Nosotros creemos que los lúpicos deben hospitalizarse, si es posible, durante los quince primeros días del tratamiento. Es necesario verles todos los días y que las curas sean hechas por manos expertas.

Este es el único modo de conseguir una curación estable y una cicatriz regular. Por lo demás, si los enfermos no pudiesen ó no quisieran ingresar en el hospital, se les puede hacer venir todos los días á la policlínica del mismo. Respecto de la práctica privada, somos de opinión que, para emplear bien el método mixto enérgico, se han de ver también los enfermos diariamente durante los diez primeros días de tratamiento, en su casa ó en el gabinete de consulta del médico.

La única objeción que puede hacerse á este método es el aspecto que presenta la cicatriz. Ahora bien, nuestras observaciones demuestran que si el tratamiento ha sido bien empleado y se ha puesto todo el cuidado en el proceso de cicatrización, las cicatrices que se obtienen son muy satisfactorias así desde el punto de vista estético como por lo que toca á la terapéutica.

El tratamiento por las escarificaciones produce, en general, mejores cicatrices, pero ya hemos señalado anteriormente los inconvenientes de este procedimiento. Por lo demás, nosotros, para que queden mejor las cicatrices, acostumbramos muchas veces á combinar las escarificaciones con el método mixto, pero las empleamos de ordinario — bueno es repetirlo — no al principio para procurar la curación del lupus, sino tardíamente, para perfeccionar la cicatriz.

En resumen, pues, nuestra principal preocupación consiste en abreviar todo lo posible la duración del tratamiento, y poner al enfermo, tam-

bién en la medida de lo posible, al abrigo de las repululaciones que con tanta frecuencia se presentan después de tratamientos menos enérgicos.

La mayoría de los enfermos piden ante todo que se les cure pronta y radicalmente, y en segundo término, que la cicatriz sea plana y de inmejorable aspecto.

Con este método mixto, más rápido y seguro que los demás, puede satisfacerse el primero de sus deseos, esto es, la rapidez y la solidez de la curación; y bien dirigido además puede lograrse una cicatriz tan hermosa como la que hubiera podido obtenerse con la cauterización fragmentada del lupus por medio del termocauterio ó del galvanocauterio.

Como ha dicho hace poco Dubois-Havenith, «es preferible una cicatriz á una curación que se promete siempre y nunca llega.»

Hemos visto con satisfacción que Dubois-Havenith, á quien mostramos en nuestra clínica, en 1887, el nuevo método de tratamiento, (1) ha adoptado ulteriormente un método semejante en su trabajo sobre el lupus.

Con no menor complacencia vimos seguir en 1894 un método análogo en la clínica de Tenneson del hospital Saint-Louis.

Véase cómo ordinariamente procedemos:

Cuando se trata de un lupus cubierto de costras, procuramos su desprendimiento y caída con *cataplasmas*, *pulverizaciones* y *lociones antisépticas*, ó simplemente por medio de unturas de *vaselina boricada* ó *biclorurada*. Si es un lupus *non exedens*, de tubérculos confluentes, acostumbramos casi siempre á descostrar la placa luposa aplicando en su superficie una *pasta* ó un *emplasto salicilado* activos.

El *emplasto salicilado y creosotado* de Unna y Beiersdorf es una buena preparación salicilada para el descostramiento, la cual empleamos frecuentemente. Muchas veces nos servimos también de las siguientes preparaciones:

Cera blanca.	} aa.	30 partes
Manteca de cacao.		

Hágase fundir y añádase á la masa cuando esté enfriada:

Creosota de haya.	} aa.	30 partes
Ácido salicílico.		

M. s. a.

ó bien:

Resina de Dammar blanca.	} aa.	30 partes
Cera blanca.		

Hágase fundir toda esa masa y añádase cuando esté enfriada:

Creosota de haya.	40 partes
Ácido salicílico.	20 —

M. s. a.

(1) LELOIR.—El tratamiento del lupus, *Bulletin médical*, 7 Enero de 1891.

ó también:

Acido salicilico porfirizado.. . . .	20 partes
Oxido de zinc.	10 —
Creosota de haya.	30 —

Mézclese separadamente en una cápsula.

Mézclese aparte en otra cápsula:

Agua.. . . .	30 partes
Gelatina pura.	10 —

y cuando el agua y la gelatina estén bien mezcladas se añadirá:

Glicerina.	30 partes
--------------------	-----------

calentando después al baño maría á 45° el agua, la gelatina y la glicerina.

Se vierte en seguida en un mortero, y se mezcla bien el contenido de las dos cápsulas precedentes en el mortero ligeramente calentado.

ó también:

Emplasto diaquilón.	20 partes
Acido salicilico porfirizado.	3 —
Resorcina.. . . .	2 —
Creosota de haya.	2 —
Aceite blanco.	20 —

Dilúyanse el ácido salicílico y la resorcina en el aceite, y añádase la mezcla al emplasto derretido y casi frío.

Por último, incorpórese la creosota y viértase en seguida en el esparadrapero.

Merced á la influencia de estos agentes, con veinticuatro horas de estar aplicados se obtiene un descostramiento suficiente.

Así en uno como en otro caso, después de haber procurado anestesiar todo lo posible las partes enfermas con una solución de *cocatina*, luego también de haber *cloroformizado* al enfermo, en los casos excepcionales en que sea esto necesario, quitamos con la *cucharilla* la mayor cantidad posible de tejido lupo, haciendo practicar por los ayudantes una hemostasia esmerada por medio de torundas de algodón hidrófilo antiséptico (1). Debemos añadir que en una sola sesión destruimos siempre la placa lupsa que tratamos, y en el caso de que el enfermo presente varias placas de lupus, nos esforzamos en destruirlas en lo posible durante la misma sesión. Frecuentemente, llegamos á cauterizar con el *termocauterio* los puntos más fungosos y sanguinolentos. Acto seguido comenzamos una segunda y minuciosa sesión de raspado con una cucharilla más pequeña, procurando

(1) Muchas veces nos limitamos á descostrar la superficie de la placa lupsa antes de rasparla con la cucharilla, cauterizándola rápidamente con el cuchillo del termocauterio.

Este es un método rápido y excelente que no nos cansaremos de recomendar, prefiriéndole muchas veces, en nuestro tratamiento mixto, al descostramiento obtenido con las aplicaciones medicamentosas por ser de mucha más fácil y rápida ejecución.

quitar la mayor cantidad posible del tejido lupo que ha quedado engastado en las anfractuosidades de la piel. Después, para detener el derrame sanguíneo, hacemos aplicar sobre la parte que sangra torundas de algodón hidrófilo empapadas de *éter yodofórmico*, tan felizmente introducidas en la práctica quirúrgica por Verneuil.

Cuando se raspa de buenas á primeras un lupus escleroso, se nota la dificultad con que la cucharilla corta y quita el tejido patológico. Pero si se ha tenido cuidado, como aconsejamos, de galvanocauterizar previamente una parte del lupus con la punta del galvanocauterio de Besnier ó la punta fina del termocauterio (en general los contornos de la placa para limitar el mal), en una extensión de 4 á 5 milímetros, entonces podrán quitarse fácilmente con la cucharilla, no sólo las partes cauterizadas sí que también buena porción de la placa central. No siempre es necesario, para que el resto del lupus escleroso pueda rasparse con facilidad, que se haya cauterizado toda la placa lupo.

Conviene insistir de un modo especial sobre los siguientes puntos: cuando se trata de un lupus que ha infiltrado profundamente la nariz ó los contornos de uno de los orificios naturales de la cabeza, ó la piel de la cara dorsal de los dedos de los pies y manos, y también las manos y los pies, manejamos la cucharilla y el termocauterio con las mayores precauciones para no quitar toda la región afecta (la nariz por ejemplo), con algunos cortes de cucharilla y ocasionar pérdidas de substancia irreparables.

En estas circunstancias, guiándonos por una práctica variable en cada caso particular y basada en el tacto quirúrgico y dermatológico, preferimos, en vez de quitar brutalmente al primer corte de cucharilla todo el infiltrado lupo, dejar una parte, variable según los casos, y atacarla lenta y progresivamente en dos ó tres sesiones, por medio de los cáusticos, que se indicarán luego, combinados con un raspado moderado.

Añadiremos que, en estos casos, principalmente si se trata de la nariz, habrá que esforzarse en destruir el infiltrado lupo lo más simétricamente posible.

No debe descuidarse nunca, además, el impedir la atresia de las ventanas de la nariz, introduciendo en ellas torundas de algodón, para dilatarlas durante el período de la cicatrización. Obrando de este modo, se logra muchas veces conservar, casi en su verdadera forma, la nariz ú otras regiones, que un raspado demasiado brutal ó una cauterización sobrado enérgica destruirían casi en su totalidad.

Observaremos, por último, que, aun retardándose y atenuándose la aplicación de nuestro tratamiento mixto, la curación que se obtiene es muchas veces todavía muy rápida y segura y la cicatriz de buen aspecto.

La cura que sigue á la aplicación del tratamiento varía mucho según los casos, el estado de infiltración de las partes afectas, la variedad del lupus, la profundidad de la infiltración y según la cantidad de tejido lupo que se crea que existe todavía en la piel. Cuando el lupus es blando, fungoso ó si con la operación precedente creemos haber quitado casi todo el tejido lupo, nos limitamos á curar dos veces al día las úlceras con compresas empapadas de la siguiente solución:

Bicloruro de mercurio.	1 gramo
Alcohol.	} aa. 250 —
Glicerina.	
Agua destilada.	
	500 —

M. s. a.

En otros casos, preferimos servirnos de las pomadas á base de *bicloruro de mercurio*, cuyas dosis variamos según los casos. Pero estas preparaciones á base de bicloruro tienen un gran inconveniente, sobre todo, cuando se aplican á superficies de alguna extensión, y es la producción de la estomatitis mercurial.

Por otra parte, hemos casi renunciado á las preparaciones bicloruradas en el tratamiento del lupus de la cara, porque determinan con mucha frecuencia edema intenso de los párpados, sobre todo cuando no se han tomado suficientes precauciones en su aplicación, por medio de torundas de algodón muy minuciosamente aplicadas; así es que nos reservamos emplearlas casi exclusivamente en el lupus del tronco y de los miembros.

Además, cualquiera que sea el tratamiento empleado para combatir el lupus, practicamos antes de cada cura diaria ó de dos días, una pulverización durante un cuarto de hora con la solución de bicloruro de mercurio, cuya fórmula hemos indicado anteriormente.

Algunos individuos, sin embargo, toleran mal las preparaciones bicloruradas, y también las pulverizaciones de la solución de bicloruro indicada anteriormente, produciéndoles brotes eczematiformes que, inoculados por los agentes de la supuración, pueden á su vez determinar la aparición de exulceraciones perjudiciales para el tratamiento; en estos casos, las reemplazamos por las pulverizaciones de una solución *boricada* fuerte.

En la mayoría de los casos en que, después de la operación, queremos practicar todavía una cauterización enérgica, porque creemos que el lupoma no ha sido suficientemente destruido, lo que sucede ordinariamente, otorgamos la preferencia á las pomadas á base de *yodhidrargirato de potasa* y sobre todo de *ácido láctico*. Pero estos dos agentes, que

dan los mejores resultados cuando son bien empleados, deben aplicarse con mucho cuidado.

Sólo el médico de cabecera y el dermatólogo experimentado podrán hacer uso de estos medicamentos, pues el menor defecto en la técnica determinaría como consecuencia la producción de escaras profundas y la destrucción de los tejidos sanos circundantes. Nosotros procedemos generalmente como sigue:

Si empleamos la pomada á base de yodhidrargirato de potasa, cubrimos los puntos que queremos cauterizar con pequeñas capas finas de algodón untadas de una pomada á base de yodhidrargirato, cuya dosis varía según los casos, haciendo renovar la cura dos veces al día durante dos, tres, cuatro y hasta cinco días.

Cuando, por el contrario, y es lo común, nos servimos del ácido láctico, aplicamos igualmente sobre las partes que vamos á cauterizar capas muy finas de algodón hidrófilo empapadas de:

Glicerina.	6 gramos
Acido láctico.	4 —

M. s. a.

dejando aplicada esta cura de dos á siete horas por día, según los casos, renovándola en esta forma, durante cada uno, dos ó tres días también según los casos. En el intervalo de las curas, aplicamos sobre la herida torundas de algodón hidrófilo empapadas de:

Naftol.	} aa. partes iguales
Alcanfor.	

M. s. a.

ó:

Resorcina.	1 gramo
Alcanfor.	2 —

M. s. a.

Antes de cada cura se *pulverizará* la herida con la solución de *bicloruro de mercurio*, limpiándola cuidadosamente por medio de torundas de algodón empapadas de esta solución y tocando su fondo y los bordes con un pincel empapado de *éter yodofórmico*. Aconsejamos también que se quite y desinfecte con el mayor cuidado la epidermis macerada del contorno de la herida.

En algunos casos sustituimos el yodhidrargirato de potasa y el ácido láctico por cauterizaciones hechas con un pincel empapado de *cloruro de zinc* delicuescente, ó por la aplicación de una pomada á base de *ácido pirogálico*, que se formula:

Acido pirogálico.	1 ó 2 gramos
Talco.	1 ó 2 —
Vaselina.	20 —

M. s. a.

En la terapéutica de las escrófulo-tuberculosis cutáneas, somos muchas veces más rigurosos respecto de la cauterización de las heridas consecutivas á nuestro método habitual. Acostumbramos cauterizar repetidas veces toda la herida, aunque esté vegetando, con un pincel empapado de *cloruro de zinc*. De esta manera, restringimos la vegetación y la cicatrización demasiado prematura de la herida. Así destruimos las células de nueva formación que pueden quizás contener todavía bacilos que se libraron de la primera operación, produciéndose de este modo nuevas células que absorberán á su vez los pocos bacilos que habrán podido quedar y así sucesivamente.

En resumidas cuentas, por medio de estas cauterizaciones sucesivas creemos esterilizar cada vez más la herida, determinando la formación de células cada vez menos contaminadas de virus escrófulo-tuberculosos.

Después de aplicar los agentes anteriormente mencionados durante uno ó varios días según los casos, curamos la herida con torundas de algodón empapadas de *naftol alcanforado* ó de *resorcina alcanforada* (preferimos de ordinario la resorcina alcanforada), las que dan muy buenos resultados contra los fenómenos supurantes que se presentan siempre en este período de la enfermedad. Estas curas se renovarán dos veces al día continuándolas durante dos á cuatro días. Antes de cada cura, se practicará una pulverización, de quince minutos aproximadamente, con la solución de bicloruro de mercurio ó de ácido bórico, tocando la herida después con la solución de éter yodofórmico. Si lo creemos necesario, no vacilamos en tocar á veces los bordes de las heridas con un pequeño pincel de hilas ó de algodón empapado de cloruro de zinc delicuescente.

Mientras dura el tratamiento (y para no tener que repetirlo), se quita siempre con el mayor cuidado la epidermis macerada del contorno de la herida, pasando por encima una torunda de algodón hidrófilo empapado de éter yodofórmico.

Desde este momento, habrá que manejar con destreza el *lápiz de nitrato de plata* para destruir enérgicamente los trozos de tejido lupo que podrían haber quedado, los que se manifiestan á menudo en forma de mamelones carnosos, blandujos, amarillentos, á veces bastante voluminosos.

Cuando el nitrato de plata en algunos casos no es suficiente, empleamos sin vacilaciones el pincel ó mejor la punta fina de madera, mojada de cloruro de zinc delicuescente, ó la punta fina del termocauterio ó del galvanocauterio. Con el lápiz de nitrato de plata principalmente, puede facilitarse con regularidad la cicatrización quedando una hermosa cicatriz.

Desde el día en que suprimimos las curas de naftol alcanforado ó de resorcina alcanforada, curamos la herida, espolvoreada ó no de *yodoformo porfirizado*, con el *emplasto de Vigo con Hg*, el *emplasto hidrargítrico blando de Unna*, sea ó no *fenicado*, ó, en otros casos, con pomadas débiles á base de *bicloruro de mercurio*.

Es de advertir, sin embargo, que así los emplastos como las pomadas á base de bicloruro de mercurio, determinan á veces, en ciertos individuos, la aparición de brotes eczematosos. En estos casos, curamos el centro de la herida con yodoformo mezclado ó no con *salol*, cubriéndola después con un trozo de tarlatana sin apresto, plegada en varios dobles, embadurnada de una gruesa capa de *pasta salicilada*, cuya fórmula, tal como la prescribimos desde 1884 en el tratamiento de las diversas afecciones cutáneas, es la siguiente:

Vaselina pura.. . . .	80 gramos
Lanolina pura.	40 —
Óxido blanco de zinc.	25 —
Polvo de arroz.	30 —
Acido salicílico porfirizado.	1, 2 ó 3 —

M. s. a.

En algunos casos sustituimos el ácido salicílico por el *salol*, como en la fórmula siguiente:

Vaselina pura.. . . .	80 gramos
Lanolina pura.	40 —
Óxido blanco de zinc.	10 —
Polvo de arroz.	15 —
Salol.	20 —

M. s. a.

Por último, en vez del ácido salicílico empleamos á veces el *ácido bórico* á dosis variable ó el *dermatol*.

En algunos casos, principalmente en los individuos de piel irritable, el emplasto de Vigo con Hg puede ser ventajosamente reemplazado por el *emplasto rojo* al minio y al cinabrio de E. Vidal, ó por cualquiera de las siguientes preparaciones:

Calomelanos al vapor.	2 gramos
Manteca de cerdo benzoica fresca.	15 —
Óxido blanco de zinc.	4 —

M. s. a.

ó:

Calomelanos al vapor.	4 gramos
Óxido blanco de zinc.	5 —
Talco.	2 —
Glicerolado de almidón ó vaselina.	30 —

M. s. a.

Cuando la herida parece que rezuma demasiado, acudimos algunas veces á las pomadas á base de *ictiol*, mezcladas ó no con bicloruro de mercurio, que de ordinario la desecan rápidamente.

Frecuentemente empleamos una de las siguientes preparaciones:

Vaselina.	50 gramos
Talco.	2 —
Ictiol.	1, 2 ó 3 —

M. s. a.

ó:

Vaselina.	50 gramos
Talco.	2 —
Ictiol.	0 gr. 5 á 1 —
Bicloruro de mercurio.	0 gr. 08

M. s. a.

Otras veces curamos la herida con una pomada ó polvo á base de *aristol*, puro ó mezclado con salol, lo cual nos ha parecido que muy á menudo apresuraba la cicatrización de la herida de un modo notable. Con mucha frecuencia también usamos el *yodoformo* porfirizado, en polvo, ó en forma de pomadas, como en las siguientes preparaciones:

Vaselina.	} aa. . partes iguales.
Yodoformo porfirizado.	

M. s. a.

ó:

Yodoformo porfirizado.	30 gramos
Salol.	20 —
Vaselina pura.	50 —

M. s. a.

Por último, si la herida está descolorida, atónica, la curamos con polvos de *subcarbonato de hierro*, puro ó mezclado con *carbón* ó *salol*. Tratada de este modo, el proceso de cicatrización marcha con gran

rapidez, pudiendo afirmarse en términos generales que con seis semanas á tres meses, según los casos, á contar del día después de la operación, se obtiene la cicatrización completa de la placa lúposa.

Tal es el procedimiento que empleamos comúnmente para destruir y obtener la completa cicatrización de las placas lúposas de infiltración profunda.

En algunos casos, sin embargo, si creemos después del raspado que está suficientemente destruido el lupoma, prescindimos de los cáusticos enérgicos, dejando á un lado el ácido láctico y la pomada á base de yodhidrargirato de potasa y prescribimos en seguida la cura al naftol alcanforado y á la resorcina alcanforada, indicada anteriormente, con todas las curas y cuidados ulteriores consecutivos, comprendiendo en ellas las cauterizaciones secundarias por medio del lápiz de nitrato de plata.

Cuando los tubérculos están diseminados, aislados, pequeños, encerrados en tejido denso, esclerosos, prescindimos del raspado y destruimos los lupomas con la punta fina del termo ó del galvanocauterio de Besnier. Pero conviene, en estos casos, destruir todo el lupoma, asegurándose de que no está infiltrado irregularmente en celdas y en criptas á veces extendidas en la profundidad de la piel, celdas y criptas cuya existencia puede pasar fácilmente desapercibida en un examen superficial. Entonces el raspado con la cucharilla y también el desbridamiento deberán asociarse á la cauterización ígnea, siendo frecuentemente necesario emplear en estos puntos nuestro tratamiento mixto.

Este método puede igualmente aplicarse al tratamiento de placas lúposas muy pequeñas y aisladas. Nosotros hemos procurado siempre, después de las cauterizaciones, poner cataplasmas de fécula preparadas con la solución de bicloruro de mercurio ó de pomada á base de bicloruro de mercurio á pequeña dosis, ó nos concretamos á aplicar sobre la parte cauterizada emplasto de Vigo *con* Hg, previamente espolvoreada con yodoformo porfirizado. Una vez se hayan desprendido las escaras, curamos las heridas, conforme se indicó anteriormente, desde el momento en que aplicamos el naftol ó la resorcina alcanforada.

Las cauterizaciones con las puntas finas del galvanocauterio de Besnier son principalmente convenientes en el tratamiento de las recidivas del lupus.

VI

**Tratamiento de las complicaciones y de las
recidivas y dirección de la cicatrización**

A.—Antes de entrar en el estudio de la cicatriz debemos mencionar rápidamente ciertos accidentes que, aun no siendo esencialmente luposos, pueden, sin embargo, dificultar la curación del lupus. Hemos hablado ya del eczema y no tenemos por qué insistir más. Pero no podemos prescindir del tratamiento de los accidentes supurativos para-luposos que hemos señalado (1).

Estos accidentes, de los que no hay necesidad de volver hablar en este punto, podrán combatirse satisfactoriamente por medio de las curas con pastas *saliciladas*, espolvoreando ó no previamente el fondo de la herida con *yodoformo*, *salol*, *aristol*, *yodol*, *dermatol*, y también en algunos casos con *carbón*. Si la ulceración parece algo atónica, dará frecuentemente buenos resultados la cura con polvos de *subcarbonato de hierro*. Este tratamiento bien aplicado producirá casi siempre una rápida cicatrización.

B. — Cuando el lupus está á punto de cicatrizarse, ha de ser minuciosamente vigilado para que se obtenga una hermosa cicatriz. Esta, en efecto, no será más que lo que se haya querido que fuese, pues con una activa vigilancia y minuciosos cuidados es muy posible obtener una cicatriz plana y flexible, aunque la cauterización hubiese sido muy profunda y extensa.

Las cauterizaciones frecuentes y practicadas con acierto con el lápiz de *nitrato de plata* producen magníficos resultados para impedir las recidivas y perfeccionar la cicatrización. En el caso de que ésta vaya despacio, el subcarbonato de hierro, solo ó combinado con el salol, aristol ó dermatol, activará la formación de la cicatriz. Notemos de paso que la perfección de ésta no está en relación con la superficialidad de la lesión.

Formada la cicatriz, será menester, en el caso de que no sea del todo satisfactoria, suavizarla, adelgazarla, hacerla más pálida, en una palabra, perfeccionarla, mediante las *escarificaciones* combinadas con el empleo del *emplasto de Vigo con Hg*. En algunos casos el de Vigo podrá sustituirse con ventaja por el *emplasto rojo* al minio y al cinabrio de E. Vidal.

En fin, añadimos á veces á las escarificaciones y á las aplicaciones

(1) H. LELOIR. — De la acción combinada del bacilo de Koch y de los agentes de la supuración en la evolución del lupus (*Médecine moderne*, Noviembre de 1890).

del emplasto de Vigo el *masaje* y la *electrolisis* con el objeto de obtener hermosas cicatrices. Una vez la cicatriz sea de nuestro agrado, aconsejamos de ordinario á los enfermos que la cubran, durante cierto tiempo, con un trozo de emplasto de Vigo ó de emplasto rojo de E. Vidal, y se untan ligeramente durante el día la región con una pomada á base de bicloruro de mercurio al 1 ó 2 por 1000 conteniendo un poco de talco.

No hay que olvidar, por último, que es necesario todavía vigilar mucho á los enfermos durante una larga temporada; así es que convendrá verles en el primer año cada quince días ó cada mes el máximum y cada dos ó cuatro meses los años sucesivos. De este modo si se produjera la recidiva, podría en seguida atacarse enérgicamente impidiendo, por la destrucción inmediata (en general con el galvanocauterio de Besnier) de algunos nódulos de recidiva, la intensa repululación de los lupomas.

Las recidivas son, por decirlo así, la regla general, pues en la inmensa mayoría de los casos conviene saber que, á pesar de todos los esfuerzos, no se ha destruido todo el lupoma. Se obtendrá así una segunda curación que no será muchas veces definitiva, siguiendo la tercera recidiva, que se tratará igualmente, y no será tampoco la última.

Generalmente estas recidivas bien tratadas y con oportunidad irán gradualmente decreciendo en su intensidad, y así es cómo, después de una serie de recidivas más ó menos numerosas, se puede llegar á obtener la curación definitiva del enfermo.

Como se ve, y decimos familiarmente en nuestras clínicas, el médico y el enfermo acabarán por triunfar del lupus si son más tercos y tenaces que la enfermedad.

En el capítulo de las «Complicaciones» hemos estudiado las complicaciones eczematosa, impetiginosa, las fisuras y desgarros que pueden producirse en la cicatriz, que por un médico desprevenido pueden tomarse por una recidiva de lupus.

Estas complicaciones se curan por lo general rápidamente, aplicando nuestras pastas saliciladas, saloladas, cuya fórmula hemos dado antes, y en los individuos de piel irritable, con la aplicación de la siguiente pasta á base de *bórax* que desde el año 1884 prescribimos frecuentemente en el tratamiento de diferentes afecciones cutáneas:

Vaselina.	80 gramos
Lanolina.	40 —
Oxido blanco de zinc.	16 —
Polvo de arroz.	35 —
Talco.	4 —
Biborato de sosa.	1, 2, 3, 4 —

M. s. a.

Si tienen tendencia á las exulceraciones con grietas persistentes, etc., las curamos con polvos de yodoformo, yodol, salol, dermatol ó de subcarbonato de hierro ó con el polvo resultante de la mezcla de una ó varias de estas diferentes substancias, y aplicamos después cada dos días un apósito oclusivo con pasta salicilada ó de pastas saloladas ó boratadas cuya fórmula hemos indicado anteriormente.

Conviene no confundir con los nódulos miliares de recidiva, y no tratarlas como á tales, las pequeñas lesiones miliares de acné sebáceo que se desarrollan en la cicatriz, de las que hemos hablado en el capítulo «Complicaciones», y que simulan á veces en alto grado el nódulo luposo de recidiva.

VII

Tratamiento del lupus de las mucosas

El lupus de las mucosas se atacará principalmente con la punta fina del *galvanocauterio* de Besnier, pincelaciones con el *ácido láctico* puro ó disuelto en glicerina en la proporción anteriormente indicada, toques con un palito empapado en *cloruro de zinc* delicuescente ó *ácido crómico* en solución concentrada, ó también con las cauterizaciones con el lápiz de *nitrato de plata*. Los toques bicotidianos con un pincel ó torunda de algodón empapados de *éter yodofórmico* deben considerarse como un muy útil coadyuvante de los anteriores tratamientos.

Finalmente, en algunos casos, podrá practicarse un *raspado* superficial ó las *escarificaciones* cruentas, según el método de E. Vidal, seguidas inmediatamente de cauterizaciones con el *ácido láctico* y el *percloruro de hierro* ó con el lápiz de *nitrato de plata*.

No hay que olvidarse de practicar la antisepsia de las mucosas enfermas por medio de *gargarismos*, *irrigaciones* ó *pulverizaciones* con el *licor de van-Swieten*, solo ó con la mitad de su volumen de leche, ó también con las soluciones de *ácido bórico*, alternando con la siguiente solución:

Salicilato de sosa.	4 gramos
Biborato de sosa.	4 —
Clorato de potasa.	2 —
Glicerina neutra.	50 —
Agua destilada.	150 —

Los gargarismos, pulverizaciones é irrigaciones con las aguas de *Eaux-Bonnes*, solas ó diluídas con leche, serán algunas veces de utilidad.

Por lo que se refiere al tratamiento de las complicaciones del lupus, está suficientemente detallado en nuestro *Tratado de la Escrófulo-tuberculosis*.

Tales son las indicaciones generales del tratamiento del lupus.

Como hemos repetido desde mucho tiempo en nuestras clínicas, y demostrado bien detalladamente en nuestro *Tratado de la Escrófulo-tuberculosis*, sólo una larga experiencia de esta terrible enfermedad enseña al médico lo que debe hacer y qué método ha de elegir para tal ó cual enfermo, pues cada caso particular le sugiere indicaciones terapéuticas especiales.

NOTA. — La reciente aplicación de los rayos X al tratamiento de esta dermatosis, así como también al de otras muchas enfermedades de la piel, nos induce á exponer algunos datos acerca de la Röntgoterapia por los que podrá deducirse su valor terapéutico :

Los progresos y cada día más positivos resultados que se obtienen del estudio de la Röntgenología, nos han decidido á reseñar brevemente la influencia y efectos sorprendentes que el empleo de los rayos X producen en la terapéutica de ciertas dermatosis, pues la aplicación de este agente á la Terapéutica general de las enfermedades (Röntgoterapia) constituye ya una verdadera especialidad, merced al continuo perfeccionamiento de los aparatos empleados, á su cada vez más amplia aplicación y á la incesante labor de los clínicos que á esta clase de estudios consagran sus esfuerzos.

Hoy podemos ya afirmar que son bastantes en número los médicos que han tenido ocasión de observar los efectos producidos por los rayos Röntgen en la terapéutica de ciertas dermatosis, y verdaderamente por lo que se desprende de las estadísticas publicadas hasta la fecha, parece que este agente terapéutico está llamado á prestar importantes servicios, dado que con él se ha logrado la curación de casos inveterados y rebeldes á toda otra clase de tratamiento, consiguiéndose también en otros casos una notable mejoría, que no llegó á completa curación á causa quizá de la poca duración del tratamiento. Sin embargo, requiérese una más dilatada experiencia y que las estadísticas sean por tanto más numerosas para que pueda sentarse una conclusión definitiva.

Nuestros amigos, los doctores Comas y Prió, cuya constancia y esfuerzos en el estudio de esta especialidad son sobradamente conocidos y dignos de todo encomio, pues sus trabajos sobre Radiografía y Röntgotera-

pia merecen citarse como de los más notables en la ciencia médica, cuentan ya con varias observaciones clínicas bien comprobadas de curaciones de algunas dermatosis, especialmente de varias formas de lupus, obtenidas en su gabinete de Radioscopia y Radiografía, instalado con arreglo á los más modernos perfeccionamientos. Gracias á la reconocida amabilidad de dichos distinguidos profesores, consignaremos en esta nota algunos datos, que servirán á nuestros lectores para formarse idea de los satisfactorios resultados de la Röntgoterapia y del curso que sigue el proceso morboso hasta llegar á su curación, datos que consideramos de gran interés científico.

Los primeros ensayos realizados puede decirse que datan del año 1896, siendo en realidad muy difícil fijar el orden de prioridad entre los mismos, puesto que de muchos de ellos se tuvo noticia al mismo tiempo en distintos puntos, especialmente en Alemania, Austria é Inglaterra: en los tiempos actuales, como ya hemos dicho, es tal el progreso y la aplicación de este agente, que las indicaciones de la Röntgoterapia se han extendido y aumentado de un modo considerable, pudiendo asegurarse que el empleo de los rayos X ocupa hoy un lugar de preferencia en la terapéutica de gran número de dermatosis, principalmente de curso crónico.

En la hipertricosis y en el lupus fué donde se observaron por vez primera sus beneficiosos resultados, y posteriormente tratáronse del mismo modo otras varias enfermedades, en muchas de las cuales se han obtenido curaciones radicales, cuya realidad ha sido comprobada por el tiempo y la multiplicidad de los casos del mismo género, y en otras se ha logrado modificar profundamente la lesión, determinando una mejoría de alguna consideración.

En el lupus, enfermedad tan rebelde y de graves consecuencias en muchos casos, no debe olvidarse nunca de recurrir á la aplicación metódica de un agente terapéutico que tantas esperanzas despierta, pues constituye indudablemente una de las indicaciones más importantes de los rayos Röntgen, obteniéndose excelentes resultados en lupus de larga fecha y que habían resistido á todos los tratamientos médicos y quirúrgicos empleados. Kümmel afirma que el empleo de los rayos X en el tratamiento del lupus «merece recomendarse como el medio más suave y el que más probabilidades de éxito ofrece,» corroborando su afirmación los numerosos casos que presentó á la Sociedad de Medicina de Hamburgo tratados por los rayos Röntgen, curados muchos de ellos y en vías de curación los demás. A los numerosos casos publicados por Kümmel podemos añadir los de Schiff, Freund, Neisser, Schenkel, Sharpe, Albers-Schönberg, Hahn, Sjögren, Gassmann y E. Lederholm, sirviendo todos ellos, además que de verdadera garantía, de evidente demostración de los progresos realizados hasta el presente.

No cabe responder, sin embargo, siempre del éxito, pues no en todos los casos se consigue un efecto curativo total y duradero, lo cual depende de

muchas circunstancias; unas veces las lesiones luposas han invadido ciertas cavidades extendiéndose por las mucosas, y entonces el tratamiento resulta más complicado y menos seguro, en términos que á veces resulta imposible alcanzar los límites extremos de la lesión ó impedir por consiguiente su marcha progresiva, siendo entonces muy conveniente, y hasta necesario, combinar el tratamiento Röntgen con los medios quirúrgicos ordinarios; otras veces el tratamiento es insuficiente por su corta duración, pues algunos enfermos se cansan y dejan de acudir al facultativo antes de que se haya logrado dominar por completo el proceso morboso, lo que inutiliza los efectos de un tratamiento que forzosamente ha de ser prolongado; en otros casos, por no haberse obrado por igual en todos los puntos de la lesión ó también por existir en algunos de ellos focos de mayor virulencia, se presentan recidivas, generalmente limitadas, después de un lapso de tiempo más ó menos largo, obligando al práctico á proceder á nuevas y sostenidas irradiaciones hasta alcanzar la completa curación, que se obtiene casi siempre procediendo resueltamente y con energía á la menor sospecha de recidiva.

También la forma del lupus influye de un modo considerable en la eficacia del tratamiento, ya que difieren los efectos de la aplicación de la Röntgoterapia según las variedades de esta dermatosis; así el mismo Kümmel afirma que los lupus profundos y extensos de la nariz y del cuello son de más difícil curación que los demás, y analizando con detención los casos clínicos publicados, se deduce que las formas eritematosas curan más rápidamente que las tuberosas, y los casos en que además de las lesiones cutáneas existen manifestaciones patológicas de igual naturaleza en las mucosas inmediatas, ofrecen una resistencia especial al tratamiento. De todos modos, aun variando las consecuencias al tenor de las particularidades de cada caso, no dejan de ser siempre favorables, determinando por lo menos una mejoría de consideración.

Los resultados á que se llega con el tratamiento Röntgen, aparte de su efecto curativo, son siempre superiores á los que se consigue con los demás medios terapéuticos empleados. Si la enfermedad no ha destruido todavía los tejidos, no ocasionando por consiguiente pérdidas de substancia, la acción de las irradiaciones no deja ninguna huella, quedando una cicatriz blanda, no retráctil, lisa y cuyo color, en un principio sonrosado, va perdiendo paulatinamente su intensidad hasta volverse completamente pálida, de suerte que, en los individuos de piel fina y blanca, se borra hasta el punto de pasar á veces completamente desapercibida.

Cuando á causa de las grandes pérdidas de substancia ha sido necesaria la restauración de la cicatriz obtenida, el tratamiento por los rayos X permite practicar todo género de operaciones plásticas sin la menor dificultad. Además, el ser completamente indolora la aplicación de dicho tratamiento y también relativamente corta su duración, salvo en los casos de lesiones muy extensas, son otras tantas condiciones que contribuyen á que pueda consi-

derarse el tratamiento Röntgen como uno de los mejores entre los muchos que actualmente se aconsejan.

Los doctores Comas y Prió, entre el número verdaderamente notable de casos tratados por los rayos Röntgen, cuentan varios de lupus de la cara en los que pudieron apreciarse perfectamente todos los efectos anteriormente señalados.

Practican estos profesores las aplicaciones de los rayos X en días alternos, durando las sesiones de quince á veinte minutos y variando la distancia del tubo de la superficie enferma, la intensidad de la corriente etc., etc., según las distintas condiciones que puede ofrecer cada lesión y los efectos que se desea obtener. Si la lesión ocupa una gran superficie, es necesario dividirla en varias zonas, que se irradiarán sucesivamente, pues de otro modo la diversidad de planos que las regiones afectas forman con relación al tubo, impediría que el efecto producido por las irradiaciones fuese igual en todos los puntos.

Después de un corto número de sesiones, — de seis á diez, según las condiciones de la lesión y la receptividad especial del individuo, — se observa ya la aparición de un eritema conocido casi universalmente con el nombre de *eritema Röntgen*, el cual, continuando las irradiaciones, como es necesario en la mayoría de los casos, va acentuándose, modificando notablemente la lesión. La superficie enferma aparece primeramente rojiza y deslustrada, luego morena y áspera, llegando, por último, á ulcerarse muy superficialmente. Pero, en general, no es necesario llegar á la ulceración para obtener el efecto curativo, pues basta muchas veces la presencia del eritema algo acentuado. En algunos casos, cuando las lesiones son muy profundas ó también si se trata de ciertas formas de nevos (angiomatosos), convendrá llegar á la ulceración, procurando no traspasar los límites de una acción que, bien dirigida, sólo ha de ser curativa, mientras que, llevada á la exageración, podría ser funesta. Este es en realidad uno de los puntos más delicados para el röntgólogo.

En efecto, convendrá recordar siempre que los efectos producidos por la irradiación no suelen manifestarse sino después de un período más ó menos largo, que varía entre siete y veinte días y más todavía en algunos casos. Si el práctico no tiene en cuenta todas esas condiciones ó circunstancias, se expone á acumular imprudentemente un número excesivo de irradiaciones, que determinarán la producción de úlceras profundas con extensas zonas de esfacelo, cuya gravedad es mucha desde el momento que son desconocidos en la actualidad los medios adecuados para detener este proceso ulcerativo.

Por consiguiente, el éxito del tratamiento dependerá de la prudencia del operador, así como también del buen material de que disponga, de un modo especial los tubos, que han de ser de buena construcción y relativamente blandos (poco ó nada usados).

El principal efecto terapéutico, así en el lupus como en las demás dermatosis, es indudablemente producido por los rayos X invisibles (T. Sjögren y E. Lederholm). Los rayos ultraviolados mezclados con los primeros solamente desempeñan un papel secundario, contra la opinión de los que en un principio los consideraban como el elemento principal.

Las modificaciones que los rayos Röntgen determinan en los tejidos consisten en unas alteraciones características de los vasos (A. Gassmann), principalmente degeneración y desfibramiento con formación de vacuolas en las tunicas vasculares. El tejido celular subcutáneo es también asiento de un proceso degenerativo.

Además de estas modificaciones de los tejidos por las que nos podemos explicar, aunque no de un modo completo, el mecanismo de la curación de ciertas dermatosis, se producen otras de muy diversa índole, que difícilmente nos explicaríamos sin admitir una acción especial de los rayos X. Tales son, por ejemplo, la caída del cabello, la disminución ó supresión de la secreción sudoral, las alteraciones que se observan en las uñas, el alivio del prurito, la atrofia de las verrugas, etc., etc.

Las propiedades bactericidas que modernamente se han atribuido á los rayos Röntgen no están por ahora suficientemente demostradas para que podamos servirnos en este sentido de dicho agente terapéutico, pues la mayoría de los experimentadores no han podido comprobarlas.

Estas brevísimas consideraciones que acabamos de exponer respecto del tratamiento del lupus, pueden aplicarse también al tratamiento de otras enfermedades de la piel. Hoy día la Röntgoterapia tiene un campo de aplicación muy extenso, pues los rayos X se emplean en la actualidad en el tratamiento de la mayor parte de las lesiones de la piel, de carácter crónico, entre las que mencionaremos en primer término, por sus resultados más brillantes y positivos, el epitelioma, el nevus, algunas formas de eczema crónico, el prurito, las úlceras inveteradas, las verrugas, el acné, el sycosis y algunas tiñas. En todas estas afecciones, la técnica para la aplicación del tratamiento, así como la marcha y duración del mismo, son muy parecidas, diferenciándose muy poco de las anteriormente descritas.

Antes de terminar, señalaremos los efectos especiales que los rayos Röntgen producen en las úlceras crónicas y en las verrugas. Las primeras se cubren bien pronto de granulaciones, avanzando francamente hacia la curación. En las segundas, se observa primeramente una retracción lenta y continua que persiste hasta la completa desaparición. Esta retracción puede asimismo notarse en tejidos enfermos que presentan vegetaciones carnosas y exuberantes (lupus, epitelioma), ó formaciones vasculares muy pronunciadas (nevus angiomatosos).

Si á esto agregamos que estos buenos efectos han podido apreciarse en muy diversas dermatosis, de lo que es un ejemplo lo realizado por los doctores Comas y Prió, quienes merced á sus instalaciones de Radiografía y

y Röntgoterapia, verdaderamente notables, y á sus incesantes estudios han logrado reunir numerosas estadísticas, no sólo de lupus perfectamente curados, si que también algunos casos de epiteloma, nevos é hipertrichosis con sorprendentes resultados, se adquiere una vez más el convencimiento del importante papel que está llamada á desempeñar la Röntgoterapia en el tratamiento de distintas y numerosas dermatosis.

Finalmente, de otro procedimiento terapéutico contra el lupus hemos de hacer mención, *la fototerapia*, el cual en la actualidad es objeto de serios estudios y parece dar los más satisfactorios resultados. Ideado y puesto en práctica por Finsen, de Copenhague, desde 1895, por una instalación instrumental complicada y costosa, tenía por objeto suprimir la acción de los rayos caloríficos de la luz solar ó de un arco eléctrico de 80 amperios, para utilizar tan sólo los rayos violeta y los ultravioleta dotados de una potencia química considerable. A este fin la luz era filtrada á través de lentes de cuarzo, atravesaba después una solución cuproamoniacal y al mismo tiempo una constante circulación de agua fría suprimía los rayos caloríficos. Pero, en lo sucesivo, puestos de acuerdo los electricistas y los constructores, han realizado el mismo ideal de Finsen con aparatos mucho más sencillos, que permiten localizar exactamente los rayos químicos y al mismo tiempo comprimir enérgicamente el punto que debe sufrir sus efectos, ya que es indispensable que este punto se halle exangüe para que dichos rayos produzcan el efecto deseado, que consiste en la completa obliteración de los vasos y no la simple vasoconstricción. El doctor Leredde ha presentado recientemente ante la Sociedad de Terapéutica de París el aparato construido á este fin por Lorhet y Genoud, con el cual ha obtenido resultados excelentes, no tan sólo en el tratamiento del lupus, sino también en el epiteloma superficial, en los nevos y otras dermatosis.

(N. del T.).

CAPITULO XXXII

TRATAMIENTO DEL FAVUS

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado de la facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

El favus es provocado por un hongo filamentos, el *Achorion Schoenleinii*, que puede vegetar en los cabellos, pelos de la barba, vello que cubre las partes del cuerpo desprovistas de pelo, en las uñas ó en la epidermis.

Cuando ataca los pelos y especialmente los cabellos, que constituyen su sitio de elección, infiltra toda la longitud del cabello, aunque no tan abundantemente como el tricófiton, sin volverle tampoco tan frágil como este último parásito. De esto deriva una circunstancia muy importante desde el punto de vista terapéutico, y es la posibilidad de arrancar totalmente el cabello fávico. Alrededor de cada cabello, el parásito se extiende, formando una colonia lenticular, intraepidérmica, de color amarillo de azufre, cuyo diámetro varía desde el de una cabeza de alfiler y menos todavía hasta tener 1 y 2 centímetros; es el casquillo ú hongo fávico, así llamado por su forma circular y su depresión central ocupada por el pelo.

Si estos casquillos ó elevaciones son abundantes, llegan á hacerse confluentes, la capa córnea que los cubre se desgarran y forman masas yesosas, secas, pulverulentas, de 5 á 10 milímetros de grosor, que despiden un fuerte olor de ratón. Generalmente, en los bordes de la placa puede

encontrarse un contorno policíclico formado por casquillos que todavía no se han roto. Los cabellos que atraviesan la placa fávica son grisáceos, sin brillo, secos al tacto, y cuando se arrancan, arrastran también la vaina epitelial, tumefacta, semitransparente, con edema, lo que constituye un síntoma de inflamación folicular profunda.

El favus del cuero cabelludo determina con el tiempo una inflamación destructiva de los folículos, y como consecuencia una alopecia cicatricial definitiva.

En las partes del cuerpo desprovistas de pelo, el favus puede determinar la producción de casquillos como en el cuero cabelludo, cuyo punto de partida son los pelos finos del vello; pero puede también vegetar solamente en la epidermis y producir círculos vésicoescamosos del todo análogos á los que causa la tricofitia.

En las uñas, las alteraciones que produce el favus son clínicamente idénticas á las de la tricofitia.

II

Tratamiento

A.—FAVUS DEL CUERO CABELLUDO

El favus del cuero cabelludo era en otros tiempos el oprobio de la dermatología; no se conseguía curarlo y ni siquiera limitar su extensión; persistía, por tanto, indefinidamente, pues no tiene tendencia á la curación espontánea. Bazin fué el primero que, aleccionado por las investigaciones de Gruby sobre la naturaleza parasitaria de las tiñas, descubrió en la depilación un medio de curación eficaz. Antes que él, los hermanos Mahón habían adquirido gran reputación en el tratamiento de las tiñas, y Bazin ha demostrado que su procedimiento, cuyo secreto era cuidadosamente guardado, no era más que una depilación disimulada. Entre otras aplicaciones tópicas, espolvoreaban la cabeza de los enfermos con unos polvos que, dando á los cabellos más solidez, les permitía depilar de un modo bastante eficaz con los dedos.

En la actualidad, á pesar de algunas tentativas infructuosas (Peroni), la depilación continúa siendo la base del tratamiento del favus.

Los fávicos se presentan casi siempre al médico con la cabeza cubierta, en una extensión más ó menos considerable, de placas de materia fávi-

ca yesosa, espesa, á las que se añaden costras impetiginosas debidas á la supuración; los piojos, protegidos por las costras, faltan muy raras veces.

Antes de comenzar el tratamiento es necesario limpiar perfectamente la cabeza, cortando siempre los cabellos al rape. Las costras se reblandecerán con *cataplasmas*, *unturas de aceite* ó con la pomada de *manteca de cerdo* y *jabón blando* en partes iguales. Inmediatamente después se disocian las costras con agua tibia y jabón y se hacen caer con un instrumento romo como una plegadera. Por regla general, para llegar á la completa descostración del cuero cabelludo, es necesario repetir varias veces la operación, cubriéndose luego aquél con una pomada anodina ó débilmente parasiticida, á fin de calmar la irritación producida por la ablación de las costras. Para esto, podrá emplearse la pomada compuesta de 3 gramos de *óxido de zinc* y 1 gramo de *bálsamo del Perú* por 30 gramos de vaselina.

Entonces es cuando debe comenzarse la *depilación*. Antiguamente, se practicaba ésta con la calota de pez, lo que era un procedimiento brutal; pero la modificación de los médicos lioneses é italianos es muy aceptable. Consiste en cubrir la cabeza del enfermo con vendas imbricadas cubiertas de emplastro de pez, quitándolas después una á una; de esta manera, si bien al arrancar los cabellos se produce todavía dolor, es mucho más tolerable.

EMPLÁSTO DE PEZ

Resina de pino.	30 gramos
Pez negra	8 —
Trementina de Venecia.	2 —
Manteca de cerdo.	1 —

M. s. a.

(BERTARELLI).

Podrán emplearse también algunos *depilatorios mecánicos*, que consisten en unas barritas de una mezcla resinosa que se reblandece por el calor y se aplica luego sobre la parte que se quiere depilar. Los cabellos se pegan á la barrita, arrancándolos al ser ésta retirada.

El procedimiento clásico es todavía la depilación con las *pinzas*, medio que, si bien es más largo, en cambio es menos doloroso y más eficaz, puesto que la tracción es mejor dirigida y más regulada. El enfermo, sentado en un pequeño taburete, apoya su cabeza en las rodillas del depilador, quien coge los pelos uno por uno estirándolos suavemente en el sentido de su implantación, y sin levantar la mano que se apoyó en la cabeza, va colocando los cabellos arrancados en una compresa que se

sostiene á poca distancia con la mano izquierda. La extensión de la región depilada en una sesión depende de la habilidad del depilador y de la tolerancia del enfermo. Conviene insistir en este punto sobre la necesidad de arrancar todos los cabellos, aun los más cortos y finos, y la de cambiar el punto de mira y la dirección de la luz para que puedan distinguirse todos ellos, sobre todo en las regiones enfermas. Cambiando la posición de la cabeza del enfermo con relación á la ventana y variando también nosotros de posición, pueden descubrirse perfectamente cabellos que habían pasado desapercibidos.

La depilación no sólo ha de abarcar la totalidad de la superficie de las placas enfermas, sí que también debe extenderse á una amplia zona protectora del rededor, de un centímetro por lo menos de ancho y más todavía en el caso de hallarse también cabellos que presenten la vaina edematosa.

Se sostendrá la depilación mientras el cuero cabelludo se encuentre escamoso, eritematoso, con puntos rojos alrededor de algunos cabellos, y siempre que con el examen microscópico se descubra el parásito. De este modo van arrancándose á medida que van saliendo todos los pelos nuevos. La depilación basta por sí sola, según Besnier, para obtener la curación; sin embargo, no hay que hacerse ilusiones sobre la penetración, muy hipotética por cierto, de los parasitocidas en el folículo, aun evacuado, y convendrá practicar al mismo tiempo lociones del cuero cabelludo con una solución de *sublimado* al 1 por 1000, aplicando luego una pomada de 1 gramo de *turbil mineral* por 30 de vaselina ó de 2 gramos de *aceite de enebro* por 30 gramos de manteca de cerdo.

Cuando el enfermo *parezca* estar curado, se dejan crecer otra vez los cabellos y las más de las veces no tardan en manifestarse algunos puntos enfermos en forma de manchas rojas alrededor de algunos cabellos; éstos se arrancan más fácilmente que los demás, tienen una vaina edematosa y contienen el parásito. El procedimiento indicado por Horand (según Sabouraud) consiste en flexionar con fuerza la cabeza del enfermo, resistiendo éste enérgicamente. Prodúcese de esta manera una viva congestión del cuero cabelludo y los puntos enfermos aparecen con más claridad. En cada punto sospechoso, se practicará un nuevo islote de depilación.

Aun cuando no se encuentren ya puntos enfermos, no por esto puede afirmarse todavía la curación, para lo cual se necesita observar á los enfermos varios meses y hasta á veces durante un año, según Sabouraud.

B. — FAVUS DE LA BARBA

El favus de la barba reclama un tratamiento idéntico al del cuero cabelludo, pero siendo en este caso más gruesos los pelos, la depilación es también más fácil.

C. — FAVUS DE LAS PARTES DESPROVISTAS DE PELOS

El favus de las regiones desprovistas de pelos se presenta en forma de casquillos aislados ó confluentes, que conviene quitar por medio de enjabonamientos, empleando en caso de necesidad un instrumento como una plegadera ó una espátula. Se facilitará mucho esta operación aplicando previamente una cataplasma de fécula. Una vez caídas las costras fávicas, algunas embrocaciones de *tintura de yodo* serán suficientes para curar así el favus de casquillos, como los círculos de favus epidérmico que pueden coincidir con él. Las lesiones que parecen más profundas á primera vista curan sin dejar cicatrices; pero recidivan con bastante frecuencia, lo que prueba quizá que el parásito ha persistido en el fondo de los folículos de algunos pelos finos. Habrá entonces que repetir otra vez en estos puntos recidivados, la ablación de las costras, y en lo posible con los pelos del centro, y las embrocaciones de tintura de yodo.

CAPÍTULO XXXIII

TRATAMIENTO DE LA PELADA

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado de la Facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

La pelada es una enfermedad que se caracteriza por placas de alopecia bien limitadas, en las que se nota simplemente la ausencia de los pelos ó cabellos, de suerte que el cuero cabelludo está completamente liso y reluciente. Los pocos cabellos que se encuentran están algunas veces rotos á poca distancia de la piel, pero no son frágiles; pueden arrancarse en su totalidad tanto más fácilmente cuanto que están muertos y han perdido toda adherencia. Las lesiones que presentan observándolos con el microscopio son simplemente atróficas, y lo mismo puede decirse de los cabellos que están alrededor de una placa de pelada en vías de crecimiento. Resulta, por lo tanto, que la pelada debe ser considerada como una enfermedad del dermis y no del pelo.

En algunos casos, las placas limitadas pueden hacerse confluentes y denudar superficies considerables respetando tan sólo algunos islotes de forma angular. Puede suceder también ya desde el primer momento, ó bien después de haber comenzado por placas limitadas, que la alopecia se convierta en difusa y se generalice á la totalidad ó casi totalidad del tegumento; esto es lo que se denomina *pelada decalvante*.

Desde Bazin, la pelada es considerada en Francia como una enfer-

medad parasitaria y contagiosa. En la mayoría de los demás países se tenía hasta muy recientemente por una enfermedad de origen nervioso y trófico. Hoy día tiende á establecerse el acuerdo y se admite por la generalidad que son dos por lo menos las enfermedades que se confunden con el nombre de pelada; una trofoneurótica, debida á trastornos nerviosos locales ó generales; y otra contagiosa y probablemente parasitaria, aunque el parásito sea todavía desconocido.

Desgraciadamente no es posible todavía hacer con seguridad el diagnóstico diferencial de estas dos formas.

La primera cuestión que se suscita á propósito del tratamiento de la pelada es su eficacia; cuando se considera la frecuencia con que se ven peladas curar espontáneamente en algunas semanas, mientras que otras, al parecer completamente análogas hasta con el mismo origen, resisten á todos los esfuerzos de la terapéutica durante meses y años, puede sospecharse si todos los tratamientos son puramente ilusorios.

Algunos hechos, sin embargo, demuestran lo contrario, pues se observan con bastante frecuencia, con demasiada frecuencia para que pueda tomarse por una simple coincidencia, peladas que, después de haber estado largo tiempo estacionarias, curan desde el día en que ha comenzado á instituirse un tratamiento metódico. Importa recordar en todos los casos que la marcha de la pelada es excesivamente irregular, que su duración es imposible de prever, y que ciertas placas pueden curar muy pronto al paso que otras persisten mucho más tiempo ó que la enfermedad se sostiene por la aparición continua de nuevas placas. Finalmente, aun después de la curación completa de la pelada, se presentan recidivas con intervalos de varios años, como si el parásito pudiera persistir en estado latente en el cuero cabelludo, pronto á volver á tomar á la primera ocasión una marcha agresiva.

Los casos de transmisión de la pelada parecen indicar claramente que los cabellos pueden ser el vehículo del contagio, pero el estudio de las lesiones del cuero cabelludo y de los cabellos demuestra que éstos son atacados sólo secundariamente y que la enfermedad radica en el dermis y determina su atrofia. El parásito, por lo tanto, escapa por completo á nuestros medios de acción; sólo es posible obrar indirectamente, lo cual explica las semejanzas de todos los tratamientos empleados, cualesquiera que sean las opiniones de sus respectivos autores relativamente á la naturaleza de la enfermedad.

II

Tratamiento de la placa de pelada

Todos los tratamientos vienen á cumplir una sola indicación, que consiste en determinar y mantener una moderada irritación en las partes enfermas. Cada dermatólogo tiene sus fórmulas más ó menos personales, que emplea con preferencia á las demás; gran número de estas fórmulas han sido publicadas y todos los autores aseguran haber obtenido rápidas curaciones por el procedimiento que recomiendan; pero la inseguridad de la marcha natural de la pelada hace siempre algo sospechosos estos resultados, y generalmente las mismas fórmulas empleadas por otros no les han parecido ni mejores ni menos buenas que las que las han precedido ó se han usado después. Conviene, no obstante, disponer de varias fórmulas aunque tengan igual valor, pues es bueno cambiar frecuentemente, y si se varían por ejemplo todos los meses se obtienen mejores resultados; además, el enfermo se cansa de emplear el mismo remedio cuando no nota resultados inmediatos.

A. — La *tintura de cantáridas* entra en diversas fórmulas; la más sencilla es la siguiente:

Tintura de cantáridas.	} aa.. partes iguales.
Bálsamo de Fioravanti.	

M. s. a.

Esta tintura se aplica con un pincel dos veces al día sobre las placas. Según la susceptibilidad de la piel, se pueden espaciar las aplicaciones ó disminuir la proporción de tintura de cantáridas.

B. — El *ácido acético* diluido en la mitad de su volumen de agua destilada puede aplicarse de la misma manera una vez al día. Morrow recomienda una mezcla en partes iguales de ácido acético y *cloroformo*, que se aplica dos ó tres veces por semana.

C. — El *ácido fénico* ha sido calurosamente preconizado por D. Bulkley, que unciona las placas con ácido fénico puro licuado por un 5 por 100 de alcohol. Se aplica la solución con un pequeño pincel de algodón arrollado al extremo de una varilla de madera ó simplemente de una pajuela, procurando que no se esparza por las partes vecinas; inmediatamente después la piel se pone blanca, formándose luego una escara epidérmica

seca, que se desprende al cabo de una semana, entonces se podrá renovar la aplicación.

D.—La *esencia de canela* ha sido propuesta por Busquet:

Éter.	30 gramos
Esencia de canela de China.	10 —

M. s. a. Una embrocación diaria.

E.—Hallopeau concede la preferencia á la *esencia de Wintergreen*, que ha ensayado comparándola con la *esencia de canela* y encontrándola al parecer muy superior:

Éter.	aa. . partes iguales
Esencia de Wintergreen.	

M. s. a. Una ó dos embrocaciones diarias.

La *esencia de Wintergreen* tiene el inconveniente de ser un producto bastante caro y de despedir un olor singularmente penetrante, si bien bastante agradable.

F.—La *vesicación* es un medio de estimulación local todavía más enérgico, que ha sido muy recomendado por Vidal, quien aplicaba sobre las placas una serie de vejigatorios volantes, y como los emplastos vesicantes no eran de fácil empleo, había hecho preparar el vejigatorio líquido de Bidet. Importa no vesicar de una sola vez una superficie demasiado extensa.

La *vesicación* ha sido de nuevo empleada como método de preferencia por Sabouraud, quien aplica por la noche una ó eventualmente varias capas de *vejigatorio líquido*. Al día siguiente, quita la membrana epidérmica levantada y aplica el *nitrito de plata* al 1 por 15 en la superficie denudada y seca. Al cabo de una semana, la epidermis queda reformada y puede comenzarse de nuevo el tratamiento. Este procedimiento ha dado, según parece, á Sabouraud, muy rápidos resultados, siendo sobre todo de utilidad en las placas completamente desprovistas de pelos, pues no influye en el crecimiento del pelo fino cuando éste ha ya aparecido; nosotros lo hemos ensayado en algunos casos de pelada rebelde, pero sin éxito; no se ha demostrado todavía que en los casos de pelada reciente produzca una curación más rápida.

G.—Moty ha propuesto las *inyecciones intersticiales de sublimado*. Se practican éstas de la periferia de la placa hacia el centro. Se hacen cinco ó seis picaduras de cinco ó seis gotas de una solución de sublimado al 1 por 300 dos veces á la semana, ó al 1 por 1,000 cada dos días; el cuero cabelludo se pone rojo y tumefacto. Este procedimiento es bastante

doloroso, y á lo que parece obra principalmente por la irritación del dermis que determina. A Barthélemy le ha dado este método buenos resultados.

H.—Últimamente Blaschko y Ehrmann han logrado también algunos éxitos por medio de la *faradización*. A este fin puede emplearse una máquina de corrientes inducidas ordinaria, colocando un polo en un punto cualquiera y paseando el otro en forma de cepillo por la placa de pelada.

III

Tratamiento de la totalidad del cuero cabelludo

La dificultad del tratamiento de la pelada consiste más en el desarrollo, multiplicación y recidivas de las placas que en su tenacidad individual; conviene, por consiguiente, evitar todo lo posible las auto-infecciones. Por más que ignoremos con exactitud el punto donde reside el contagio, la observación demuestra que es superficial, por lo cual será necesario *desinfectar* repetidamente el cuero cabelludo.

El medio preferible consiste en los *enjabonamientos* seguidos de lociones de *sublimado* al 1 por 1,000, repitiéndolos todos los días si los cabellos son cortos ó con menos frecuencia en el caso de que se tratase de una mujer que ha conservado su cabellera.

La superficie de la placa habrá de *rasurarse* lo mismo que una faja de su alrededor de un centímetro de ancho por lo menos. No creemos que sea necesaria la *depilación* de los bordes, es ésta una operación larga y penosa, que no libra por otra parte á la placa de crecimientos ulteriores, como hemos tenido ocasión de comprobarlo repetidas veces.

Por último, para evitar las reinoculaciones al mismo enfermo, se desinfectarán frecuentemente los objetos de la *toilette*, como los peines y cepillos, forrando también de lienzo los sombreros para que se pueda cambiar y lavar con frecuencia.

IV

Profilaxia

Completamente demostrada la contagiosidad de la pelada, es menester tomar las medidas necesarias para evitar su transmisión por los medios con que ésta se verifica más fácilmente.

Las epidemias de familia son raras, á pesar de lo cual convendrá siempre tomar algunas precauciones, sobre todo respecto de los objetos de *toilette*, que habrán de servir *exclusivamente* para el peládico.

Siendo ya mucho más frecuentes las epidemias en las escuelas y cuarteles, en estos establecimientos sobre todo han de adoptarse medidas de protección. Nada más á propósito que citar aquí la comunicación de Besnier á la Academia de Medicina (1).

Sienta como principio que, en los establecimientos públicos ó en donde hay aglomeración de individuos, nadie que esté atacado de pelada puede reclamar su admisión como un derecho. Cada enfermo deberá ser objeto de una investigación especial. La antigüedad de la enfermedad, su estado estacionario, el buen estado del cuero cabelludo fuera de la parte denudada, y su reparación manifiesta en vías de realizarse figuran en el número de las condiciones que harán posible la admisión del enfermo ó su conservación con algunas reservas. Las circunstancias opuestas, como son el reciente comienzo de la enfermedad, su manifiesto crecimiento, la multiplicidad de las placas y la poca adherencia de los cabellos del rededor, justificarán su exclusión ó su aislamiento.

En los asilos y escuelas de la primera infancia, la exclusión ó el aislamiento efectivo son de regla. En las escuelas primarias se podrán admitir los peládicos, pero con la condición de que estén separados de los otros en las clases y en los lugares de recreo, sean cuidados con regularidad y lleven la cabeza cubierta y las placas obturadas por medio de un apósito. Con análogas condiciones podrán ser admitidos los peládicos en los externados. Si se tratara de internados y escuelas superiores, como la vigilancia puede ser más efectiva, la exclusión será excepcional. Si tolerándose en un establecimiento de esta clase individuos peládicos apareciesen nuevos casos, la tolerancia habrá de cesar así para los antiguos como para los nuevos atacados.

(1) E. BESNIER.—Sobre las medidas que deben tomarse respecto de los sujetos atacados de pelada (*Academia de Medicina*, 31 Julio de 1888).

CAPÍTULO XXXIV

TRATAMIENTO DE LAS TRICOFITIAS

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado de la Facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Las tricofitias constituyen un grupo de enfermedades debidas á la colonización de un parásito filamentosos, el tricófiton. Este parásito puede invadir, por orden de frecuencia decreciente, el cuero cabelludo, la epidermis de las regiones desprovistas de pelos, la barba y las uñas.

Además de estas diferencias, debidas á estas distintas localizaciones, hay otras que dependen de que el parásito no es siempre el mismo. No solamente existen muchas especies de tricofitias sino que hay la costumbre de confundir con ellas,—costumbre que seguiremos para facilitar la descripción,—á un parásito bastante diferente, el microsporon Audouini, que produce lesiones análogas.

Así para la descripción clínica como para el tratamiento, tomaremos frecuentemente datos de las publicaciones de Sabouraud, cuyos trabajos han modificado por completo los términos de la cuestión.

II

Tiña tonsurante

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

Está formada por unas placas más ó menos limitadas que, á primera vista, parecen desprovistas de pelos, pero en realidad no están más que simplemente rasuradas: los cabellos enfermos están rotos á nivel de la piel ó á una distancia de 1 ó 2 milímetros, y la epidermis intercalar es más ó menos escamosa. Entre las formas más frecuentes de esta clase de tiña, podemos distinguir las siguientes:

1.º Tiña tonsurante de Gruby, ó tonsurante de pequeños esporos de Sabouraud. Las lesiones están dispuestas en placas, el cuero cabelludo es ligeramente escamoso y los cabellos, rotos á 2 ó 3 milímetros de la superficie, están rodeados de una vaina blanca y nacarada; la enfermedad invade muy poco las regiones del cuerpo desprovistas de pelo. Por medio del examen microscópico, se ve el cabello no penetrado sino tan sólo envainado por el parásito, que está formado de una masa de esporos muy pequeños dispuestos como un mosaico de varias capas en la superficie del cabello. Esta variedad de la tiña tonsurante, que es propia de la infancia y especialmente rebelde, se halla con mucha frecuencia en algunas ciudades como París, cuya proporción es del 60 por 100, y Londres, cuya proporción es del 95 por 100, mientras que en otras regiones no existe, como sucede en Italia (Mibelli).

2.º Otra forma está constituida por placas circunscritas, pero conservando en su superficie buen número de cabellos sanos, escamosas y cubiertas de cabellos rotos á 1 ó 2 milímetros de la superficie, desprovistos de vaina y acodados en diversos sentidos. Al igual que en el caso precedente, los trozos de cabellos se rompen con las pinzas sin que puedan depilarse. Examinando con el microscopio, se ve el cabello no envainado sino relleno por el parásito en forma de rosarios y de esporos mucho más gruesos que en el caso anterior.

3.º Forman una tercera variedad placas circunscritas ligeramente escamosas ó por islotes de uno á diez cabellos enfermos diseminados por toda la extensión del cuero cabelludo. Los cabellos no pasan de la superficie, pues se rompen á nivel de la piel, y su extremidad, arrollada en

el espesor de una pequeña escama, aparece como un punto negro. Desprendiendo la escama, se arranca al mismo tiempo un pequeño fragmento de cabello arrollado y torcido. En la forma diseminada, esta variedad es especialmente frecuente en el adulto. Examinando microscópicamente el cabello, está lleno de esporos como un saco de nueces; los esporos son más gruesos que en la primera variedad y no traspasan la cutícula del cabello.

4.° *Kerion Celsi*. Los cabellos atacados determinan una inflamación supurativa del folículo, formándose en la cabeza placas abultadas, esponjosas, cubiertas de costras, de las cuales se puede hacer salir pus de múltiples orificios por la presión.

B.—TRATAMIENTO

La tiña tonsurante es una de las enfermedades que más rebeldes se presentan al tratamiento, siendo también muy crecido el número de los procedimientos que se han puesto en práctica. En efecto, se han ensayado todos los medicamentos parasiticidas y se han empleado todos los distintos modos de aplicación: pomadas, lociones, emplastos, curas húmedas, cataforesis eléctrica, etc. Cada autor recomienda el procedimiento que le ha producido mejores resultados. La gran dificultad del tratamiento depende de tres circunstancias. El cabello queda infectado por el parásito hasta la proximidad del bulbo ó sea á 4 ó 5 milímetros de profundidad y ningún medicamento penetra más de un milímetro en el folículo ocupado por el cabello y las vainas (Sabouraud); no es posible además depilar totalmente un cabello tricofítico, pues se rompe á nivel de la piel ó á muy poca profundidad, por último, el trozo que queda continúa infectado y el cabello va creciendo siempre enfermo.

Muchas son las sustancias capaces de matar completamente el parásito, pero la dificultad estriba en alcanzarlo. La doble imposibilidad de extraer el cabello infectado y de hacer llegar el medicamento hasta el parásito explica la ineficacia casi absoluta de la mayoría de las aplicaciones parasiticidas. Se ha buscado, por consiguiente, el modo de producir la expulsión natural del cabello, ora acelerando su crecimiento y precipitando su renovación, ora determinando una foliculitis expulsiva.

Estos son los fines que persiguen los dos procedimientos recomendados por Sabouraud, y que vamos á resumir al tenor de lo que indica en su libro sobre el diagnóstico y tratamiento de la pelada y de las tiñas.

Importa distinguir, desde el punto de vista del tratamiento, tres casos

que comprenden las cuatro formas que hemos señalado anteriormente. Éstos son: 1.º la tonsurante de pequeños esporos; 2.º las tricofitias verdaderas no inflamatorias; 3.º el Kerion Celsi.

1.º Tonsurante de pequeños esporos

Conviene primeramente determinar con certeza el número y la situación de todos los puntos enfermos; para esto, se corta muy al rape todo el cabello, aplicando luego una capa de *tintura de yodo*, que se secará en seguida. En los puntos en que la capa córnea de la epidermis está invadida por el parásito, la tintura de yodo penetra mejor y se distinguen á primera vista todos los focos. Cada uno de estos focos debe rodearse de una faja de *depilación* de 1 centímetro de ancho, arrancando únicamente los cabellos sanos; por esta especie de barrera, se logra limitar la extensión de los mismos y hacerlos siempre perfectamente visibles. Preparada de este modo la cabeza, se rasuran las partes enfermas cada dos días, aplicando seguidamente una capa de tintura de yodo.

Todas las semanas deberán cortarse los cabellos al rape, y mensualmente se practicará una depilación con las pinzas para conservar la zona de protección que rodea cada uno de los focos.

La ligera irritación que mantienen en el cuero cabelludo el rasurado y la tintura de yodo, determina el más rápido crecimiento de los cabellos y la expulsión gradual de los que están enfermos, que son reemplazados por cabellos finos y pálidos como los que vuelven á salir en el caso de una pelada en vías de curación.

2.º Tonsurante tricofítica

Entre los tratamientos antiguos de la tiña, hay uno recomendado por Ladreit de Lacharrière, que se funda en la producción artificial de una foliculitis expulsiva. Se frota las partes enfermas con un lápiz que contenga una tercera parte ó una mitad de *aceite de croton* solidificado por la adición de cera y de manteca de cacao. Este tratamiento, por poco que se aplique sin moderación, produce una intensa supuración de los folículos y también abscesos del cuero cabelludo, de donde resulta una alopecia cicatricial definitiva, mientras que la tonsurante acaba casi siempre por curar espontáneamente sin dejar cicatriz. Estos accidentes que pueden ocurrir han causado el descrédito de este método, que es formalmente desechado por muchos autores.

Aun admitiendo que la alopecia cicatricial fuese una consecuencia

frecuente de este tratamiento, no debería ser completamente abandonado. Cuando se han podido observar los graves inconvenientes que tiene para los niños de familias pobres la exclusión prolongada de la escuela, se comprende perfectamente que es preferible arriesgar algunas manchas cicatriciales antes de apartarlo de la escuela durante un año. Despedirlos de la escuela es lo mismo que echarlos á la calle y convertirlos en precoces mendigos, sino en cosa peor.

Ahora bien, el peligro de la alopecia cicatricial es mucho menor de lo que se ha dicho. Nosotros hemos empleado frecuentemente este tratamiento y lo vimos emplear por otros, observando muy raras veces todos estos inconvenientes. Antes al contrario, hemos visto á veces que, después de dermatitis formidables debidas á aplicaciones inmoderadas, volvían á crecer los cabellos en su totalidad, precisamente cuando por la intensidad de la inflamación era de temer la cicatriz fatal. Por último, el peligro parece desaparecer completamente con el método de aplicación del croton, quizá algo tímido, que recomienda Sabouraud. Véase en qué consiste.

Se comienza por cortar todos los cabellos con las tijeras lo más al rape posible; luego se practicará una embrocación general de *tintura de yodo*, que pone al descubierto los focos más pequeños y destruye las colonias todavía puramente epidérmicas. Cada foco se aísla por medio de una zona de *depilación*. Una vez preparada de este modo la cabeza, igual á lo que se hace también en el tratamiento de la tonsurante de pequeños esporos, se aplica sobre cada placa de tiña *aceite de croton* puro ó mezclado con una mitad de aceite de oliyas, ó bien se hace una fricción con los lápices compuestos de aceite de croton, cera y manteca de cacao, que contengan una mitad ó una tercera parte de aceite de croton. Después de aplicar el aceite, se seca la superficie tratada con un lienzo seco, para que sólo quede medicamento activo en los infundíbulos pilosos. Al cabo de dos ó tres días, toda la placa toma el aspecto de las dermatitis profundas con un engrosamiento que duplica el espesor del pliegue de la piel. En el caso de que hubiese pústulas, se hacen desaparecer con una *cataplasma de fécula*. Transcurridos unos cinco días, en que la irritación profunda está en vías de regresión, se depilan todos los pelos enfermos que se puedan con las pinzas, aplicando después tintura de yodo. La placa, á los diez días, vuelve á presentar su aspecto normal, practicándose entonces una nueva aplicación de aceite de croton, y así sucesivamente.

Pasadas tres á cuatro semanas del tratamiento, los orificios pilosos dilatados contienen un pelo muy voluminoso, que se depila sin la menor

dificultad, formado por el cabello con todas las vainas. A medida que los cabellos enfermos van así desapareciendo, se sustituyen por cabellos finos; los cabellos enfermos forman solamente islotes diseminados en los que se continúa el tratamiento que acabamos de indicar, hasta que en todas partes vuelven á salir los cabellos en forma de pelo fino.

Es muy conveniente tratar á un mismo tiempo todos los focos, hasta los más pequeños, puesto que pueden ser tan rebeldes al tratamiento como los grandes y asimismo sostener la enfermedad durante largo tiempo. Importa observar también que existen grandes diferencias entre los distintos individuos respecto de la reacción inflamatoria que determina el aceite de croton. En los niños linfáticos de cabellos finos y rubios, bastará una sola aplicación mitigada de aceite de croton para producir una violenta reacción; en los de cabellos gruesos y castaños, una sola aplicación de aceite de croton puro no determinará apenas reacción y serán algunas veces necesarias dos y tres aplicaciones seguidas.

Después que hayan desaparecido los focos de alguna importancia, continúan á veces esparcidos algunos cabellos enfermos; otras veces la enfermedad desde el principio se traduce tan sólo por islotes muy pequeños de uno á cuatro ó cinco cabellos esparcidos por toda la extensión del cuero cabelludo: es lo que se ha designado con el nombre de tricoftia diseminada del cuero cabelludo. En esta forma muy rebelde, la enfermedad puede continuar hasta en la edad adulta. Tuvimos recientemente ocasión de observar una mujer que, afecta de tiña tonsurante, que se creía curada desde la edad de cinco años, presentaba todavía á los veintinueve la tricoftia diseminada.

Aun cuando sea muy reducido el número de cabellos enfermos esparcidos por toda la cabeza, no por esto ha de dejar de considerarse la enfermedad como contagiosa y de aislarse; en estos casos, sin embargo, será preferible destruir radicalmente las pocas lesiones persistentes para poder levantar la prohibición de relacionarse con los demás. Consíguese este resultado, ya con la *electrolisis*, ya introduciendo una aguja fina untada de aceite de croton en el folículo piloso (un taladro de relojería, por ejemplo), ó también una punta muy fina de galvanocauterio. El cabello es eliminado en su totalidad y definitivamente destruido, pero la destrucción de algunos cabellos aislados no tiene importancia y puede muy bien adelantarse algunos meses la curación.

3.º Kerion Celsi

La forma sicósica de la tricofitia del cuero cabelludo es mucho más fácil de curar, por cuanto la misma enfermedad determina la foliculitis expulsiva que se produce artificialmente con el aceite de croton. A diferencia de lo que sucede en la tonsurante común ú ordinaria, no sólo es posible sino hasta fácil la *depilación*. Con depilar cuidadosamente toda la región enferma y una faja de un centímetro de ancho todo alrededor y practicar algunas embrocaciones de *tintura de yodo*, desaparece en algunos días la placa ó placas de la enfermedad. La depilación habrá de completarse á medida que la placa infiltrada vaya desapareciendo, pues muchos de los cabellos pequeños que á la primera depilación estaban ocultos en el espesor del dermis tumefacto, se hacen entonces visibles. No es raro tampoco que después del Kerion persistan placas de alopecia cicatricial. Obsérvanse, además, todos los grados de transición desde la tiña tonsurante sin inflamación aparente hasta las placas antracoides más inflamadas.

III

Profilaxia

Siendo la tiña tonsurante extremadamente contagiosa, sobre todo en las aglomeraciones de niños, se hace indispensable tomar las más rigurosas medidas de aislamiento. En la familia, los objetos de la *toilette* deben ser estrictamente personales; los niños tiñosos han de dormir separados de los sanos y se desinfectarán frecuentemente las gorras. Es necesario también alejar á los niños tiñosos de las escuelas, pues los juegos de todas clases y los cambios de gorras tan frecuentes entre ellos constituyen otras tantas causas de contagio, de modo que un solo tiñoso puede, en muy poco tiempo, infectar todo un colegio con tanta mayor facilidad cuanto que su enfermedad es ignorada y por consiguiente no está sometida á ningún tratamiento.

Antes de dejar en libertad á un tiñoso tratado y que se supone que está curado, es menester una prolongada vigilancia. El día en que con el más atento examen no se descubra ni un solo cabello enfermo, hemos de presumir la curación; pero, para poder afirmarla, se necesita continuar la vigilancia dos meses por lo menos.

IV

Tricofitia de la barba

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

La tricofitia puede afectar todas las partes velludas de la cara, pero respeta casi constantemente el bigote. Las formas principales en que se manifiesta son las dos siguientes:

1.º El *sicosis parasitario*, forma análoga al kerion del cuero cabelludo debido, según Sabouraud, casi siempre á un tricófiton del caballo. Está constituido por nódulos ó placas prominentes profundamente indurados, cubiertos de costras de superficie mamelonada y también fungosa; por la presión, se hace salir pus de una multitud de orificios. Los pelos se arrancan fácilmente con una vaina gruesa llena de pus. Es una foliculitis conglomerada. El examen microscópico de los cabellos no pone nada de manifiesto, á no ser en algunos pelos de los bordes; en cambio, el cultivo demuestra la presencia del tricófiton en el pus.

2.º La *tonsurante de la barba*, del todo análoga á la del cuero cabelludo, se caracteriza por la extremada fragilidad de los pelos infiltrados de esporos. Están rotos á nivel de la piel y se manifiestan á la manera de puntos negros. Las lesiones son generalmente muy diseminadas, y no se acompañan de ninguna reacción inflamatoria, sólo de una ligera descamación.

B.—TRATAMIENTO

En la forma sicósica, el tratamiento será el mismo que en el Kerion Celsi. Se compone, pues, de la *depilación* minuciosa y repetida, aplicando después, según el grado de la inflamación, una cura antiséptica húmeda ó una embrocación de *tintura de yodo*. La depilación produce siempre la rápida desaparición de las placas, y no hemos visto nunca que haya debido recurrirse al raspado ó á la *escarificación*. El raspado particularmente deja una cicatriz de mucha más consideración que la que hubiese podido producir la misma enfermedad.

En la tonsurante de la barba, la depilación, como en el cuero cabelludo, es también imposible. Tampoco puede aplicarse el aceite de croton

por la ordinaria diseminación de las lesiones y la susceptibilidad de la piel de la región.

Hay que comenzar por rasurar la barba, y para evitar las inoculaciones, conviene *enjabonar* y lavar con *sublimado* la región antes y después de rasurarla. Se aplica en seguida una capa de *tintura de yodo* para destruir todas las inoculaciones epidérmicas. Después se hará cada noche una aplicación de una pomada *azufrada*.

Manteca de cerdo benzoica.	20 gramos
Jabón verde.	2 —
Azufre precipitado.	2 ó 4 —
Resorcina.	2 —

M. s. a.

Dos veces á la semana se afeitará la barba tomando la misma precaución de lavarla con sublimado antes y después de practicar aquella operación.

La pomada determina una ligera descamación y poco á poco los pelos enfermos son reemplazados por pelos sanos; se necesitan, sin embargo, algunos meses para llegar á la curación.

V

Tricofitia de las partes desprovistas de pelos

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

En estas regiones, se manifiesta en forma de placas ó círculos de bordes rojizos y algo prominentes, escamosos, costrosos, vesiculosos ó también pustulosos, constituyendo el herpes circinado de los antiguos. Sabouraud ha hecho hincapié en la extrema diversidad de aspecto que presentan estos círculos en unos y otros enfermos, en oposición á la completa semejanza de aquéllos en los mismos enfermos ó en todos los enfermos que han sufrido igual contagio. Estas diferencias dependen de que estos diversos casos son debidos á distintos parásitos. Nuestras personales investigaciones nos permiten confirmar plenamente esta observación.

Vese también algunas veces, que en la piel sana se forman placas prominentes, profundamente infiltradas, inflamadas, supurantes, que

corresponden al Kerion Celsi del cuero cabelludo y al sicosis de la barba. Son tipos de estos géneros descritos por Leloir con el nombre de foli-culitis conglomeradas.

B. — TRATAMIENTO

La tricofitia superficial de la epidermis es de todas las formas que puede revestir la enfermedad la más fácil de curar. En la inmensa mayoría de los casos, se logra curar en ocho días por medio de una embrocación de *tintura de yodo* bastante enérgica para producir la descamación, y á lo más convendrá ver de nuevo al enfermo al cabo de quince días para asegurarse de que no hay pequeños focos de recidiva, los cuales se harían desaparecer en su caso siguiendo igual procedimiento.

A veces la tintura de yodo no es tolerada, ya á consecuencia de la anormal susceptibilidad del individuo, ó por tratarse de ciertas regiones como los pliegues génitocrurales. En estos casos, se untarán las regiones con una pomada que contenga 2 ó 4 gramos de *resorcina* por 20 gramos de manteca de cerdo; ó mejor todavía, de 0,50 á 1 gramo de *crisarrobina* por 20 gramos de manteca de cerdo, aplicándola todas las noches durante cuatro ó cinco días. Importa, sin embargo, vigilar al enfermo para suspender el tratamiento á la primera amenaza de eritema crisarrobínico y para evitar que la pomada manche las ropas.

Una de las regiones en que la tricofitia epidérmica se presenta muy rebelde es la *palma de las manos*. Puede quedar estacionada en esas regiones durante varios años, resistiendo á todas las irritaciones profesionales químicas ó físicas, y persiste en ella tanto más cuanto que algunas veces es muy poco molesta hasta pasar desapercibida á los enfermos, siendo considerada muchas veces por los médicos como un eczema.

De todos los tratamientos que hemos ensayado contra la tricofitia crónica de la palma de las manos, la tintura de yodo aplicada cada dos días es también la que nos ha dado mejores resultados y son necesarios con todo algunos meses para llegar á la curación.

Cuando la tricofitia de las partes desprovistas de pelo reviste la forma sicósica, que constituye la foli-culitis agmínea, ha de aplicársele el tratamiento del sicosis parasitario.

VI

Tricofitia de las uñas

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Sucede con bastante frecuencia que la tricofitia de la mano se extiende hasta la raíz de la uña y, rodeando el repliegue supraungueal, invade la lámina ungueal. De esto proviene una afección de la uña, extremadamente rebelde, que puede durar toda la vida del enfermo. El aspecto de las lesiones es bastante variable. A veces la uña está sólo separada del dermis subyacente por una gruesa capa de substancia córnea friable, como médula de junco; otras, se pulveriza en su extremidad y en la superficie, dejando al descubierto cierta porción del dermis; otras veces, por último, sobre todo en los casos muy antiguos, la lámina ungueal levantada por la hiperqueratosis ungueal está gruesa, amarilla y opaca. La porción basilar de la uña las más de las veces parece sana; pero á menudo, y quizá siempre, el examen microscópico demuestra que el parásito infecta toda la lámina ungueal hasta la matriz. Comprenderáse con esto la extraordinaria tenacidad de esta afección (1).

B. — TRATAMIENTO

Aquí, lo mismo que en la tiña tonsurante, la dificultad no está en matar el parásito sino en poder alcanzarle: habrá que quitarse toda la uña. Cuando se arranca quirúrgicamente, quedan casi siempre en el fondo del surco-matriz algunos restos del bisel basilar de la uña y esto basta para que la enfermedad se reproduzca. Lo más seguro es hacer con la uña lo mismo que se hace con los cabellos, ó sea determinar su expulsión inflamatoria. Este es el principio en que se funda el tratamiento de Campana y de Pellizzari (2).

Se aplica diariamente sobre la uña, y especialmente en su raíz, una

(1) ARNOZAN y DUBREUILH. — De la tricofitia de las manos y de las uñas (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1892).

(2) W. DUBREUILH. — Tratamiento de la onicomycosis por la pomada á base de pirogalol (*Journal de médecine de Bordeaux*, 23 de Diciembre de 1894).

pomada compuesta de aceite de olivas y de *ácido pirogálico* en partes iguales, cubriéndola después con un dedo de guante.

Al cabo de algunos días, de ocho á doce aproximadamente, se produce una supuración alrededor de la uña que se ha hecho movediza. Se incinde la epidermis levantada por el pus aplicando luego una cura antiséptica húmeda, con lo que disminuye la inflamación. Algunos días después cae toda la uña y ya no hay más que dejarla crecer de nuevo.

Este método presenta el grave inconveniente de ser muy doloroso y exigir la más minuciosa vigilancia, pues si la inflamación es demasiado intensa, se corre el peligro de que se produzcan lesiones irremediables y la uña salga deforme.

Otro procedimiento más suave consiste en *limar* la lámina ungueal con un trozo de vidrio hasta el dermis subyacente y mantener aplicada una cura antiséptica húmeda, como por ejemplo, de *sublimado* al 1 por 1000. Requiere para esto, no obstante, que la enfermedad esté limitada á la extremidad de la uña, de lo que no se tiene nunca seguridad, á pesar de que la raíz aparezca á simple vista normal. Recientemente Sabouraud parece haber conseguido buenos resultados curando la uña cada día con una compresa humedecida en una *solución yodada* al 1 por 1000 y cubriéndola con un dedal de caucho.

CAPITULO XXXV

TRATAMIENTO DEL ERITRASMA

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado de la facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

El eritrasma es una afección parasitaria de la piel que se caracteriza por placas bastante bien limitadas, ligeramente escamosas, de color bistro, sin formar prominencia ni relieve, ni presentar tampoco reacción inflamatoria, y que se localizan casi exclusivamente en los pliegues articulares. El punto en que radican con preferencia es el pliegue génito-crural en los dos sexos, extendiéndose en el hombre por las superficies de contacto del escroto y muslo; muy raras veces se observa en las axilas y en los pliegues del codo ó de la corva. La enfermedad parece que puede durar indefinidamente, y salvo una ligera comezón, no ocasiona ninguna molestia.

El examen microscópico de las escamas nos demuestra la existencia de un parásito constituido por unos filamentos muy finos, mucho más finos que cualquiera de los microfíto de la piel, y cuyos esporos son muy pequeños: se ha descrito con el nombre de *microsporon minutissimum* por Burckhardt. Por más que en ningún caso se encuentra el parásito con tanta abundancia como en el eritrasma, por medio del examen microscópico (Balzer y Dubreuilh), y también en los cultivos (Durey y Reale),

se pueden hallar en la piel sana, aunque en pequeña cantidad, parásitos del todo parecidos. No se ha demostrado, por consiguiente, que en el primer caso se trate de un parásito específico.

II

Tratamiento

Siendo el eritrasma una afección muy superficial es muy fácil conseguir la desaparición de las placas morenas que le caracterizan. Para esto, es necesario simplemente evitar la acción de los agentes demasiado enérgicos que irritarían la piel fina de las regiones que de ordinario se hallan afectas. Pueden aplicarse las pomadas *azufradas* ó *resorcinadas*.

Manteca benzoica.	20 gramos
Azufre precipitado.	2 —
Resorcina.	1 —

M. s. a.

Podemos también limitarnos á practicar repetidos *enjabonamientos* alternándolos con *baños sulfurosos*. De este modo puede conseguirse con bastante facilidad la desaparición de las placas de eritrasma; pero del mismo modo que la pitiriasis versicolor, esta dermatosis tiene gran tendencia á recidivar, por lo que, para obtener la definitiva curación de la misma, es indispensable continuar por mucho tiempo el tratamiento. Será útil, por lo tanto, tomar todas las semanas un baño sulfuroso, practicar cada dos días un enjabonamiento completo de las regiones afectas, espolvoreándolas en los intervalos abundantemente con *polvo de talco* adicionado de un 2 por 100 de *ácido salicílico*. Estos espolvoreos obran, por una parte, como parasiticida, y por otra, desecando la piel, suprimen una de las condiciones necesarias para el desarrollo del parásito.

CAPÍTULO XXXVI

TRATAMIENTO DE LA PITIRIASIS VERSICOLOR

POR

W. DUBREUILH

Profesor agregado de la Facultad de Burdeos

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

La pitiriasis versicolor está constituida por unas manchas oscuras ó rojizas, aisladas ó confluentes, que cubren á veces extensiones considerables de la piel, principalmente en el tronco y parte superior de los miembros. Estas manchas no forman prominencia, están bien limitadas, son algo escamosas y no determinan ninguna sensación anormal, á lo más algo de prurito.

Estas manchas son producidas por un parásito especial, el *microsporon furfur*, que vive y vegeta en la capa córnea, cuya consistencia disminuye, por lo que será posible arrancar un trozo de capa córnea con un araño bien dirigido. Esta facilidad de ceder á un araño y el aspecto especial del parásito en el trozo de capa córnea arrancado de este modo son muy característicos.

II

Tratamiento

Con bastante facilidad se logra hacer desaparecer las manchas rojizas por un tratamiento muy sencillo, con los *enjabonamientos* enérgicos por

ejemplo; mucho más difícil es evitar las recaídas, en previsión de lo cual deberá también continuarse por largo tiempo el tratamiento después de la desaparición de las manchas.

Si la enfermedad es muy limitada, se podrán hacer aplicaciones de *tintura de yodo*; pero en general la erupción es demasiado extensa para permitir esta forma de tratamiento.

Brocq recomienda que por la noche se practique un enjabonamiento con *jabón negro* dejando que la espuma se seque por sí sola; á la mañana siguiente se lavará la región con agua caliente.

Todas las noches se podría hacer una loción con la siguiente pomada:

Manteca de cerdo.	50 gramos
Ácido salicílico.	5 —

M. s. a.

y enjabonar por las mañanas las partes afectas.

Una de las mejores preparaciones es la pomada con 2 á 4 por 100 de *crisarrobina*, que se aplica cada noche durante una semana, á menos que deba suspenderse por la erupción medicamentosa que aparece con bastante frecuencia, porque acelera la eliminación del parásito y la curación.

Se podrán también emplear las lociones de *hiposulfito de sosa* al 5 por 100 ó de la solución de *polisulfuro de potasio* (una cucharada en medio litro de agua).

Sea cual fuere el medicamento que se emplee, habrá de continuarse el tratamiento aun mucho tiempo después de haber desaparecido la erupción, aplicando sobre todas las partes afectas una vez á la semana, y durante varios meses, cualquiera de las preparaciones indicadas precedentemente.

CAPÍTULO XXXVII

TRATAMIENTO DE LA PTIRIASIS Y DE LAS PICADAS DE PULGAS Y CHINCHES

POR

P. AUBERT

Cirujano de l'Antiquaille

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Picadas de pulga

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

La pulga común (*Pulex irritans*) es un insecto pequeño, negruzco, muy ágil, del orden de los afanípteros y de la tribu de los pulicidos.

Las pulgas, más que una causa de enfermedad, han de considerarse como una de las pequeñas miserias de la vida. No hay duda, en efecto, que todos hemos experimentado algunas sensaciones desagradables y hasta hemos pasado algunas malas noches por sus picadas. A ellas debemos atribuir, sobre todo en los niños pequeños, la inquietud y desasosiego inmotivados que á veces observamos en ellos. Examinando la superficie de su cuerpo, se notarán pequeñas hemorragias punctiformes características, y más á menudo también pequeños grupos eritematosos ó urticados, cuya causa se descubrirá ciertamente examinando con cuidado las ropas ó las camisas.

Estas lesiones por su poca importancia apenas merecen ser tratadas, si bien, en individuos predispuestos, las pulgas llegan á veces á provocar y sostener brotes de urticaria. Wood ha visto también subir

ligeramente la temperatura después de varias picadas de pulgas. Los cuidados de limpieza acostumbrados, el cambio de ropas, algunos polvos inertes y cualquiera pomada anodina son suficientes para combatir estos efectos.

B.—TRATAMIENTO

El verdadero tratamiento ha de ser preventivo, y consiste en preservarse de las pulgas y destruirlas. No es nuestro propósito indicar aquí el arte ó mejor manera de coger las pulgas, pero no estará fuera de lugar señalar algunos de los medios para preservarse de las mismas.

Por todas partes se encuentran estos insectos, en los ómnibus, teatros, iglesias, aglomeraciones de todas clases, y hasta en el propio domicilio si se tienen perros; por esto convendrá que estos animales estén siempre bien limpios, lavarlos y enjabonarlos de vez en cuando, y espolvorearlos con azufre dos ó tres días seguidos sujetándolos para que no se sacudan.

Se quemará también de vez en cuando la paja de las perreras. Los propietarios de jaurías, á quienes hemos consultado, tienen poca confianza en los polvos insecticidas, cosa que no nos extraña desde que, recorriendo las montañas, hallamos un industrial que recogía las flores de margarita por centenares de kilogramos para falsificar los polvos de pelitre.

Los tejidos de pelo fino, franelas, muletones, abrigos de lana cuya finura y multitud de filamentos dificultan los movimientos, constituyen verdaderos lazos de atrapar pulgas. Una religiosa dedicada al cuidado de los pobres y de los enfermos nos dijo que se ponía muletones en la parte inferior de las piernas y en el ruedo interior de las faldas, recogiéndose en seguida en ellos gran número de estos insectos.

¿Haremos mención del procedimiento seguido por la escuela de Roma que me enseñó un pintor eminente? Consiste en entrar desnudo en una habitación en donde se sabe que hay pulgas y cuando éstas saltan á las piernas atraparlas con una bolita de arcilla ó de cera de modelar.

II

Picadas de chinches

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

La chinche de las camas (*Cismexa lectularius*) es un insecto de color rojizo, plano, que despidе mal olor, sobre todo al aplastarlo, y que pertenece al orden de los hemípteros heterópteros de la tribu de las Geogorias. Su boca está provista de una trompa rígida que produce lesiones más serias que el chupador de las pulgas. La pequeña picada va acompañada generalmente de urticaria, prurigo, de una zona de inflamación; es asiento de un intenso prurito y puede convertirse también en punto de partida de verdaderas escoriaciones ó ulceraciones. Los otólogos citan casos de chinches que se han fijado en el tímpano despertando dolores intolerables. Antes de que la ocuparan los rusos, existía en la capital del Turkestán una torre de chinches en donde eran encerrados ciertos condenados que morían al cabo de algunas semanas llenos de llagas y de úlceras.

Las chinches viven en la armadura de la cama, y en los intersticios de las paredes y bastimentos de puertas y ventanas; hemos visto algunas meterse debajo de los apósitos inamovibles; salen de noche para alimentarse, encerrándose durante el día en su albergue; no obstante, si alguien duerme en las horas del día, saben perfectamente encontrar á su víctima y llega á decirse que tienen la astucia de subirse al techo, á lo largo de la pared, y dejarse caer sobre las camas.

Las grandes maniobras, peregrinaciones, simples excursiones y noches pasadas en los mesones son otras tantas ocasiones de encontrarse con esta clase de insectos.

B.—TRATAMIENTO

Por punto general, es fácil curar las lesiones consecutivas á las mordeduras de estos animales. Limpiarse bien, tomar algunos baños simples ó almidonados y locionarse con agua adicionada de *vinagre*, *agua de Colonia* ó *ácido fénico*, es todo lo que se requiere en estos casos. Las

ulceraciones, aunque pequeñas, pueden exigir además el guardar cama y la aplicación de algunas curas, pero esto es bastante raro.

Más difícil es quitar las chinches de un local, habitación ó cama que han invadido. El pequeño mastuerzo, berro de las ruinas (*Lepidum ruderale*) se dice que las atrae, permitiendo reunir las y luego destruirlas.

En el Mediodía de Francia (Lyón corresponde ya al Mediodía) se han aprovechado del instinto que tienen las chinches de alojarse en los intersticios de la madera, colocando debajo de los colchones ó almohadas, chincheros de mimbre trenzado llamados *bardanières*, en relación con las chinches que designan con el nombre de *bardanes*; por la mañana, se sacuden los chincheros en el rellano de la escalera y se aplastan las chinches. Esto es lo que se hace todavía en los barrios de obreros; á menudo se hace preciso desmontar la armadura de la cama, untar las junturas con *petróleo*, *esencia de trementina*, ó *cocimiento fuerte de tabaco*.

En dos ocasiones, para limpiar un local invadido por chinches, aconsejamos quemar *azufre* dentro de la habitación después de haber cerrado las puertas y ventanas, y tapado las aberturas con cola de almidón y papel. A las veinticuatro horas el resultado era completo y definitivo.

III

Piojos

Los piojos son insectos parásitos del orden de los ápteros que tienen sólo tres pares de patas. Las especies de estos insectos son numerosas. El hombre está expuesto á tres de estas especies: el piojo de la cabeza, el del pubis y el del cuerpo. El piojo de los caquéticos, *Pediculus tabescentium*, es sólo una variedad del piojo del cuerpo. No creemos que «la carne se vuelva piojos», pues sabemos que estos insectos provienen de otros piojos, naciendo de huevos. Los casos legendarios de domésticos cuya única ocupación era recoger y destruir los piojos de personajes ilustres no dejan de ofrecer interés, mostrando á qué grado de miseria puede llevar, aun en los casos más sencillos, la falta de los naturales cuidados de limpieza.

A.—PIOJOS DE LA CABEZA

1.º Consideraciones generales

El piojo de la cabeza, *Pediculus capitis*, se aloja casi exclusivamente en los cabellos y algunas veces en la barba; deposita sus huevos en forma de *liendres* en la base de los pelos. Este piojo es el único que, á pesar de sus fechorías, goza en el pueblo de buena reputación. Es cosa corriente, en el Mediodía de Francia, que los piojos son la salud de los niños, y hemos oído decir también en Bretaña que el piojo es sano.

No hay que mostrar demasiado desprecio por las creencias populares. El estómago descolgado, por ejemplo, ha encontrado su fórmula científica en la teoría de las ptosis de Glénard; confesamos, sin embargo, que hemos buscado inútilmente las ventajas que pueda tener el piojo de la cabeza. Al contrario, hemos visto siempre que eran causa de prurito é insomnio, de decaimiento, de impétigo fétido rezumante ó granulado, localizado sobre todo en la nuca, de infartos y abscesos ganglionares ó cutáneos. Creemos también, como de ello tenemos fundadas pruebas, que favorecen el desarrollo del favus proporcionando á los esporos un terreno húmedo que les fija y permite su primer desarrollo.

El piojo de la cabeza se encuentra principalmente en los niños, y la frecuentación de los colegios es una causa de propagación, como de todo lo que es contagioso; pero puede encontrarse en todas las edades. Las enfermedades y heridas, haciendo olvidar ó dificultando la práctica de los ordinarios cuidados de limpieza de la cabeza, favorecen su extensión. Algunas veces se les ve pulular por debajo de los vendajes enyesados destinados á inmovilizar la cabeza.

2.º Tratamiento

Consiste en destruir los piojos y tratar las lesiones que han provocado. El peine, sobre todo el peine fino, es el instrumento por excelencia del tratamiento preventivo y también del curativo en los casos sencillos. Pero si los piojos están en gran número, de suerte que los cabellos están pegados por el humor impetiginoso, cubiertos de costras ó de liendres, el peine no basta y hay que acudir á las tijeras.

Aún conviene hacer otra distinción. En los niños y niñas no ofrece ninguna dificultad el cortarles los cabellos, practicando después lociones

con jabón y ligeramente antisépticas, ó aplicando distintas pomadas á base de *calomelanos* al 1 por 30, *ácido bórico*, *óxido de zinc*, *sulfato de cobre* al 1 por 30, etc., etc. Muchas veces darán también buenos resultados las cataplasmas de *aceite* y la *gorra de caucho*, para amortiguar la inflamación, desprender las costras y favorecer la sección de los cabellos en la base. Cuando se trata de señoritas y de las mujeres en general, si bien pueden sacrificarse los mechones de pelos más comprometidos, es necesario conservar la cabellera. Con este objeto, ensayamos los vapores de *sulfuro de carbono* debajo de una gorra de algodón, pero al cabo de algunos segundos los dolores se hacían inaguantables; la *esencia de trementina* empleada de la misma manera es bien tolerada y da buenos resultados.

Los *polvos insecticidas*, si son de buena calidad, prestan también buenos servicios para esta destrucción previa de los piojos. Asimismo las cataplasmas y unturas aceitosas permiten reblandecer las costras y arrancarlas más fácilmente con el peine. Más tarde encuentran su indicación las pomadas señaladas anteriormente. Con poca ó mucha paciencia, según los casos, se consigue desprender las liendres, mojando los cabellos con *vinagre caliente*, que reblandece la quitina, y sirviéndose de un peine metálico de púas espesas.

B.—PIOJO DEL PUBIS

1.º Consideraciones generales

El piojo del pubis, *Pediculus pubis*, *morpion (ladilla)*, vive sobre todo en el pubis, pero puede encontrársele también en los pelos de los miembros, del tronco, axilas y aun, en los niños, en la periferia del cuero cabelludo. Varios casos de ptiriasis de los párpados debidos á este insecto se han observado en estos últimos años, principalmente en los niños (Jullien). En presencia de una blefaritis rebelde, hay que pensar siempre en la posibilidad de esta localización y explorar cuidadosamente con la lente el borde palpebral.

El piojo del pubis, propagado por las prostitutas y demás mujeres de vida airada, se encuentra en un medio social más elevado que el piojo de la cabeza y el del cuerpo. Estos piojos, al invadir el pubis, le convierten en punto de partida de un prurito de intensidad variable, que no guarda relación con la abundancia de los parásitos, y de erupciones pruriginosas. Se ha visto á veces que las escoriaciones que provoca van seguidas

de gangrena del escroto, y Gemy cita un caso de verrugas escrotales que se hicieron horriblemente pruriginosas y pululantes á consecuencia de una invasión de ladillas. Constituyen todavía la causa única de las manchas azules ú oscuras que se tenían antiguamente por un síntoma de fiebre tifoidea. Esta observación, conocida desde el año 1868 en la Facultad de medicina de Tolón, por el profesor Falot y sus alumnos, no fué publicada hasta diez años después. Duguet ha contribuido mucho á dar interés á la cuestión, al demostrar que la inoculación con la lanceta de jugo de ladillas produce estas manchas, y que esta propiedad corresponde exclusivamente al segmento torácico superior en donde se encuentran las glándulas salivales.

2.º Tratamiento

El *ungüento gris* es un medio popular y muy eficaz. Cuando se emplea, conviene, para evitar los accidentes de irritación local y de absorción, que la aplicación no dure más allá de algunas horas (Besnier) y quitarla después por medio de *lociones jabonosas* y un *baño*. Estas aplicaciones podrán repetirse varios días seguidos. Las *lociones alcohólicas* acuosas ó *avinagradas* de *sublimado* al 1 por 300, y las *pomadas* ó *aceites naftolados* al 1 por 10, dan también excelentes resultados. Con preferencia á todos estos diversos medios, nosotros aconsejamos la *pomada alcanforada*, porque puede aplicarse en abundancia y constituye un medio inofensivo, limpio y muy eficaz (Cordier).

Como coadyuvantes resultan muy á propósito los *baños sulfurosos* ó los *baños de sublimado* de 10 á 20 gramos por baño.

En los *párpados* se emplearán con preferencia las pomadas á base de *calomelanos* al 1 por 10, ó de *óxido amarillo de mercurio* al 1 por 40, y la *pomada alcanforada*; la extracción minuciosa y paciente con unas pinzas de garfios, de los piojos y de las liendres, resulta el mejor medio que puede emplearse. Algunos enfermos se han curado perfectamente ellos mismos valiéndose sólo de sus uñas.

C.—PIOJO DEL CUERPO

1.º Consideraciones generales

Los piojos del cuerpo (*Pediculi corporis seu vestimentorum*) habitan principalmente en los vestidos, donde depositan sus huevos, pero se alimentan de nuestra piel, que es donde se les encuentra algunas veces,

colocados oblicuamente, y la cabeza hundida en un folículo cuya sangre chupan. Tilbury Fox ha descrito como signo característico de su presencia una depresión circular punctiforme de las dimensiones de una cabeza de alfiler, circunscrita por unos bordes bien definidos debida al folículo dilatado, con un pequeño punto de sangre coagulada en el centro.

Este piojo causa intenso prurito, que motiva el rascarse, escoriaciones que pueden inflamarse y ser el punto de origen de abscesos, linfangitis y adenitis. Estas lesiones pueden aparecer por todo el cuerpo, pero su sitio de preferencia es la espalda, el cuello y la cintura. Las señales del rascarse se pigmentan con mucha frecuencia; habiéndose observado algunos casos descritos con el nombre de *melanodermia parasitaria*, *ptiríctica* ó *enfermedad de los vagos*, en que el tinte bistro y también negro de la piel se generaliza, ó bien el tinte pigmentado invade asimismo las mucosas en términos de hacer sospechar la enfermedad de Addison. El error es tanto más fácil, cuando no se está prevenido, por cuanto estos piojosos son muchas veces individuos pobres y caquéticos.

2.º Tratamiento

Por medio de la *alimentación*, los *tónicos* y el aseo, pasados siempre los vestidos por la *estufa* ó sometidos al *vapor de azufre*, se curan con bastante facilidad los enfermos que no se encuentran en un estado caquético demasiado avanzado, aun los que tienen extensas melanodermias. Convienen asimismo los *baños sulfurosos* ó de *sublimado*, las *pomadas fenicadas* al 2 por 100, las *pomadas naftoladas* del 5 al 10 por 100 y la *pomada alcanforada*. Pero el enfermo, al entrar en su casa, vuelve á encontrarse con su miseria, su chiribitil sucio, los piojos de la cama ó de la paja. Por esto es que no solamente debe limpiarse el enfermo y desinfectar sus vestidos, sí que también hay que *desinfectar* su habitación. Los piojos, en efecto, pueden crecer y multiplicarse fuera de la superficie de la piel. Trousseau refiere el caso curioso, y un tanto olvidado, de la invasión de una tienda de un tratante en granos por millares de piojos que se habían multiplicado en un saco de salvado (1).

(1) TROUSSEAU.—*Traité de thérapeutique*, artículo MERCURIO.

CAPITULO XXXVIII

TRATAMIENTO DE LA SARNA

POR

H. HALLOPEAU

Médico del hospital Saint-Louis, agregado de la Facultad de París,
Miembro de la Academia de Medicina

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Esta dermatosis puede considerarse como un tipo de enfermedad parasitaria. Sabido es, en efecto, que su condición *sine qua non* es la invasión de la epidermis por un ser vivo, el *acarus scabiei*, y que se traduce clínicamente, no sólo por el surco que abre en la epidermis la hembra del insecto, sino también por diversas lesiones inflamatorias, cuyas causas próximas son la acción mecánica del parásito y la irritativa de los productos que segrega: la extensión y los caracteres de estas lesiones secundarias varían esencialmente con el número de los acaros y sobre todo con la diversa manera de reaccionar los individuos.

En los surcos pueden considerarse: la puerta de entrada, constituida por una depresión infundibuliforme de la epidermis, ó por una vesícula; un trayecto, las más de las veces algo flexuoso y punteado, en el que la epidermis está ligeramente levantada, y el extremo terminal ó cola, en cuya superficie puede distinguirse á veces un punto brillante y refringente que es el acaro. Separando la epidermis con la punta de una aguja es fácil su extracción, encontrándose también allí los huevos y los excrementos del animalejo. Con bastante frecuencia se desarrolla en el trayecto

del surco una pústula que le oculta en parte. En ciertas regiones, el surco va siempre acompañado de lesiones irritativas, consistentes las más de las veces en un abultamiento con rubicundez é induración del dermis en su trayecto; la hinchazón puede extenderse siguiendo la dirección del surco y así es cómo se la encuentra generalmente delante de las axilas; otras veces es papulosa. En esta forma se presentan las lesiones tan frecuentes del prepucio y del glande.

El número de los surcos varía mucho según los casos; á veces sólo después de buscar mucho se llega á encontrar uno en las regiones habitualmente exentas; otras veces se presentan en gran número en los puntos de elección.

Las alteraciones secundarias son á veces de muy diversa índole; las más frecuentes son la alteración pápulo-costrosa, que Besnier denomina *eczema papuloso*, pero nosotros preferimos conservar el nombre de *prurigo* que le dió Hardy, pues parécenos que responde mejor á sus caracteres clínicos; obsérvanse también con mucha frecuencia, el *eczema vesiculoso*, *costroso* ó *escamoso*, las pústulas de *ectima*, *liquenificaciones*, algunas veces *ampollas*, y, como complicaciones, las *linfangitis*, *abscesos cutáneos* ó *subcutáneos* y *adenopatías* que pueden supurar.

Estas distintas alteraciones predominan en los puntos de elección de la enfermedad, pero pueden extenderse asimismo á la mayor parte de la superficie del cuerpo; la cabeza por lo general permanece indemne, á lo menos en la sarna vulgar de nuestros países; en cambio, en los casos de sarna equina, dada á conocer recientemente por Besnier, la totalidad de la superficie del cuerpo queda invadida.

El síntoma predominante de la sarna es el *prurito*, siendo especialmente de notar por las exasperaciones vespertinas y nocturnas que las más de las veces ocasiona; Besnier señala un *prurito inconsciente* en el que los enfermos se rascan sin experimentar sensaciones *pruriginosas*.

Las erupciones secundarias desaparecen generalmente en pocos días después de haber destruído el parásito; en algunos casos raros pueden persistir, designándose entonces con el nombre de *parasarnosas*, que les dió Leloir: la forma en que se presentan casi siempre es la de *eczema* ó de *ectima*.

II

Indicaciones terapéuticas

Evidentemente la indicación esencial que debe cumplirse en esta enfermedad es la de matar el parásito. No faltan medicamentos eficaces para conseguirlo, pero el médico ha de procurar por medios mecánicos facilitar su acción sobre el acaro, especialmente sobre la hembra y sus huevos, que permanecen en los surcos; debe servirse para ello de agentes que, ejerciendo una acción segura sobre el acaro, no provoquen por otra parte una irritación perjudicial en el tegumento; ha de atender igualmente á las diversas erupciones que ha podido determinar la presencia de este agente, y combatir, por último, directamente en ciertos casos, los trastornos funcionales que subsisten casi siempre hasta la destrucción del animalejo, y por excepción, como las erupciones secundarias, persisten aún después del mismo. Las indicaciones, por tanto, se derivan *de la causa, de las lesiones y de los síntomas*.

A.—INDICACIONES QUE DERIVAN DE LA CAUSA

Los parasiticidas que pueden emplearse contra el acaro son numerosos, é importa escogerlos bien, como poner en práctica un tratamiento preventivo apropiado, para poder obrar directamente contra el acaro. Los puntos en que preferentemente aparecen los surcos son las manos, especialmente los espacios interdigitales, la cara palmar de las muñecas, la parte posterior de los codos, la anterior de las axilas, el pene, los pezones en la mujer, el ombligo, las nalgas y caderas, la planta de los pies así como su cara interna; y por último, las regiones en que la epidermis se ha engrosado anormalmente por irritaciones reiteradas, tales como la cintura en ambos sexos, las espaldas en los mozos de cordel, la parte anterior de las rodillas en los religiosos, etc. Así, pues, el acaro puede escapar á la acción de los medios que obran sólo superficialmente sobre la epidermis, puesto que sus surcos intraepidérmicos penetran muchas veces hasta las células del cuerpo mucoso de Malpigio; tal ocurre, por ejemplo, con los *baños sulfurosos*, los cuales destruyen los parásitos que habitan en la superficie de la epidermis (sobre todo los acaros machos) pero en cambio las hembras, y especialmente sus huevos, que están pro-

fundamente ocultos, permanecen inaccesibles, y la enfermedad, después de una mejoría pasajera, recidiva pronto pasado un septenario, tiempo que necesitan los nuevos acaros para desarrollarse.

Por consiguiente, la condición de poner al descubierto los surcos es bien manifiesta; y esto se conseguirá frotando enérgicamente las partes indicadas con *jabón blando de potasa*, primero al aire libre, después dentro de un baño cuyo efecto es reblandecer la epidermis.

Sólo después de haber hecho esta primera y doble fricción, una fuera y otra dentro del baño, durando cada una de ellas veinte minutos, puede pasarse á la *frotación* con el agente parasiticida escogido. La frotación debe hacerse en todo el cuerpo, si bien de un modo especial en los puntos de elección de los acaros.

Las más de las veces se emplea una preparación *azufrada* y de éstas las más usadas son aquellas en que, según la fórmula de Helmerich, el *carbonato de potasa* va asociado al azufre con el objeto de desgrasar y reblandecer la epidermis, favoreciendo de este modo la penetración del medicamento. La preparación en boga en el hospital Saint-Louis, desde que Hardy instituyó en él el tratamiento rápido de la sarna, contiene una sexta parte de azufre y una doceava parte de carbonato de potasa; el excipiente es la *manteca de cerdo*; esta preparación puede sustituirse por la *vaselina*, asociada ó no con la *lanolina*, ó mejor por la *resorbina* aromatizada con *mentol*. Según Fournier, es preferible reducir todavía estas proporciones, pues tiene la seguridad de que una pomada que contenga una doceava parte de azufre y una vigésimoquinta de carbonato de potasa es suficientemente activa. Besnier recomienda que las fricciones jabonosas y medicamentosas se hagan con un cepillo de mano un poco largo; de este modo se puede disminuir en una mitad la dosis del carbonato de potasa.

En el hospital Saint-Louis se aconseja á los enfermos que conserven puesta la pomada hasta la mañana del día siguiente, tomando entonces un *baño con jabón*; en la ciudad no puede exigirse que la mantengan aplicada más de media hora.

Este tratamiento, en las nueve décimas partes de los casos por lo menos, bastará para destruir todos los acaros y determinar por tanto la curación de la enfermedad en breve plazo; en la mayoría de individuos las erupciones secundarias desaparecen al cabo de pocos días, espontáneamente ó bajo la influencia de un tratamiento apropiado; esto no obstante, convendrá esperar que pase un septenario antes de dar por segura la curación, pues, como ya hemos indicado, pueden desarrollarse en este tiempo nuevos acaros si una hembra ó sus huevos se libraron

del tratamiento; en este caso deberán emplearse de nuevo los mismos medios.

Se han recomendado fórmulas muy diversas de preparaciones azufradas, siendo las más empleadas las siguientes:

POMADA DE WILKINSON MODIFICADA POR HEBRA

Flor de azufre.	} aa.	20 gramos
Aceite de haya.		
Jabón verde.	} aa.	80 —
Manteca de cerdo.		
Creta blanca pulverizada.		5 —

M. s. a.

POMADA DE BOURGUIGNON

Glicerina.	200	gramos
Flor de azufre.	100	—
Carbonato de potasa.	35	—
Goma tragacanto.	5	—
Aceite de espliego.	} aa.	1 gr. 50
— de menta.		
— de cariofilea.		
— de cinamomo.		

M. s. a.

Esta preparación tiene el inconveniente de ser muy cara. Besnier sustituye los aceites esenciales por el mentol.

En los casos en que sean las fricciones impracticables, se podrá cubrir simplemente la superficie del cuerpo con vaselina, espolvoreándola después con azufre; este procedimiento ha dado varias veces buenos resultados, pero no podría adoptarse en la generalidad de los casos, supuesto que la acción del medicamento así aplicado sobre los acaros y sus huevos contenidos en los surcos es muy insegura.

En Bélgica, en el hospital Saint-Pierre de Bruselas, en vez de la pomada se emplea la solución siguiente, cuya fórmula es de Vleminckz.

Cal viva.	100 gramos
Azufre sublimado.	250 —
Agua.	1 litro

Disuélvase.

Se aplica con un cepillo de crin bastante flexible; mientras se practica la operación, se coloca al enfermo junto á un fuego bastante intenso para que la desecación del líquido se verifique rápidamente y deje el sulfuro incrustado en los surcos (De Smet).

Muy recientemente Jullien ha preconizado el *bálsamo del Perú*, considerándolo Peters, Burckardt, Nothnagel y Rossbach y Tanturri,

tan eficaz como el azufre; lo aplica en estado puro por toda la superficie del cuerpo con un pincel y frotando sin violencia; siendo este bálsamo muy volátil, penetra en los surcos sin que haya necesidad de desgarrarlos; al día siguiente, los enfermos habrán de tomar un baño de limpieza; tratados de esta manera, se han curado más de 300 enfermos radicalmente. Igual medicamento emplean Kaposi y Feulard, en forma de pomada, recomendándose especialmente la fórmula siguiente:

Resorbina.	100 gramos
Alcohol.	4 —
Bálsamo del Perú.. . . .	15 —
Acido benzoico.. . . .	0 gr. 75
Aceite de clavo de especia.. . . .	II gotas

M. s. a.

La acción irritante del bálsamo del Perú es nula, y puesto en contacto con los acaros, los mata al cabo de diez á treinta minutos. Importa recordar, sin embargo, el caso publicado (Bernouilli) de un individuo que murió á consecuencia del uso externo de este medicamento, y por otra parte, si es impuro, puede ser causa, como se ha observado, de una cistitis con coloración negra de la orina. Este medicamento tendrá, por consiguiente, que emplearse con mucha circunspección.

Las diversas preparaciones azufradas que acabamos de enumerar, así como las fricciones con el jabón de potasa, no pueden ser practicadas en los casos en que la sarna se complique, sea porque la aplicación del tratamiento se hizo demasiado tarde ó no fué apropiado ó por existir una diátesis, una idiosincrasia, una dermatitis eczematosa ó extensas supuraciones; renunciaremos entonces al tratamiento rápido, recurriendo á los parasitocidas menos activos é irritantes, conducta que deberemos seguir también cuando se trate de niños.

Kaposi obtiene buenos resultados de la siguiente preparación:

Manteca de cerdo.. . . .	100 gramos
Jabón verde.. . . .	50 —
Naftol.	15 —
Creta blanca pulverizada.	10 —

M. s. a.

El jabón verde que entra en esta pomada la hace todavía irritante, por lo que Besnier la ha modificado en la siguiente forma:

Naftol.	5 á 15 gramos
Eter sulfúrico.	c. s. para disolver
Mentol.. . . .	0 gr. 25 á 1 gramo
Vaselina.	100 gramos

M. s. a.

En iguales condiciones, es preferible emplear el *aceite de almendras dulces* asociado á una preparación de *estoraque*, cuya proporción puede variar del 1 por 3 al 1 por 20, ó también de *aceite mentolado*.

Weinberg asocia el estoraque con el azufre en la fórmula siguiente:

Estoraque.	{ aa.	20 gramos
Flor de azufre.		
Creta preparada.		20 —
Manteca de cerdo.	{ aa.	40 —
Jabón negro.		

M. s. a.

Se han preconizado también las fricciones con *petróleo*, y Constantino Paul ha dado la fórmula de un jabón cuyo principio activo es este mismo producto; pero estas preparaciones tienen el inconveniente de ser irritantes para ciertos individuos.

En general, no nos ha producido malos resultados asociando al petróleo dos partes de aceite de almendras dulces, pues se evitan de este modo los peligros de la combustión.

Cuando la irritación es excesiva y está, por consiguiente, contraindicado el empleo de los agentes que acabamos de enumerar, podrá comenzarse el tratamiento con las envolturas de compresas impregnadas de un *cocimiento de semillas de estafisagria* ó *albarroz*, de *eleboro* ó de *bayas de laurel*.

Se han recomendado también el *hiposulfito de sosa*, la *trementina*, el *ácido benzoico*, la *brea*, el *ácido fénico*, la *creolina*, el *yodoformo*, el *yoduro de azufre*, el polvo de *estafisagria* y los *aceites de cariofilea*, *clavo de especia*, *romero*, *menta* y *espliego*.

El *ungüento citrino* es bastante eficaz, pero peligroso por su acción irritante y los accidentes de mercurialismo que puede provocar.

El efecto que producen estos distintos agentes es el destruir, sino la totalidad, á lo menos la mayor parte de los acaros; desde este momento comienzan á retroceder las lesiones de irritación secundaria, pudiendo llegarse hasta la curación completa, continuando con la aplicación de los mismos medios; es, no obstante, por todos conceptos preferible que tan pronto se haya mejorado suficientemente el estado del tegumento, se recurra á los agentes más activos, esto es, al azufre ó al naftol; nosotros acostumbremos á emplearlos desde el principio en los casos complicados, aplicándolos solamente en las partes irritadas.

Las observaciones de Jullien llevarían á modificar completamente estas prácticas y á emplear constantemente, así en los casos complicados

como en los demás, el tratamiento por el bálsamo del Perú, si es que este tratamiento no fuese peligroso.

Una simple frotación basta casi siempre para destruir los acaros; el tratamiento debe renovarse en el caso de que aparezcan nuevos surcos. Los acaros pueden permanecer en los vestidos de los enfermos ó en las ropas de la cama; por esta razón hay que prescribir la desinfección por la estufa de los trajes que usa el enfermo desde el comienzo de los accidentes, pasar la ropa blanca por la colada y destruir los guantes.

Es muy esencial también la averiguación de si la enfermedad ha contaminado á los individuos que han estado y están en íntimas relaciones con el enfermo; en previsión de que nuevos contagios ocasionen la persistencia de los accidentes, convendrá tratar simultáneamente todos los individuos afectos de una misma familia.

Los acaros que provienen de *animales domésticos* no abren surcos en la epidermis y se destruyen fácilmente las más de las veces con algunos *baños sulfurosos*; no puede decirse otro tanto de una variedad de la sarna de origen equino, observada por Besnier en 1892, pues sus erupciones, generalizadas y de extraordinaria intensidad, sólo ceden á un tratamiento prolongado.

B. — INDICACIONES QUE DERIVAN DE LAS LESIONES

Como acabamos de indicar, estas indicaciones se cumplen principalmente atacando la causa del mal; pueden, sin embargo, tratarse por otros medios algunas de estas lesiones, que pueden presentar evolución propia y persistir después de la destrucción de los acaros, mereciendo, por tanto, la denominación de *parasarnosas* con que las designa Leloir (1). A esta clase pertenecen especialmente el eczema y las piodermitis.

1.º El eczema puede presentar tal grado de agudez que ningún parasiticida puede ser tolerado en los puntos donde está localizada dicha dermatosis; se combatirá entonces con aplicaciones de polvos de *talco* que contengan un 1 por 10 de *óxido de zinc* ó también con compresas de *tarlatana* dobladas en varios pliegues é impregnadas de agua hervida, á la que se puede añadir 1 por 30 de *ácido bórico* siempre y cuando no sea muy intensa la irritación.

Si, por el contrario, se trata de un eczema subagudo ó crónico, será preferible recurrir á la cura con la siguiente pomada:

(1) LELOIR.—*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1895.

Resorcina..	20 gramos
Polvo de talco.	{ aa. 6 —
Oxido de zinc.	
Acido salicilico.	0 gr. 50

M. s. a.

ó también esta otra preconizada por Veiel, con la que se obtienen frecuentemente excelentes resultados:

Resorbina...	30 gramos
Tanino.	1 gr. 50
Aceite de enebro.	0 gr. 30

M. s. a.

Esta pomada se aplica especialmente en los casos en que la erupción toma un carácter liquenoide.

Se obtienen á veces muy buenos resultados asociando á este tratamiento los *baños prolongados*.

2.º Las pústulas de ectima, así como las foliculitis supuradas y los panadizos, deberán abrirse, y evacuado su contenido, se aplicarán en su abertura ó bien rodajas de *emplasto rojo á base de minio y cinabrio* (fórmula de Vidal), al objeto de aislarlas, al mismo tiempo que obran como antiséptico, ó un poco de algodón impregnado de una solución de *aceite fenicado* al 1 por 10.

Este último tópico producirá mejores efectos empleado en el tratamiento de los forúnculos que, aunque de un modo excepcional, pueden presentarse en tales casos.

C. — INDICACIONES QUE DERIVAN DE LOS SÍNTOMAS

En general, el único trastorno funcional que llama la atención es el prurito, al que puede acompañar un estado vesánico, si bien éste es muy excepcional; en algunos casos se comprueba también la existencia de la albuminuria. Entonces el tratamiento de la causa es igualmente el que reviste mayor importancia. En los casos sencillos, la acción parasitocida se obtiene con tal rapidez que no deja lugar á ocuparse del prurito, pues desaparece por sí mismo tan pronto los acaros han sido destruidos.

Sin embargo, no siempre se resuelven las cosas con tanta sencillez. Cuando la irritación es de tal intensidad que sea inaplicable el tratamiento rápido, el prurito persiste hasta la completa destrucción del parásito, para lo cual se necesita emplear varios días: este síntoma se convierte enton-

ces por sí mismo en un nuevo manantial de indicaciones terapéuticas. Desgraciadamente no puede contarse mucho con las aplicaciones locales, puesto que las que podrían resultar eficaces tienen el inconveniente de ser irritantes.

Los emolientes, sin embargo, así como los baños prolongados, determinan á veces algún alivio; pero al mismo tiempo habrá de recurrirse á la medicación interna y combatirse de un modo especial el insomnio dependiente de este trastorno funcional por los *opiados*, el *cloral*, el *sulfonal* ó el *trional*.

Puede suceder también que el prurito persista durante varias semanas, aun después de la destrucción de los acaros; entonces se circunscribe muy frecuentemente á las regiones que ocupaban los surcos, si bien puede asimismo generalizarse; Leloir lo considera en este caso acertadamente como una dermatoneurosis parasarnosa.

En tales circunstancias, son muy recomendables por sus buenos efectos las aplicaciones de vaselina que contengan 1 por 50 de *esencia de menta* y de *aceite de abedul*; el *bálsamo del comendador* con 1 por 30 de *mentol* obra también de un modo muy favorable.

El estado vesánico, que se caracteriza en ciertos individuos por la seguridad que tienen de no ser curados y por sus reiteradas peticiones de cambiar siempre de tratamiento, cede generalmente cuando el médico, después de un atento examen, afirma que ya no existen parásitos; si este estado depende, como acontece algunas veces, de una persistencia anormal del prurito, es necesario tratarlo por los medios que acabamos de indicar.

La albuminuria es de ordinario pasajera; pero si va acompañada de anasarca y es abundante, deberá entonces combatirse por el *régimen lácteo*; los baños sólo pueden emplearse con ciertas restricciones.

CAPÍTULO XXXIX

TRATAMIENTO DE LA PELAGRA

POR

E. GAUCHER

Y

C. BARBE

Profesor agregado de la Facultad
de París
Médico del hospital Saint-Antoine

Jefe del laboratorio de dermatología
del hospital Saint-Antoine

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Definición. — Caracteres generales y causas de la enfermedad

Siguiendo á Ch. Bouchard, podemos definir la pelagra diciendo que es una enfermedad general, crónica, con exacerbaciones invernales, caracterizada por trastornos del aparato digestivo y del sistema nervioso, determinando, bajo la influencia de una insolación, la aparición de un eritema (*eritema pelagroso*) localizado en las regiones directamente expuestas á la acción de los rayos solares.

Las *alteraciones del tubo digestivo* pueden extenderse desde los labios hasta el intestino. La mucosa bucal está seca, escoriada y agrietada. Los enfermos padecen de dispepsia, gastralgia, pirosis, vómitos y algunas veces una bulimia del todo característica. Más constantemente se hallan afectos de una diarrea abundante, dependiente de ulceraciones intestinales, diarrea que se vuelve verdaderamente colicuativa en el período terminal de la enfermedad.

Los *síntomas nerviosos* varían extraordinariamente, desde la cefalalgia y debilidad intelectual hasta la parálisis, ó mejor una paresia generalizada que recuerda la parálisis general y depende de lesiones

medulares en la actualidad bien conocidas. Pueden presentarse también vértigos, trastornos de la vista y trastornos intelectuales, y en algunos casos graves una monomanía especial, la del suicidio por sumersión.

En este complexus sintomático es donde se desarrolla el *eritema pelagroso*. Este, como ha demostrado Bouchard, es un simple *eritema solar* que se produce en una *piel más vulnerable por su defectuosa nutrición*. Aparece en el equinoccio de la primavera, en la época en que la luz solar, conteniendo más rayos químicos, es más rubificante. Se localiza exclusivamente en las regiones descubiertas; dorso de las manos, cara, parte descubierta del antebrazo, dorso de los pies en los obreros que van descalzos y parte anterior del tórax en los individuos que ordinariamente llevan la camisa abierta. En todas estas regiones se extiende precisamente hasta los puntos donde comienzan los vestidos: *interesa, pues, solamente la parte de los tegumentos expuesta directamente á los rayos solares*.

La causa principal de la pelagra es todavía desconocida. La enfermedad, aunque siempre muy parecida, puede originarse en desigualdad de condiciones, pero cuya finalidad común es la depauperación del organismo.

Atendiendo á estas distintas condiciones etiológicas, los autores han distinguido varias especies de pelagra:

- 1.º La pelagra endémica;
- 2.º La pelagra esporádica;
- 3.º La pelagra alcohólica;
- 4.º La pelagra de los alienados.

Estas tres últimas formas han sido también consideradas por algunos, no como pelagras verdaderas, sino como *eritemas pelagroides*. Este criterio no es exacto, pero merece ser discutido. En efecto, en la etiología ha de basarse toda la terapéutica.

Los médicos que han intentado distinguir y separar los eritemas llamados pelagroides de la pelagra endémica son los que patrocinan, quizás inconscientemente, la opinión de los que creen que la pelagra es debida á la alimentación por el maíz ó al uso del maíz alterado. Según ellos, la pelagra verdadera sería la *pelagra del maíz*.

Ahora bien, se ha demostrado hasta la evidencia en la actualidad por Hameau (de Arcachón), Bouchard, Hillairet y muchos otros, y también por nosotros mismos, que el maíz, esté ó no alterado, no es la causa de la pelagra y que respecto á la producción de la enfermedad sólo obra á la manera de una alimentación *insuficiente ó defectuosa*.

Sin entrar en detalles que no consienten los límites de este capítulo, nos limitaremos á exponer algunas de las pruebas convincentes de lo que acabamos de indicar.

A.—La pelagra endémica se observa en los países donde *no se cultiva el maíz*, como, por ejemplo, en Polonia (1).

B.—En los países que se consume maíz, la enfermedad se desarrolla principalmente cuando, agotada la cosecha del año anterior, los campesinos se ven obligados á comer maíz sin estar suficientemente maduro ó sazonado, porque el grano en estas condiciones constituye una alimentación insuficiente (2).

C.—La pelagra puede muy bien evitarse, aun en el caso de servir el maíz de alimento, con tal que se le añada un poco de vino ó de carne, esto es, convertir la alimentación en más substancial y reparadora.

Por consiguiente, el maíz *en sí mismo* no es la causa de la pelagra; constituye únicamente una *alimentación de inferior calidad é insuficiente*. La pelagra del maíz no es, pues, una enfermedad específica.

Por otra parte, las que se han llamado *pseudopelagrosa* ó los *eritemas pelagroides*, la pelagra esporádica, la pelagra de los alienados y la pelagra alcohólica, presentan generalmente, aunque en menor grado, los mismos síntomas digestivos y nerviosos que se observan en la pelagra endémica y añadiremos hasta *las mismas lesiones*: lesiones hepáticas, intestinales y medulares, conforme lo ha demostrado uno de nosotros con Sergent, en una comunicación á la Sociedad médica de los hospitales (Julio de 1895).

Estas diversas pelagras y pseudopelagras son, pues, en realidad diferentes formas ó grados *de una misma enfermedad*, si bien no pueden separarse como estados morbosos distintos.

En resumen, todas las causas que acabamos de señalar, como son: la alimentación por el maíz, la alimentación insuficiente ó defectuosa de cualquiera especie, el alcoholismo y la enajenación mental producen la pelagra, siempre la misma enfermedad, por procedimientos que, aun reconociendo que son distintos, dan idéntico resultado, ó sea el decaimiento físico ó mental, la depresión del organismo. En este concepto, la pelagra es verdaderamente *mal de miseria*, según la antigua expresión lombarda.

Las lesiones anatómicas de la pelagra tienen los caracteres de las lesiones de origen tóxico. Probablemente todas las causas deprimentes indicadas hace poco, alterando profundamente la nutrición, determinan

(1) Comunicaciones orales de REMBIELENSKI y de MLE. CHSZANOWSKA.

(2) Comunicación oral del Dr. CREZZULESCO, antiguo representante de Rumanía en París.

reacciones celulares ó humores que acaban por la formación de *venenos orgánicos autógenos*.

En este supuesto, las lesiones intestinales (ulceraciones), hepáticas (degeneración grasosa) y medulares (esclerosis) de la pelagra serían seguramente de origen tóxico y dependerían de una autointoxicación secundaria.

II

Tratamiento alimenticio é higiénico

Por lo que acabamos de indicar, y después de haber expuesto las causas de la pelagra, se comprende bien que esta parte del tratamiento es con mucho la más importante.

Como medio preventivo, en las poblaciones que toman el maíz como alimento, se aconsejará el cultivo del *maíz cuarenteno*, que crece rápidamente. La siembra se hará temprano, de manera que pueda recogerse la cosecha antes de la estación de las lluvias, no recolectándose el maíz hasta que esté bien maduro y sazonado. Las mazorcas se conservarán al abrigo de la humedad, como también la harina que resulte de la molienda de los granos.

Cuando, á pesar de estas precauciones, se altera el maíz por el *cardenillo*, se convierte en presa del parásito y no deberá destinársele á la alimentación. Para destruir el hongo perjudicial, el *sporisorium maidis*, se ha recomendado hacer hervir los granos averiados hasta 120° con cal viva, secándolos en seguida al horno. Esto no basta, sin embargo, para convertir el maíz atacado por el cardenillo en alimento conveniente, pues aparte de la acción nociva, no demostrada todavía, del cardenillo, el maíz alterado es sobre todo un alimento insuficiente, porque el hongo se encuentra cerca del hilio del grano, en su parte azoada, que destruye por completo asimilándosela.

Si fuese posible, para completar la profilaxia de la pelagra, convendría añadir al maíz un poco de vino, un poco de carne y mejorar la higiene de las poblaciones, al mismo tiempo que procurar que la alimentación sea más substanciosa.

Este tratamiento profiláctico, cuando la enfermedad no está en un período demasiado avanzado, constituye al mismo tiempo el tratamiento curativo de la pelagra ocasionada por el maíz.

Por medio de una buena higiene y una alimentación reparadora, se

logra también combatir la pelagra esporádica, la pelagra de los alienados y la alcohólica. En este último caso, lo que precisa en primer término es suprimir la causa, es decir, el abuso del alcohol.

III

Tratamiento medicamentoso

Comprende todos los medicamentos tónicos, estimulantes y reparadores: los preparados de *quina*, *kola* ó *coca*; el *alcohol* (excepto en los alcohólicos); los *mercuriales*, el *ácido arsenioso*, preconizado sobre todo por Lombroso; la *nuez vómica* y la *estricnina*. Esta medicación dará mejores resultados asociándola á los *baños sulfurosos*, los *baños salados* y las *fricciones secas* ó excitantes practicadas con una tintura alcohólica cualquiera, etc.

IV

Tratamiento de las tres manifestaciones cardinales de la pelagra

Independientemente del tratamiento general de la enfermedad, los síntomas digestivos, los fenómenos nerviosos y el eritema pelagroso sugieren indicaciones terapéuticas especiales.

A. — Los *trastornos digestivos* se combatirán con medicamentos apropiados.

Contra los vómitos, se administrará la *poción de Riverio* y el *hielo*; contra la pirosis, el *agua de Vichy*, el *bicarbonato de sosa* ó el *agua de cal* medicinal. El *régimen lácteo* es útil en la gran mayoría de los casos de trastornos tanto del estómago como del intestino.

La diarrea de los pelagrosos puede muy bien combatirse con los medicamentos que generalmente se emplean para tratar este síntoma; los astringentes como el *tanino*, *extracto de ratania*, *catecú*; los opiados, *láudano*, *elixir paregórico*, *extracto tebaico*, *diascordio* y *triacá*; el *subnitrato de bismuto*; los antisépticos intestinales, *salicilato de bismuto*, *benzonaftol*, *salol*, etc.; y en último caso, el *nitrato de plata* á la dosis diaria de 1 centigramo en una píldora.

Algunas veces hemos obtenido buenos resultados con las píldoras que

contengan cada una 1 centigramo de extracto tebaico y 10 centigramos de tanino; se prescribirán 5 al día y además una píldora de nitrato de plata de 1 centigramo.

Importa, con todo, tener presente que en el último período, ó sea cuando el intestino está ulcerado y el hígado más ó menos alterado, la diarrea resiste á todo tratamiento.

B.—Los *síntomas paréticos ó parálticos* dependientes de las lesiones medulares, son muy difíciles de tratar, pues no conocemos ningún medicamento especial que pueda obrar sobre las mismas, y no quedará otro recurso que recurrir á los medios que comúnmente se emplean en todas las esclerosis medulares, sea cual fuere su origen. El *yoduro potásico* administrado por la vía gástrica, caso de ser tolerado por el estómago ó en enemas, el *sulfato de estriknina*, la revulsión sobre la columna vertebral en forma de *puntos de fuego*, las *fricciones* generales excitantes y los *baños sulfurosos* serán los procedimientos terapéuticos de que deberemos valernos, si bien sólo dan resultado cuando las lesiones medulares están muy poco desarrolladas.

C.—Por lo que toca al *eritema pelagroso* los medios de que disponemos son más eficaces. Cuando la enfermedad no es inveterada, las más de las veces basta sustraer el enfermo á la acción de los rayos solares para que desaparezcan rápidamente las lesiones cutáneas. Los enfermos de los hospitales, cuyo estado general les obliga á guardar cama ó permanecer en una habitación durante algún tiempo, curan con bastante rapidez de su eritema. Pero la lesión cutánea reaparece tan pronto vuelven á quedar sometidos á la acción de los rayos solares.

En los que no puedan estar en el hospital, conviene protegerles las regiones de ordinario descubiertas, como son las manos, los pies y el pecho, con guantes, calzados y vestidos bien cerrados, y la cara por medio de sombreros de anchas alas.

Al mismo tiempo, para calmar la inflamación cutánea, la irritación de los tegumentos y el escozor doloroso que producen se prescribirán aplicaciones emolientes (compresas de *agua de malvavisco boricada*) sobre las regiones eritematosas.

Las *ulceraciones y fisuras* que después de algún tiempo vienen á complicar siempre el eritema pelagroso, se curarán con pomadas antisépticas y calmantes, como, por ejemplo, la *vaselina boricada* al 1 por 10 y con *cocaina* al 1 por 100. Hay que desconfiar de los antisépticos más enérgicos, tales como el *yodoformo* y sobre todo el *salol*, pues á veces aumentan todavía la inflamación cutánea y determinan erupciones artificiales.

Tales son los principales medios de que podemos echar mano para combatir la pelagra; mas es evidente que tanto el tratamiento general como la medicación local, sean cuales fueren, sólo darán buenos resultados en las pelagras que todavía se encuentren en sus comienzos. Si la economía se halla ya profundamente alterada, el intestino ulcerado, el hígado en degeneración grasosa y la médula está esclerosada, cualquier terapéutica que se emplee fracasará ante este decaimiento completo del organismo.

Después de haber confesado la esterilidad de los esfuerzos en determinadas condiciones, concluiremos haciendo hincapié en la necesidad de la *profilaxia*, en una enfermedad que es tan difícil de curar cuando se la ha dejado desarrollar; profilaxia por otra parte muy sencilla, pues entra de lleno dentro de las medidas puramente higiénicas. Bastará mejorar la alimentación de las poblaciones expuestas á la pelagra para que pueda ésta prevenirse y hacerla también retroceder si ha comenzado á manifestarse.

TRATAMIENTO
DE LAS
ENFERMEDADES MENTALES

ENTFERNUNG

ENTFERNUNG

TRATAMIENTO
DE LAS
ENFERMEDADES MENTALES

CAPÍTULO PRIMERO

NOCIONES PATOLÓGICAS É INDICACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

de las

ENFERMEDADES MENTALES

POR

V. MAGNAN

y

A. PÉCHARMAN

De la Academia de Medicina

Médico de los asilos de alienados
de la circunscripción de París

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Nociones patológicas generales

SUMARIO.—En qué debe consistir una revista general de la patología mental en un tratado de terapéutica.

A.—LA LOCURA DESDE EL PUNTO DE VISTA SINTOMÁTICO.— Clasificación de Esquirol y de sus sucesores hasta Morel.

B.—ANÁLISIS SEMIOLÓGICO DE LOS PRINCIPALES GRUPOS SINTOMÁTICOS.

1.º *La manía*.—Estado maniaco, verdadero, idiopático: eretismo cortical, superactividad cerebral, excesiva, desenfrenada; «*todo afuera*» fórmula del maníaco. Falsos estados maniacos provocados por las alucinaciones, concepciones delirantes (delirios tóxicos, febriles, epiléptico, histérico, etc.). Estado maniaco en la degeneración mental y en las demencias orgánicas. Factores patogénicos del estado maniaco y recíprocas reacciones de los individuos. Estado maniaco en los individuos simplemente predispuestos: manía propiamente dicha, acceso de manía en la locura intermitente.

2.º *La melancolía*.—Base afectiva dolorosa, carácter esencial del estado melancólico; sus factores patogénicos; recíprocas reacciones de estos factores y de los individuos (simples predispuestos, degenerados, dementes). Falsos estados melancólicos; depresión reaccional provocada por las alucinaciones, ideas delirantes, etc.

3.º *El delirio alucinatorio y la confusión mental*.—Delirio alcohólico. Delirios alucinatorios de los degenerados. Delirio alcohólico en los degenerados. Confusión mental primitiva, simple ó alucinatoria. Estupidez y demencia aguda. Condiciones patogénicas

de estos estados. El delirio alucinatorio y la confusión mental son síndromes, no entidades morbosas.

4.º *Concepciones delirantes (delirios).*—Mecanismo psicológico de su producción, necesidad de un desarrollo desigual y de falta de conexión en los centros corticales. La degeneración mental constituye, pues, un elemento de primer orden para la producción de los delirios llamados primarios, paranoias. Posibilidad de desarrollarse concepciones delirantes en los cerebros sanos primitivamente, pero invadidos y modificados por un estado afectivo. El delirio crónico de evolución sistemática y progresiva.

5.º *Locuras conscientes.*—Reductibilidad de estas locuras á la obsesión, impulsión ó inhibición conscientes y dolorosamente angustiosas. Sus caracteres psicológicos demuestran que estos fenómenos sólo pueden atribuirse á un desequilibrio mental. Estudio clínico que prueba su parentesco y comunidad de origen. Estos son los estigmas físicos de la degeneración mental.

C.—GRUPOS HOMOGÉNEOS BASADOS Á LA VEZ EN LA SINTOMATOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICAS, QUE DERIVAN DE LA DISGREGACIÓN DE LOS GRUPOS SINTOMÁTICOS.

1.º *Psicosis en los individuos simplemente predispuestos.*—(Manía, melancolía, locura intermitente, delirio crónico).

2.º *Estados degenerativos.*—Concepto general y síntesis de estos estados, su reductibilidad á una sola modalidad psicológica: el desequilibrio mental.

3.º *Alienaciones accidentales* dependientes de las neurosis, lesiones circunscritas ó difusas de los centros nerviosos y de las intoxicaciones.

Los diversos tipos morbosos que se describen en psiquiatría derivan de la distinta y variable combinación de cierto número de síntomas elementales, pero determinada y más ó menos fija para cada uno de ellos. El estudio semiológico de estos síntomas es lo que constituye la psiquiatría general, así como el estudio de las formas complejas originadas por sus diversas agrupaciones constituye la psiquiatría especial.

Así pues, en la mayoría de los tratados de enfermedades mentales se comienza por un capítulo de «Patología general de la locura», en el que se estudian detalladamente los trastornos de la percepción, de la sensación, de la asociación de imágenes é ideas, de la memoria, del lenguaje, de la emotividad, de la voluntad, etc. No siendo éste el plan que nos ha sido trazado, seguiremos en este punto otro distinto.

La índole y objeto de esta obra no se prestan á un examen detallado y minucioso de los trastornos sintomáticos. La terapéutica *general* de la locura, concebida tal como acabamos de indicar, no guarda ninguna relación con su patología *general*; en efecto, á cada uno de los síntomas que se especifican en ésta no cabe oponer una medicación especial, pues la terapéutica mental sólo se dirige al individuo en concreto, es decir, al enfermo que reacciona contra la causa morbosa, en el cual se enlazan estrechamente y de un modo especial todos los elementos que integran la enfermedad. De manera que nuestro objeto no es analizar los síntomas aislados, antes al contrario, definir clínicamente las relaciones entre las causas y los síntomas que determinan en cada individuo, esto es, demostrar simultáneamente lo que es el alienado y la alienación mental.

A. — LA LOCURA DESDE EL PUNTO DE VISTA SINTOMÁTICO

Considerada la locura simplemente desde el punto de vista sintomático, observamos ante todo cierto número de estados que pueden agruparse por la analogía de sus fenómenos exteriores.

La excitación cerebral más ó menos exagerada, que se manifiesta por un tumultuoso desorden en los movimientos y por una logorrea incoherente, constituye lo que se ha llamado la *mania* ó el *estado maníaco*, mientras que el sentimiento de un dolor moral y de concepciones delirantes tristes, y la actitud postrada, unas veces inerte, otras angustiosa y agitada, son los principales rasgos que caracterizan la *melancolía*, el *estado melancólico*.

Estos verdaderos delirios generales parecen afectar todo el entendimiento; pero, aparte de esta clase de enfermos, se observan otros en los cuales el trastorno psíquico parece quedar reducido á una ó varias ideas fundamentales que dirigen las tendencias y las acciones de los individuos: las *locuras conscientes* y las *ideas delirantes* propiamente dichas, estén ó no complicadas con trastornos sensoriales, corresponden á este grupo, que se ha denominado por largo tiempo *monomanía* ó *delirio parcial*. Por último, si en lugar de la exageración ó disminución generales de los procesos psíquicos (manía, melancolía) ó también de la perturbación en apariencia limitada de la vida mental (delirio parcial), se observase la debilitación generalizada de este funcionamiento, adquirido (*demencia*) ó congénito (*idiotismo, imbecilidad*), se forman ya un cuarto y quinto grupos que, reunidos con los precedentes, constituyen la clasificación de Pinel, de Esquirol y de sus sucesores.

B. — ANÁLISIS SEMIOLÓGICO DE LOS PRINCIPALES GRUPOS SINTOMÁTICOS

Esta clasificación es la que privaba en psiquiatría hasta los tiempos de Morel (1857) en que, merced á un análisis semiológico más profundo y á la noción más precisa de la causa productora y del sujeto que reacciona, se disgregaron cada uno de sus grupos; y con el valioso auxilio de métodos rigurosamente científicos, de los que Morel fué el verdadero iniciador, se formaron grupos homogéneos, que sustituyeron paulatinamente á las clasificaciones puramente exteriores y sintomáticas. Los resultados conseguidos hasta la fecha por estos métodos, son los que vamos á

exponer, partiendo de la clasificación de Esquirol, pero sin detenernos en consideraciones históricas y doctrinales.

1.º Examinemos el *estado maniaco*, la manía.

Después de un período prodrómico, generalmente corto, de depresión acompañada de malestar cerebral, que denota á las claras que se trata de una enfermedad somática y no tan sólo de un simple trastorno en las ideas, se manifiesta progresivamente una sobreexcitación de toda la zona cortical y un eretismo cerebral extremado, que se traducen al exterior por una logorrea persistente y un desorden tumultuoso é incesante de los movimientos. Un simple sonido, la vista de un objeto, un pensamiento sugerido ó un recuerdo cualquiera son causa entonces de la emisión de series de palabras incoherentes y disparatadas, frases entrecortadas, elípticas. El influjo nervioso circula constantemente por los innumerables hilos de las asociaciones cerebrales; todas las imágenes, ideas y estados de conciencia pueden formar parte á cada momento de la trama que indefinidamente va tejiéndose, y el lenguaje no puede á veces seguir la carrera vertiginosa del pensamiento. De aquí resulta una incoherencia, que no es más que aparente, pues una atenta observación permite descifrarla, descubriendo el orden oculto de las asociaciones. Lo mismo puede decirse de los movimientos, que son siempre la manifestación contraria de un estado consciente perfectamente determinado, y que parecen absurdos y desordenados á causa también de la rapidez con que se suceden los estados productores. Toda la psicosis maniaca estriba en la multiplicidad y rapidez de las asociaciones cerebrales: las ilusiones son también en ella frecuentes. Por el contrario, las alucinaciones, así como las concepciones delirantes, son raras, episódicas, secundarias, y sin influencia sobre la marcha general de la psicosis, pues «son arrastradas por el torrente de las ideas que impiden que nada sea duradero.» Al paso que el melancólico se reconcentra cada vez más en sí mismo, el maniaco, por el contrario, se desahoga con todos expansionándose en todos sentidos... *Todo afuera* es su fórmula.

Ahora bien, la excitación general, lo mismo que la locuacidad y el desorden en las ideas y en los actos, pueden depender en primer término, psicológicamente, de otros mecanismos, como, por ejemplo, de alucinaciones é ilusiones múltiples, y también de concepciones delirantes; la agitación entonces es tan sólo una actitud reaccional más ó menos intensa del individuo enfrente de las imágenes que le sugieren estas alucinaciones ó concepciones. En otros casos, el fenómeno primitivo no consiste en una excitación de la zona cortical; la asociación de ideas, lejos de ser rica y de verificarse rápidamente, está por el contrario entorpecida; hay verdade-

ra confusión de ideas y la excitación que se nota á veces en estos casos debe atribuirse á puro automatismo.

He aquí, pues, una serie de casos que apenas entran en el grupo de la «manía», y en los cuales la excitación motriz responde á procesos morbosos diferentes: son estados de excitación dentro de otras psicosis (delirios tóxicos, febriles, epilepsia, histerismo, etc.).

Pero el mismo estado maniaco, tal como se manifiesta en la afección en que parece ser esencial y primordial, varía según determinadas condiciones, aun continuando maniaco en el sentido clínico y psicológico de la palabra. Consignaremos tan sólo los tipos bien definidos.

En uno de ellos, el comienzo es muy brusco, sin prodromos, y en medio de la sobreexcitación cerebral, locuacidad y desorden motor que aparece luego, se observa una verdadera erupción de alucinaciones y concepciones delirantes muy variadas (de grandeza, persecución, místicas, eróticas y también hipocondríacas). Estas concepciones son ordinariamente fugaces, y si bien á veces se fijan por algún tiempo, en la mayor parte de los casos son las que llaman principalmente la atención; otras veces parecen constituir el fondo de la enfermedad, como si toda la agitación estuviese localizada en la esfera intelectual.

En el segundo tipo, el maniaco habla y acciona de un modo simple y disparatado; sus ideas son contradictorias y los actos infantiles é inconsecuentes. No es posible reunir el número de observaciones suficientes á demostrar la persistencia del juicio en el maniaco simple. La dificultad en los movimientos y en el habla, y la desigualdad pupilar completan el cuadro clínico.

En cada una de estas dos formas se descubren los signos cardinales del estado maniaco, esto es, la agitación psicomotriz con proyección al exterior de las imágenes producidas por la muy rápida asociación de las ideas; y como la inteligencia sólo puede exteriorizar las imágenes y las ideas propias, si en cualquiera de los dos casos han diferido los caracteres del estado maniaco de los de la manía típica, es debido á la diversidad de los sujetos, y no á que la enfermedad sea psicológicamente diferente. En ambas formas, en efecto, se trata de dos enfermos cerebrales; el primero es un degenerado maniaco, mientras que el segundo es un paralítico general maniaco, viniendo de este modo á esclarecerse más completamente la noción clínica merced á la etiología y la anatomía patológicas. Estas últimas nociones conviene también que sean bien comprendidas. La manía típica, en efecto, verdadera afección autónoma, proviene de numerosos y variados factores etiológicos, pero predominando la herencia que prepara el terreno para la aparición de la locura. En algu-

nos casos, no obstante, la acumulación y calidad de las causas ocasionales parecen crear una predisposición en individuos hereditariamente indemnes: basta entonces un simple recrudecimiento de las causas ocasionales para que se declare la enfermedad.

Así se produce el acceso de manía en el simplemente predispuesto, tomando en él los caracteres de una psicosis regular y sólida, tal como se observa en cerebros normales: es el acceso de manía típico que hemos definido al principio.

Estos accesos, conforme nos enseña la observación clínica, en algunos casos no recidivan nunca, mientras que en otros se reproducen indefinidamente en el mismo sujeto y con los mismos caracteres hasta el día en que, envejeciendo así el individuo como la enfermedad, los accesos van prolongándose y modificándose. Esta periodicidad más ó menos regular depende de la validez cerebral del individuo antes de su primer acceso y en los intervalos lúcidos. Se trata indudablemente de un predispuesto, casi siempre un hereditario, pero no de un degenerado. Para que en él se establezca completamente la locura por intervalos es preciso, pues, suponer que esta locura depende á su vez de factores patogénicos especiales que se desarrollan y obran periódicamente.

Tomando por base la evolución general de la enfermedad, podemos dividir en dos grupos los accesos maniacos de los individuos cuyo cerebro funciona bien, aunque frágil, esto es, predispuesto: en acceso maniaco único, tipo de la *manía*, y acceso maniaco en la *locura intermitente*.

Pasemos ahora á estudiar los cerebros defectuosos.

La tara ó es congénita — y constituye la *degeneración mental*, — ó proviene de lesiones que se han producido en cerebros completamente desarrollados, — y entonces tenemos la *demencia orgánica*.

En el degenerado, siempre que existan las condiciones patogénicas de la manía, el acceso se produce como en el simple predispuesto, distinguiéndose, sin embargo, por su brusca aparición, debido á la menor resistencia cerebral, y por su irregularidad y tendencia sobre todo á hacerse intelectual á causa del desequilibrio y de las lagunas ó defectos intelectuales.

En el demente con lesión orgánica, el problema es ya más complejo á consecuencia de los factores inmediatos (congestión, por ejemplo) que pueden provocar la excitación cerebral. Se presentan además verdaderos accesos de manía que se desarrollan en el cuadro de la debilitación de las facultades, al mismo tiempo que aparecen las causas de la manía, representando una psicosis pobre y débil como el fondo psicológico en que se ha incorporado.

Los estados maníacos degenerativo y demencial son, pues, deformaciones de la manía, psicosis autónoma, pero entre esta última, es decir, la psicosis producida á favor de una simple predisposición y la manía de base degenerativa, ó sea desarrollada en un cerebro congénitamente lesionado, existe toda una serie de formas intermedias dependientes de la diversa manera de reaccionar cada individuo ante los factores patogénicos. Esta diversidad de reacciones explican las variedades clínicas de la manía.

2.º El examen de los estados melancólicos nos proporcionará datos semejantes.

El carácter esencial del *estado melancólico* consiste en la depresión dolorosa acompañada de una atonía psicofísica más ó menos acentuada. Esta depresión dolorosa es también función directa de los trastornos profundos de la nutrición general y de la cenestesia que les acompaña. Las enfermedades infecciosas, las afecciones crónicas de las grandes vísceras, la fatiga moral y física, las transformaciones evolutivas (pubertad, menopausia), etc., son los factores habituales de estas modificaciones orgánicas.

Este estado puede manifestarse lo mismo en individuos cuyo cerebro funciona bien y está normalmente desarrollado como en los que lo tienen lesionado.

En los primeros, al comenzar la melancolía, y en una fase más ó menos larga y un tanto vaga, se observan siempre síntomas análogos á los del agotamiento nervioso descrito con el nombre de neurastenia. En este período, los síntomas son igualmente físicos y mentales ó bien más físicos que mentales. El mal estado orgánico es lo que predomina. Las causas ya señaladas pueden asociarse y combinarse en términos que muchas veces es imposible precisar la parte que cada una toma en la génesis de la afección. Sin embargo, la predisposición hereditaria es el factor predominante y, según los grados de la misma, determina más ó menos rápidamente la decadencia del individuo.

En efecto, unas veces la reunión de causas ocasionales relativamente débiles y poco numerosas es suficiente para que se constituya por modo rápido el estado propiamente melancólico, y otras veces, por el contrario, se requiere que estas causas obren de un modo enérgico ó que sean en gran número para provocar la fase neurasténica y otra acción no menos enérgica para determinar la depresión dolorosa.

Estas diferencias en la manera de reaccionar los individuos dependen de la diversidad de grados de su resistencia cerebral, pues el cerebro participa, como los demás órganos si no más todavía, de esa depre-

sión ó agotamiento general (neuralgia psíquica de Krafft-Ebing) y la conciencia, por consiguiente, está dispuesta á alterar todas las sensaciones que experimenta; y como también estas sensaciones provienen de órganos debilitados, enfermos, resulta que son en sus diversas modalidades (viscerales, táctiles, musculares) dolorosas ó anormales.

Al estado cenestésico de vago bienestar sucede luego otro nuevo, dependiente á la vez del malestar cerebral y del trastorno orgánico, el dolor moral; estado afectivo que á causa también de la permanencia y de la agravación de los trastornos orgánicos, se hace permanente. Se extiende por el campo de la conciencia, invadiéndolo por completo, y determina en la vida intelectual y volitiva del individuo modificaciones características.

Este estado afectivo doloroso puede entonces dar origen á concepciones delirantes, que no son más que la percepción semiconsciente del mismo, tomando sus caracteres, los que, á consecuencia de la extensión de ese estado y de la alteración que produce en la conciencia, son siempre penosos, monótonos y de un carácter contradictorio más ó menos acentuado. Tales son las ideas propiamente melancólicas (de culpabilidad, ruina, etc.), que provienen del estado más ó menos acentuado de concentración dolorosa. Pero también este estado emocional tiene por base trastornos orgánicos más ó menos profundos, apareciendo las ideas hipocondríacas y las alteraciones de la personalidad á medida que van aquéllos agravándose, casi siempre después de varias recidivas y en virtud de alucinaciones viscerales, táctiles, musculares, etc.

Con frecuencia forman parte también de este proceso las alucinaciones de los sentidos, sobre todo del oído y de la vista, lo mismo si dependen del estado de debilidad irritable de la corteza cerebral como si son secundarias de las ideas delirantes. A pesar de su frecuencia, estos fenómenos parecen desempeñar sólo un papel muy secundario en la génesis de las ideas delirantes melancólicas, relacionándose sólo con el fondo del delirio, por ser penosos y por el contragolpe que pueden producir (angustia, estupor).

El dolor moral constituye, por tanto, la base de la melancolía, variando, sin embargo, según los casos, y provocando reacciones que pueden constituir distintas formas de la enfermedad (simple, angustiosa ó estúpida); este dolor moral, que depende en un principio de trastornos de la nutrición, reacciona á su vez sobre el cuerpo, dejándose sentir su influencia hasta en los mismos centros de la vida orgánica suspendiendo su actividad (estupor melancólico).

Tal es la evolución clínica y psicológica de la melancolía tipo, entidad

morbosa, habiendo sido necesario entrar en algunos detalles para que pudiera comprenderse lo que vamos á indicar.

Hemos visto que, para que se produzca la melancolía en un individuo poco lesionado, se requiere, además de una mayor ó menor predisposición hereditaria complementaria, la acción de causas poderosas que determinan la debilidad nerviosa irritable; y por otra parte, lo que constituye esencialmente la melancolía es la depresión dolorosa. Sin esta última, si bien pueden existir ideas delirantes análogas á las que se observan en las diversas fases de la enfermedad, no hay melancolía propiamente dicha. Esto es fácil de observar, sobre todo en la degeneración mental.

Cuando es un individuo degenerado, la melancolía se desarrolla como en los simplemente predispuestos, siempre que existan las condiciones patogénicas. Pero, así como en los últimos el desarrollo de la afección sigue una marcha regular, la melancolía se origina en determinadas condiciones y recorre etapas fijas y calculables, en los primeros, por el contrario, se observan formas anormales, que surgen sin motivos bien manifestos y evolucionando sin regularidad. Ya en este terreno neuropático, con mucha frecuencia consagrado á la fobia y la hipocondría, falta bien poco para llegar á la depresión dolorosa. Una emoción violenta, reproches, la idea de haber cometido una falta, etc., pueden determinar rápidamente una tensión intelectual penosa que reaccione á su vez sobre el organismo provocando en el acto la explosión de la melancolía. Otras veces la depresión dolorosa es una manifestación del todo contraria á un trastorno primitivo de la nutrición, pero en este caso apenas se manifiestan las condiciones patogénicas de la melancolía cuando ya aparece el estado emocional doloroso. De ese estado afectivo derivan á su vez rápidamente concepciones delirantes, que son mucho más variadas que las del melancólico simple, á causa de la fecundidad vesánica del degenerado, y también mucho más complejas, como si de pronto revistiera la melancolía los caracteres de la decrepitud. Las ideas de persecución se yuxtaponen á las de culpabilidad, apareciendo luego rápidamente las ideas hipocondríacas, de posesión ó de transformación corporal, pues toda sensación es deformada en el acto por esos cerebros desequilibrados. En todos estos casos, no obstante, lo que predomina é influye en todos los fenómenos, formando como su trama ó armazón, es el estado de depresión y abatimiento melancólicos, cosa digna de ser notada, pues si se suprime ese estado desaparece la melancolía y quedan sólo entonces los simples delirios de la degeneración: ideas de persecución, hipocondríacas, místicas, etc. La melancolía tiene, por consiguiente, en el degenerado, caracteres especiales: es una verdadera melancolía por su base específica, pero además es degenerativa,

y por esta circunstancia sobre todo es rápida y abundantemente delirante.

El estado melancólico que se desarrolla en el cuadro de la demencia de lesión orgánica es susceptible de idénticas interpretaciones. Nace bajo la influencia de condiciones patogénicas análogas, aunque las más veces también merced á predisposiciones hereditarias (ascendientes melancólicos ó suicidas) que obran simultáneamente con la disminución adquirida de la resistencia cerebral. De desarrollo muy rápido, aunque irregular por su base demencial, ese estado, á medida que aumenta la debilidad intelectual, presenta unos contornos más vagos, por más que el carácter melancólico de las representaciones pueda permanecer invariable durante casi todo el curso de la afección.

Hasta aquí hemos considerado solamente el estado melancólico verdadero, caracterizado esencialmente por el estado emocional primitivo, doloroso y de aspecto variable, en individuos predispuestos, aunque por lo demás normales y con cerebro intacto (*melancolia* propiamente dicha, acceso de melancolía dentro de la *locura intermitente*) ó, por el contrario, en sujetos lesionados.

La determinación exacta de ese estado primitivo permite eliminar del cuadro de la melancolía otros fenómenos que se le parecen tan sólo por sus manifestaciones exteriores. Ciertas alucinaciones terroríficas y concepciones delirantes penosas, provocan á veces reacciones especiales que toman el aspecto de la melancolía. No hay tampoco que confundir la *abulia*, estado sindrómico degenerativo, con la disminución de voluntad de los melancólicos.

Merced á esta base emocional ha podido también separarse la melancolía con estupor de los estados de entorpecimiento ó estupidez de un determinismo completamente distinto. Se comprende, por ejemplo, que al invadir bruscamente y en tropel las alucinaciones el campo de la conciencia, se desorganicen todos los estados, dificulten las asociaciones, suspendan en cierto modo la vida mental y produzcan en el individuo la inmovilidad estúpida.

Sin embargo, el estupor puede ser debido á una suspensión primitiva en el curso de las ideas ó á una desorganización aguda de los procesos asociadores, pareciendo entonces constituir un estado autónomo, dependiente de condiciones especiales que vamos ahora á examinar, después de haber determinado primeramente en qué consisten estos *delirios alucinatorios* que con tanta frecuencia hemos observado.

3.º *Delirio alucinatorio y confusión mental.* — Por el examen de los hechos, deduciremos el significado de estas palabras.

Son bien conocidas las alucinaciones múltiples, movibles, casi siempre terroríficas, y á menudo profesionales ó de carácter de actualidad que constituyen las manifestaciones psíquicas del alcoholismo agudo ó subagudo. En estos casos, no hay concepciones delirantes propiamente dichas y sólo un desfile de imágenes que el enfermo sigue y le atormenta; estas imágenes producen una reacción, que se traduce en excitación ó depresión, pero que puede interrumpirse y disiparse momentáneamente parando mucho la atención. No hay, pues, aquí confusión *primitiva* de ideas y disgregación de las asociaciones cerebrales. El delirio alcohólico es, por tanto, el tipo más perfecto del delirio alucinatorio.

En un segundo grupo de casos, las alucinaciones aparecen súbitamente y sin preparación alguna en medio de la calma al parecer más perfecta. En pocos días el desorden cerebral llega á su apogeo consistiendo entonces en una mezcla de alucinaciones y concepciones delirantes que se suceden ó se embrollan confusamente (ideas de persecución, grandeza, hipocondríacas, etc.). El sujeto conserva suficiente lucidez y reacciona de conformidad con sus alucinaciones y concepciones delirantes. El delirio se disipa ordinariamente muy aprisa; otras veces, al contrario, se prolonga indefinidamente con los mismos caracteres.

¿Qué juzgaremos de estos dos tipos de delirio?

El delirio alucinatorio del alcoholismo depende claramente de una causa bien definida: es en primer término un delirio tóxico. Pues bien, independientemente de los delirios alucinatorios de los accesos de histerismo y epilépticos cuya patogenia debemos aplazar, se observan delirios análogos antes ó durante la fiebre (delirio febril y postfebril), en individuos debilitados por la fatiga ó por afecciones orgánicas, etc., esto es, cuando las condiciones nutritivas de la célula cerebral se encuentran profundamente modificadas; en estos últimos casos, sin embargo, se nota á veces una perturbación de los procesos de asociación de ideas, que parece acusar una desorganización mental más profunda, que aproxima esos estados á la confusión mental.

Limitándonos simplemente á analizar el delirio, no nos sería posible clasificar y definir nuestro segundo grupo. Pero el examen completo de los enfermos, el estudio de su estado mental anterior, y la anamnesis de sus antecedentes, nos permitirán afirmar que todos esos delirios tienen una base degenerativa; este grupo comprende, pues, los delirios alucinatorios de degenerados. Queda por averiguar el modo de desarrollarse estos delirios. El examen de un tercer grupo de enfermos—degenerados afectos de delirio alcohólico—nos proporcionará sobre este punto útiles indicaciones.

Para que la psicosis alcohólica llegue á producirse en el individuo

normal se requiere la saturación de los centros sensoriales; entonces, bajo un nuevo impulso del tóxico ó merced á alguna otra influencia (fiebre, traumatismo), las imágenes se exteriorizan bruscamente. Esta saturación no es necesaria cuando se trata de un predispuesto vesánico, pues en él puede estallar de pronto el delirio á los primeros excesos y, según los grados de la lesión orgánica, conservar los caracteres puros del delirio alucinatorio ó complicarse con elementos nuevos. Este último es el caso del degenerado. Bajo la acción del alcohol, se produce en el degenerado un acceso alucinatorio, pudiendo al mismo tiempo desarrollarse un delirio polimorfo (ambicioso, místico, hipocondríaco, de persecución), incoherente y movable, que desaparece á veces rápidamente, pero más frecuentemente persiste aún después de no quedar ninguna huella de delirio tóxico.

En el degenerado alcohólico salta, pues, á la vista la causa ocasional que ha provocado el delirio del terreno orgánicamente lesionado. ¿No es lógico deducir de ahí que puede existir en el origen de delirios degenerativos, primitivamente alucinatorios, una condición patogénica análoga, que pasa desapercibida porque es susceptible de obrar á dosis infinitesimal é inmediatamente sobre estos cerebros hiperexcitables y desequilibrados?

En la clase de enfermos hasta aquí examinados, el proceso de la asociación de ideas queda inmune, puesto que no hay, primitivamente al menos, confusión intelectual. En otra serie de casos, por el contrario, el fondo patológico consiste en una dificultad para el cumplimiento de las funciones psíquicas, la que varía desde la simple torpeza cerebral hasta el grado más completo de estupidez. Es el síndrome que se designa hoy en Francia con el nombre de *confusión mental* primitiva. Unas veces esta confusión es simple sin otro aditamento que algunas vagas concepciones delirantes; otras veces, por el contrario, se desarrollan al mismo tiempo alucinaciones múltiples que aumentan proporcionalmente la confusión primitiva;—variedad clínica es ésta que nos sugiere un nuevo tipo de delirio alucinatorio. En otros casos, por último, la actividad intelectual, así como la reacción moral y la voluntad, parecen completamente abolidas, y los reflejos desaparecen ó son muy tardíos; hay completa mudez y un grado de estupidez muy exagerado.

Las condiciones patogénicas de ese estado parecen residir en el agotamiento agudo y generalizado de la corteza cerebral. Las fatigas de todas clases, la inanición, la miseria fisiológica, las enfermedades agudas, graves, de convalecencia larga y penosa, las afecciones crónicas y debilitantes, etc., son sus factores ó agentes productores habituales. La confusión mental aparece también en forma de síndrome episódico en el curso

de una multitud de estados infecciosos, discrásicos, tóxicos, etc., é igualmente en el cuadro de psicosis bien definidas, como en la melancolía, la manía y los delirios sistematizados, en las cuales representa el agotamiento pasajero de la energía cerebral (insomnio, oposición á tomar alimentos, gasto exagerado de fuerzas vitales sin ninguna compensación).

Sin embargo, se han descrito casos en los cuales el síndrome confusión parece desarrollarse independientemente de toda afección causal bien definida: parece entonces constituir una afección autónoma, idiopática. Notemos ante todo que, desde el punto de vista psicológico, el síndrome confusión mental se aparece de un modo especial al síndrome demencia orgánica. En ambos casos, se trata de una disgregación de la síntesis mental gracias á la que pueden hacer su aparición estados delirantes secundarios. Obsérvese también que la parte somática de esta afección es tan importante como la psíquica, y en consecuencia el síndrome psíquico confusión mental no podría definírsela completamente, del mismo modo que la demencia no define en absoluto la parálisis general. Debería, pues, colocarse fuera del grupo de las psicosis, y dentro del de las enajenaciones accidentales, cerca de las locuras de origen anatómico; pero como sus factores anatómicos no parecen consistir por lo común en lesiones materiales destructoras, y de otra parte, la frecuencia de su curación permite eliminar tales lesiones, hay que acusar principalmente á los trastornos químicos, y colocarla por consiguiente en un grupo muy próximo á las locuras tóxicas.

Conviene hacer todavía otra observación. Cuando la confusión mental primitiva parece desarrollarse por sí misma, en realidad, es casi siempre el término de una serie de procesos de desnutrición general. Pues bien, todos esos procesos, al obrar sobre su cerebro que funciona bien, deben actuar durante largo tiempo para desorganizarlo, y sólo cuando lo está en grado suficiente, es que aparece el síndrome psíquico; pero como la perturbación trasciende á toda la economía, aparece á la vez acompañada de los síntomas somáticos generales de la desnutrición primitiva y de los síntomas somáticos especiales que se manifiestan después de la suspensión del funcionalismo cerebral: la enfermedad, comenzando en estos casos por ser corporal, es después tan corporal como mental. Por el contrario, en los degenerados, basta muchas veces la simple aparición de la causa ocasional para que se manifieste inmediatamente la confusión, sin presentar por tanto esos síntomas físicos intensos que resultan de una larga preparación de todo el organismo: el cuadro será desde el principio y casi exclusivamente cerebral y mental. En la etiología, pues, de la afección descrita con el nombre de "confusión mental primitiva, idiopática," el

factor individual de la resistencia cerebral tiene mucha importancia, y en algunos casos hasta (degeneración) llega á desempeñar el principal papel entre los factores patogénicos.

En resumen, la confusión mental y el delirio alucinatorio no parecen constituir entidades morbosas bien definidas; son más bien síndromes que acusan principalmente intoxicaciones cerebrales, y que obran merced á una predisposición ó preparación especial.

4.º Las *concepciones delirantes*, que vamos á examinar, son también simples elementos sintomáticos, conclusión que se evidenciará en seguida por el rápido bosquejo de sus condiciones físicas y patogénicas.

El trabajo mental es tanto mayor y más extenso cuanto más numerosas y variadas son las imágenes sobre que actúa y cuanto más acabadas y correctas son las combinaciones ó asociaciones que de ellas se puedan formar. Efectivamente, cuanto mayor es el número de imágenes que posee la inteligencia, más diferencias descubre y más conocimientos adquiere. Esto supone: 1.º la integridad y perfección de la percepción exterior, lo que permite la entrada en el campo de la conciencia de mayor número de ideas y de imágenes; 2.º la integridad y la impresionabilidad de la célula nerviosa, merced á las cuales las imágenes pueden fijarse con más facilidad y de una manera adecuada al excitante; 3.º la integridad y la libertad de todas las vías nerviosas, para que las imágenes, contiguas ó distantes puedan comunicarse rápidamente unas de otras.

Supongamos ahora, un cerebro en el cual, al lado de grupos celulares anormalmente desarrollados ó anormalmente excitables, se hallan otros apenas formados, atrofiados ó inexcitables, pero gozando aún unos y otros de relativa independencia; entonces, á poco que aumenten las condiciones de irritabilidad cerebral, el desequilibrio mental se acentuará, las impresiones sensoriales estarán en desproporción con el excitante, podrán nacer espontáneamente imágenes cerebrales sin provocación exterior, en los grupos hipertrofiados y aislados, y ninguno acudirá á corregir estos errores al nacer. Con esta desunión de los estados de conciencia, la atención reflejada ya no puede fijar completamente las nuevas imágenes, y las impresiones actuales y los recuerdos no logran esclarecerlas ó lo hacen muy incompletamente. Esas imágenes é ideas exageradas ó falsas, no rectificadas ó suprimidas, se imponen como si fueran la expresión de la realidad interior ó exterior, dando origen á las alucinaciones ó convicciones delirantes.

Ahora bien, el estado mental cuyos caracteres psicológicos acabamos de indicar es precisamente el estado mental sintomático de la *degeneración mental*. En los degenerados, por tanto, hallaremos los tipos más acabados

de esas *concepciones delirantes*, creaciones primarias de cerebros defectuosos, *paranoías*, como se dice en Alemania.

Visto ya cómo se originan estos errores, vamos á indicar brevemente de qué elementos están formados. Los errores pueden consistir en primer término en sensaciones actuales, así externas como internas, en los recuerdos, en estados afectivos, y en ideas sobrevenidas brusca é inconscientemente que vienen á sobreañadirse de una manera inesperada al encadenamiento lógico de las ideas conscientes (ideas obsesionantes). Este es uno de los modos de producirse las concepciones delirantes, las cuales pueden permanecer entonces indefinidamente intelectuales, reducidas á simples ilusiones y á falsas interpretaciones de las cosas, ó, al contrario, complicarse con trastornos sensoriales, unas veces pasajeros, episdicos, sin que exista en ellos relación de causa á efecto, y otras veces directamente dependientes del estado intelectual delirante, del cual son la verdadera exteriorización.

Un segundo modo de producirse consiste en la aparición de errores de los sentidos que trascienden á la conciencia. Estas alucinaciones ocasionan á veces cierta confusión de ideas, pero paralelamente se abren paso ideas delirantes de pronto sistemáticas. Por otra parte, las alucinaciones á su vez, sea cual fuere su origen, no consisten, como en el delirio alcohólico puro, en un simple desfile de imágenes, sino que podría decirse que son ya delirantes por ser el resultado de asociaciones inconscientes extravagantes, ilógicas, que no hacen más que expresar ó traducir, y por consiguiente se parecen á esas ideas obsesionantes de que hemos hablado antes. De manera que, en último término, en el origen de todas las producciones delirantes degenerativas, se hallan los caracteres de la desviación primitiva de la inteligencia, como si el delirio, en el sentido etimológico de la palabra (*de lira*) fuese la vida mental natural de esos individuos.

La fecundidad delirante de estos enfermos es, por tanto, inagotable y las formas psicopáticas susceptibles de estudio son tan numerosas que escapan por su abundancia á todo ensayo de descripción didáctica. Pero que el delirio sea estrictamente intelectual ó intelectual y alucinatorio al mismo tiempo, simple ó polimorfo, que sea algo ó enteramente sistemático, se encuentra en todos los casos, desde el simple acceso efímero hasta las formas indefinidamente prolongadas, un conjunto de caracteres evolutivos verdaderamente específicos: una extraordinaria rapidez en la aparición de los fenómenos morbosos y una evolución indeterminada nunca sistemáticamente progresiva.

Para que una idea falsa no encuentre ninguna oposición en el campo de la conciencia, es preciso, como acabamos de ver, una inconexión, sin

desmenuzamiento de la conciencia. Además de la degeneración mental, hallamos esta condición en los estados de demencia orgánica y de confusión mental primitiva. Concepciones delirantes pueden desarrollarse, pues, en el cuadro de esos dos estados; son disparatadas, incoherentes y variables, á causa de la generalización y extensión del proceso disociador y se refieren siempre de un modo claro á su base morbosa. Es muy imperfecta por tanto su analogía con los delirios primarios propiamente dichos.

Pero cuando la conciencia, aunque primitivamente sana, no disociada, se ha visto revuelta en un nuevo plan general, invadida por un estado que la domina, pueden aparecer también en ella concepciones delirantes, porque entonces ya no ve el mundo exterior y el Yo sino á través de este prisma especial. Esto es lo que sucede en la melancolía.

Es, pues, un estado diferente en el que una modificación afectiva determina, apenas nacida, alteraciones intelectuales, las cuales no son más desde entonces que el reflejo de una larga fase de preparación. El individuo sigue inmediatamente las reglas lógicas del pensamiento y exterioriza su estado afectivo en una inquietud recelosa que tiende á despertar la idea de persecución; pero como lo mismo sus procesos asociadores que el mecanismo de su pensamiento no son defectuosos, este primer paso al error va seguido pronto de otro hacia atrás, de una reducción de la ilusión naciente. El estado afectivo vuelve, con todo, á la carga, y el cerebro, que si bien no es degenerado es hereditario, se debilita poco á poco hasta el día en que se instala definitivamente el *delirio de persecuciones*. Este día, no obstante, llega con extraordinaria lentitud (dos, tres, cuatro años), lentitud que depende precisamente de la integridad mental del sujeto antes de invadir la psicosis. Los centros corticales, bajo la influencia del régimen que esta lucha les ha impuesto, van entrando poco á poco en eretismo y dejan escapar espontáneamente imágenes que se completan en el cuadro de los estados intelectuales primitivos, coadyuvando de este modo á la sistematización cada vez más cerrada del delirio. Pero, á medida que estos trastornos se extienden y complican, el Yo comienza á desvanecerse y á ofuscarse la inteligencia. La síntesis de persecución comienza á vacilar y entonces las ideas contrarias entran de nuevo en escena, y desarrollándose desmesuradamente, por no estar ya refrenadas, hasta constituir el *delirio de grandezas*. La inteligencia ya ofuscada se debilita más todavía por los ataques de este nuevo delirio y el enfermo tiende hacia la *demencia*.

Así, pues, los estados delirantes llamados primitivos se dividen en dos grupos. En el primero, las concepciones delirantes descansan sobre una base psíquica ya morbosa; proceden de un estado mental sin el cual no

podrían existir y del que reproducen los caracteres: son los *estados delirantes degenerativos*. En el segundo grupo, son el resultado de una alteración cerebral profunda, en sujetos no lesionados, tendiendo por lo mismo á la cronicidad progresiva: es el *delirio crónico de evolución sistemática y progresiva*.

5.º Los estados de *locura consciente* no deben, pues, ser considerados como fenómenos autónomos, independientes y divisibles en especies distintas.

En realidad, son fenómenos de la misma índole, estados superpuestos, como lo demuestra su examen psicológico y clínico.

Supongamos, por ejemplo, que surge de repente una imagen del interior de la conciencia, que provoca un acto del cual constituye su antecedente y comienzo. Si hay equilibrio y unión perfectos entre los centros encefálicos, esta imagen puede quedar pronto desvanecida por una serie de ideas contrarias, y anulada con las tendencias que representaba. Pero supongamos, por el contrario, que existe, en defecto de equilibrio, una disparidad de acción y disconexión de esos centros. La imagen entonces se agranda, aislada hasta cierto punto, y cuando ha adquirido alguna intensidad, borra especialmente las ideas contrarias; pero como por su relativa independencia no puede anularlas completamente, van reproduciéndose sin cesar las ideas, aumentando también por el contraste la viveza de la imagen y el vigor de sus tendencias. De esta lucha proviene la angustia extrema y el profundo dolor moral acompañado de todos los fenómenos físicos de la emoción, que se apodera del individuo. Mas la imagen continúa siempre agrandándose, haciéndose tanto más apremiante cuanto es más viva la resistencia. Por último, agotadas sus fuerzas, el paciente se arriesga á ejecutar el acto, sea cual fuere, y una vez realizado, experimenta un verdadero descanso en todo su ser y una indefinible sensación de alivio.

Que el sujeto se sienta arrastrado al robo ó al asesinato, obligado á pronunciar ciertas palabras, rehacer veinte veces la misma cosa, á someterse en todos los detalles de su vida á las exigencias de un número que le atrae, ó bien que se figure estar en peligro de tener que buscar con urgencia una palabra, siempre el fenómeno se traduce por la misma sucesión de estados psíquicos: obsesión é impulsión conscientes; angustia, acto; satisfacción consecutiva; ó en términos más generales el apetito imperioso de un centro que debe ser satisfecho.

Al lado de estos casos en los cuales la imagen obsesionante dirige el acto, existe otro grupo de fenómenos en los que aquélla lo detiene.

Lo mismo en el agorafóbico que se queda helado así que pone los pies

en la calle, que en el aicmofóbico que palidece al ver alfileres y cuchillos, como en los desgraciados que temen los contactos y que les molesta el contacto del cobre ó del terciopelo, etc., y por último, en todas las *fobias*, parece que una idea inhibitoria de extraordinario vigor se establece súbitamente en la conciencia, disipa todas las imágenes antagonistas y paraliza ella sola y sin oposición la voluntad. A pesar de esto, la lucha existe, un ensayo de resistencia contra la invasión de esta imagen, y se produce la angustia seguida de alivio tan pronto se ha removido el obstáculo. Sin embargo, para que la imagen oculta en el interior de la conciencia adquiera de pronto derecho de ciudadanía, se requiere una disociación de las resistencias cerebrales, en una palabra, un verdadero desequilibrio mental.

En el abúlico, que experimenta una resistencia interior al ir á realizar un acto, en el cual la imagen del acto se representa, solicitando en vano el movimiento, y á veces con cuanta mayor energía la imagen reclama el esfuerzo, mayor es la impotencia del sujeto, como si la inhibición de la voluntad derivase de la misma fuerza de la idea que impulsa al acto, en el abúlico, decimos, hay, además de plena conciencia de esta invencible impotencia, una lucha angustiosa pero inútil,— resultado también de la independencia recíproca de las imágenes y de la diseminación de los estados de conciencia.

Toda la locura lúcida se halla comprendida dentro de estos pocos ejemplos; se ve, en efecto que todo queda reducido á la obsesión, á la impulsión, á la inhibición conscientes y dolorosamente angustiosas, y por otra parte, se comprende que estos fenómenos sólo pueden manifestarse en virtud de un desequilibrio mental, debido ora á la acción preponderante de ciertos centros, ora á la insuficiencia de algunos otros, ora á su inconexión más ó menos profunda. Pues bien, este estado es lo que caracteriza precisamente la *degeneración mental*. La obsesión, la impulsión y la inhibición conscientes son por tanto fenómenos de igual naturaleza que caracterizan un mismo estado mental: son verdaderamente los *estigmas psíquicos de la degeneración mental*.

La observación clínica nos demuestra con igual claridad este parentesco y comunidad de origen. En efecto, varios de estos síndromes pueden aparecer simultánea ó sucesivamente en un mismo individuo: un aritmómano puede ser al mismo tiempo agorafóbico é incrédulo ó indeciso; y el onomatómano puede temer los contactos y verse impulsado al suicidio. Un individuo que siente ganas de reír, llorar, correr, volar, puede estar al mismo tiempo obsesionado por una cifra; y el mismo sujeto, en una palabra, puede experimentar deseos y temores obsesionantes, fenó-

menos inhibitorios (*filiás, fobias, abulias*) síndromes que constituyen otros tantos episodios ó manifestaciones de la degeneración. Por la herencia se transmiten también á veces esos síndromes sin mudar de forma, así como tampoco es raro que nuevos síndromes se añadan ó sustituyan en el descendiente á los que presentaba el ascendiente.

C. - GRUPOS HOMOGÉNEOS BASADOS Á LA VEZ EN LA SINTOMATOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA, QUE DERIVAN DE LA DESINTEGRACIÓN DE LOS GRUPOS SINTOMÁTICOS.

Merced á la observación clínica, al análisis psicológico y á las comprobaciones anatómicas, los grupos basados en el aspecto exterior de los fenómenos se han disgregado completamente. La manía y la melancolía han sido mejor definidas y mejor comprendidas. La locura intermitente ha sido considerada como una entidad morbosa, carácter que se niega á la demencia haciéndole formar parte de diversos *complexus* morbosos (parálisis general, lesiones circunscritas del cerebro, vejez ó senectud) de las que sólo representa un síndrome común, el término de todas las lesiones orgánicas del cerebro, cuya intensidad y cualidad varían con la extensión y localización de esas lesiones. Otro síndrome descrito en Francia hace poco con el nombre de confusión mental primitiva (Chaslin), que equivale á la demencia aguda de Esquirol, la estupidez de Georget, la confusión de Delasiauve, la *Vervorrenheit* y la *Vermirtheit* simples ó alucinatorias de gran número de autores alemanes, la disnoia de Korsakow, etc., depende, al parecer, de un agotamiento rápido del cerebro, las más de las veces consecutivo á la infección y autointoxicación. En la afección descrita con el nombre de «confusión mental primitiva idiopática», este síndrome se añade á los síntomas somáticos más importantes que permiten, basándose también en la etiología, colocar este *complexus* entre las alienaciones accidentales, y muy próximo á las locuras tóxicas. Estas últimas comprenden, además, una serie de casos patogénica y clínicamente uniformes, entre los cuales el delirio alcohólico es el tipo mejor definido. Por último, si consideramos que las monomanías han desaparecido, que los delirios propiamente dichos se han incluido de una parte en la degeneración mental y de otra parte en el delirio crónico, que los estados de locura lúcida han entrado en su totalidad en el cuadro de la degeneración, podemos formar los siguientes grupos de las diversas alienaciones.

1.º *Psicosis propiamente dichas.*

- A. — Psicosis en los simplemente predispuestos;
Manía;
Melancolía;
Locura intermitente;
Delirio crónico de evolución sistemática y progresiva.

B. — Estados degenerativos.

2.º *Alienaciones accidentales.* (*Estados mixtos, que corresponden al mismo tiempo á la psiquiatria y á la patologia interna*).

- A. — Alienaciones en las neurosis (epilepsia, histerismo);
- B. — Alienaciones dependientes de lesiones orgánicas del cerebro;
- C. — Alienaciones dependientes de intoxicaciones.

1.º No hay por qué ocuparnos nuevamente de las psicosis en los individuos simplemente predispuestos: manía, melancolía, locura intermitente, delirio crónico de evolución sistemática y progresiva. Sin embargo, los estados degenerativos y las alienaciones accidentales reclaman algunas explicaciones complementarias.

2.º Toda tara hereditaria neuropática ó psicopática, y toda lesión que recaiga sobre los centros nerviosos en vías de desarrollo, pueden dar lugar á la degeneración, es decir, detener ó viciar el desarrollo psíquico del individuo.

Cuando son numerosas las lesiones de los centros nerviosos, la obliteración intelectual es casi completa: el *idiot*a es, en efecto, una especie de autómatas estúpido, un aparato de reflejos elementales, un verdadero juguete de los agentes exteriores. Algunos centros pueden quedar inmunes; entonces llegan al campo de la conciencia mayor número de imágenes, formándose asociaciones, pero por partes, sin dirección general: el *imbécil*, dueño de pocos elementos, juzga y se determina al azar. Importa saber, sin embargo, que los desarrollos parciales exagerados coexisten á veces con la suspensión de la mayor parte del conjunto, en términos que han podido ser calificados de idiotas y de imbeciles, genios parciales (Félix Voisin, por ejemplo).

En los grados inferiores de la degeneración, se observan también lesiones en los centros nerviosos; en un grado más superior, como el *débil*, apenas se notan más que modificaciones morfológicas, pliegues menos numerosos y anfractuosidades menos profundas y menos complicadas de la corteza cerebral. En los grados aún más superiores, como en el *degenerado superior*, todo parece normal, de manera que el desorden íntimo existente escapa á los medios de investigación anatómica de que disponemos. Pero los trastornos funcionales que la clínica descubre se parecen tanto á los que se observan en el débil é imbecil, que deben lógicamente depender,

como en realidad dependen (herencia, enfermedad de la infancia, etc.) de parecidas modificaciones del órgano.

Efectivamente, así en el débil como en el degenerado superior, se observa un estado mental cuyos caracteres hemos ya bosquejado, y que consiste esencialmente en la desarmonía de todas las facultades. La inteligencia es desigual; grandes talentos, aunque exclusivos, carecen por completo al mismo tiempo de ciertas aptitudes; la imaginación exuberante va acompañada de asociaciones ilógicas é inesperadas, y la reflexión razonable es muchas veces imposible. La emotividad es también totalmente paradójica, y en medio de la indiferencia moral y de la anestesia ética más profunda, se manifiesta sin motivo una extremada impresionabilidad. Cabría multiplicar estos rasgos característicos y siempre veríamos que el desarrollo psíquico del degenerado superior está, aunque más acabado, tan fragmentado como el del imbécil.

Este degenerado puede presentar muy diversos grados: cada degenerado es un desequilibrado á su manera, reacciona en la forma que le es propia, formas que varían constante y extraordinariamente. Supongamos, por ejemplo, que la desarmonía psíquica aumenta, que el enfermo se exalta aun continuando su lucidez. Su incansable actividad se emplea entonces en multitud de empresas, y su imaginación complaciente va elaborando sin fatigarse proyectos y pensamientos atrevidos que nada puede detener, dado que es imposible la atención refleja: el degenerado se convierte en maníaco razonable. Si admitimos, por otra parte, que el desequilibrio entre las facultades intelectuales y morales se acentúa, y que los sentimientos éticos desaparecen totalmente, entonces tenemos la locura moral.

Manía razonadora y locura moral sólo significan, pues, modificaciones excesivas del estado mental degenerativo, y por esto no nos hemos ocupado de ellas al exponer la semiología general.

A estas dos modalidades de la degeneración, y más especialmente á la manía razonadora, pertenece la *locura de los perseguidos perseguidores* (pendencieros, querellantes, pleitistas, etc.)

Las *obsesiones*, los *impulsos é inhibiciones* insuperables y conscientes, aunque más marcadas y en apariencia más aislables, no son también otra cosa, como hemos visto, que maneras de ser, formas esquemáticas del desequilibrio.

Las *concepciones delirantes primitivas* son igualmente fruto natural de la degeneración. La manera de producirse es característica: ciertas ideas y falsas imágenes, formadas completamente de las asociaciones inconscientes del individuo, ó resultantes de los juicios erróneos de estados intelectuales ó afectivos, se imponen á la conciencia como si fueran ver-

dades absolutas, convirtiéndose en punto de partida del delirio. Aquí también puede decirse que el desequilibrio se deslinda y se analiza por sí mismo. Sus efectos los encontraremos en la evolución de esos delirios.

La idea ó la imagen que acaba de surgir se proyecta en el fondo de la conciencia con tan intensa claridad, que puede llegar á ser pronto la representación favorita. Pero si por sugerencias intelectuales ó afectivas surgen nuevas concepciones erróneas, en el juego mal combinado de una inteligencia cuyas facultades gozan todas de relativa independencia, serán posibles otras situaciones. Si la idea nueva no logra desvanecer la anterior, un segundo estado vesánico se añadirá al primero; pero si, por el contrario, la concepción naciente adquiere bastante vigor para ocupar como dominante todo el campo de la conciencia, un nuevo sistema morboso reemplazará completamente el antiguo, y los delirios podrán ir sucediéndose, empujándose unos á otros merced á causas contingentes. Serán en una palabra *múltiples, polimorfas, proteiformes*.

Estos delirios no tienen, por lo general, fuertes raíces, pues su movilidad y cambios les impiden crear estables asociaciones; y cuando las causas que han provocado la irritación cerebral y acentuado el desequilibrio habrán dejado de obrar, todo volverá en orden; la reflexión y la crítica recobrarán sus derechos y desvanecerán las concepciones extravagantes que habían por un momento, y por su misma instantaneidad, acaparado y monopolizado esas conciencias desunidas.

Otras veces, al contrario, los delirios se prolongan indefinidamente á causa de que la inteligencia está más trastornada, el raciocinio más falseado por un exceso de desequilibrio fundamental, y juicios secundarios desarrollan de una manera ilimitada, por las asociaciones extraordinarias en que las mezclan, las ideas delirantes primitivas y las alucinaciones. Por último, cuando las asociaciones de ideas entran en un caos incomprensible (confusión é incoherencia del lenguaje, profusión de neologismos), sobre todo cuando las facultades comienzan á debilitarse, la incurabilidad es probable y ya no puede confiarse en la curación.

El delirio poliformo se presenta con extraordinaria frecuencia en la degeneración mental, y la misma multiplicidad de las ideas que lo componen impide con mucha frecuencia la coordinación de todos sus elementos en un solo haz. Puede ocurrir, no obstante, que las concepciones delirantes y las alucinaciones primitivas múltiples se organicen en un solo sistema al que esta unidad imprime una extraordinaria intensidad. Esta energía es la que permite al sistema recién formado conservarse enfrente de otros estados, y de enlazar esas asociaciones secundarias de que hemos hablado antes, y que, á su vez, prolongan indefinidamente su duración. Existen

casos, sin embargo, en los que el delirio gira de momento alrededor de una sola concepción vesánica. Surgiendo de lo inconsciente en forma de idea ó de alucinación, ó producida por un suceso exterior que impresion al sujeto, esta concepción se intercala súbitamente entre las asociaciones conscientes. Así, siendo análoga á la obsesión propiamente dicha, difiere de ella en que es en seguida aceptada y asimilada y en que su parasitismo es ignorado por la conciencia, gracias á la más completa inconexión de la misma. Apareciendo violentamente á la manera de una revelación, se convierte en punto de partida de un *delirio único, sistemático desde el primer momento, y que se fija* tanto más cuanto más pronto aparece, en la infancia por ejemplo, esto es, cuanto mayor es el número de asociaciones que puede atraer consigo.

Después de lo dicho, podemos resumir de la siguiente manera los estados delirantes de la degeneración mental: *a)* Delirios rápidos, proteiformes, polimorfos, de corta y larga duración, en general curables. *b)* Delirio sistemático único, fijo, sin tendencia á evolucionar (análogo á la idea obsesionante). La clase del delirio (ambicioso, hipocondríaco, de persecución, etc.) es indiferente en los dos casos.

Tal es el conjunto de los estados degenerativos. Todos sus aspectos, por variados que sean, pueden reducirse á una sola modalidad psicológica, el *desequilibrio*, puesto en juego por multitud de causas accidentales, la mayoría insignificantes ó inapreciables; á menudo fisiológicas (pubertad, menstruación, menopausia, etc.), ó simplemente exteriores, sociales (emociones, religiosidad, etc.).

Hemos visto ya que el *estado maniaco* y el *estado melancólico* verdaderos parecen depender de condiciones patogénicas y específicas para cada uno de ellos; estas condiciones, por tanto, pueden aparecer lo mismo en los degenerados que en los simplemente predispuestos, pero en los degenerados sólo se observarán después los elementos de esas dos psicosis que están en relación directa con las indicadas condiciones; es decir, de una parte el estado de descarga psicomotriz, y de otra el estado de suspensión dolorosa de depresión. El resto, esto es, la reacción individual, será degenerativa y estará constituida por cualquiera de los mil aspectos del *desequilibrio mental*.

La *locura intermitente*, que se caracteriza en términos *generales* por la aparición en un mismo individuo de accesos de manía ó de melancolía diversamente combinados, no debe considerarse *a priori* el atributo de la degeneración mental: accesos semejantes y regulares no pueden depender de un *desequilibrio* cuyos aspectos son esencialmente variables y móviles. Y de hecho, la locura intermitente es una afección de los individuos

simplemente predispuestos: los degenerados tienen también accesos múltiples más ó menos periódicos, pero todos se manifiestan en el término de la degeneración.

Habiéndonos ocupado suficientemente de la evolución lenta y regular del delirio crónico, no hay necesidad de demostrar su incompatibilidad con la degeneración.

El siguiente cuadro (1) viene á englobar las diferentes manifestaciones clínicas de la degeneración mental.

CUADRO SINÓPTICO DE LAS DEGENERACIONES MENTALES

Hereditarios degenerados

- § I. Idiocia, imbecilidad, debilidad mental.
- § II. Desequilibrados. Anomalías cerebrales. Falta de equilibrio de las facultades morales é intelectuales.
- § III. Síndromes episódicos de los hereditarios.
 - 1.º Locura de indecisión ó de la duda.
 - 2.º Temor del contacto. Aicmofobia ($\alpha\chi\mu\eta$, punta).
 - 1.º Angustia para hallar un nombre ó una palabra.
 - 2.º Obsesión de la palabra que se impone é impulso irresistible á repetirla.
 - 3.º Temor de la palabra comprometedora.
 - 4.º Influencia preservadora de la palabra.
 - 5.º Palabras tragadas que se indigestan.
 - 3.º Onomatomania.
 - 1.º Aritmomania.
 - 2.º Ecolalia, copolalia, con incoordinación motriz. (GILLES DE LA TOURETTE).
 - 4.º Amor exagerado de los animales. Locura de los antiviviseccionistas.
 - 5.º
 - a. Dipsomania.
 - b. Sitiomania.
 - 6.º
 - a. Kleptomania, Kleptofobia.
 - b. Oniomanía ($\acute{\omega}\nu\tau\alpha$, compras).
 - 7.º Manía del juego.
 - 8.º Piromanía; pirofobia.
 - 9.º Impulsos homicidas y suicidas; fobias similares.
 - 10.º Anomalías, perversiones, aberraciones sexuales.
 - A. Espinales (reflejo simple, centro génito-espinal de BÜNGER).
 - B. Espinales cerebrales posteriores (reflejo cortical posterior).
 - C. Espinales cerebrales anteriores (reflejo cortical anterior).
 - D. Cerebrales anteriores (erotómanos, extáticos).
 - 11.º Agorafobia, claustrofobia, topofobia.
 - 12.º Abulia (2).

(1) MAGNAN.—*Recherches sur les centres nerveux*, 2.ª serie, pág. 150.

(2) La lista de estos síndromes va aumentando todos los días, encontrándose, como es natural, los caracteres generales en las diversas descripciones; sin embargo, estos estudios parciales tienen importancia desde el punto de vista clínico y permiten, por otra parte, formarse mejor concepto del conjunto.

Entre esas nuevas descripciones citaremos: la obsesión dentaria (GALIPPE), el temor á la deformación, dismorfofobia, y el temor de ser enterrado vivo, la afefobia (MORSELLI), el temor del rubor (TRAPESNIKOFF), el de ruborizarse, eritemofobia (BOUCHER), ereutofobia (PITRES y RÉGIS).

- § IV. A. Manía razonadora. Locura moral (perseguidos-perseguidores).
 B. Delirio primario múltiple, polimorfo rápido (Delirio ambicioso; o á veces de larga duración, pero sin su- } hipocondríaco, ción evolutiva determinada. } religioso, de persecución, etc.
 C. Delirio sistemático único, fijo, sin tendencia evolutiva (análogo á la idea obsesionante).
 D. Excitación maníaca, depresión melancólica.

3.º A las *alienaciones funcionales*, que dependen directamente de una perturbación primitiva de las asociaciones psíquicas y que podrían llamarse también *constitucionales*, puesto que sus formas suponen una predisposición especial, oponemos las *alienaciones accidentales*, patognomónicas de un agente productor inmediato bien determinado, siguiendo poco á poco las oscilaciones de la causa, pasajeras ó permanentes, según que la causa sólo desflora por decirlo así ó desorganice para siempre los centros nerviosos.

Entre esas alienaciones, colocamos en primer término los estados directamente engendrados por las neurosis: *epilepsia*, *histerismo*.

Cualquier manifestación paroxística de la *epilepsia*, ataque ó vértigo, puede ir seguida de trastornos intelectuales (estados alucinatorios, concepciones delirantes, estados de excitación, de depresión, de estupor, actos en apariencia bien relacionados y con finalidad). En cualquier forma que se presenten, simples ó complejos, rápidos ó prolongados, esos trastornos revisten caracteres especiales: automatismo durante el acceso, amnesia consecutiva á todo el cuadro sintomático; y estos mismos caracteres son los que denotan la índole epiléptica de los trastornos que se desarrollan fuera del ataque (delirio equivalente). El *delirio epiléptico* tiene, por consiguiente, un carácter bien determinado. Pero, aparte de su carácter neurósico específico, se observan en los epilépticos otros trastornos delirantes que no difieren de las psicosis vulgares (manía, melancolía, delirio alcohólico, etc.), pues no son más, en efecto, que psicosis *coexistiendo* con la epilepsia en un mismo individuo; esta coexistencia, por otra parte, se señala á veces por la aparición del ictus en pleno delirio, y el enfermo, pasada la fase amnésica que ha interrumpido la afección primitiva, vuelve á seguir el curso de esta última sin sospechar lo que acaba de pasarle.

Idénticas consideraciones pueden aplicarse al *histerismo*. En este caso, es necesario también distinguir los diversos factores, separando los que corresponden al ataque, que está constituido principalmente por un delirio alucinatorio, de los que se desarrollan fuera del ataque, que pertenecen á una psicosis heterogénea, casi siempre á la degeneración mental.

No nos detendremos en discutir la importancia de la *hipocondría*

considerada como neurosis. Esta opinión, reproducida con especial insistencia desde Morel, no nos parece justificada desde el momento que la hipocondría no posee ningún carácter nosográfico que permita su aislamiento á no ser como elemento sintomático.

En el segundo grupo de alienaciones accidentales, comprendemos las que dependen de lesiones difusas (parálisis general), ó circunscritas (hemorragia, reblandecimiento, tumores, sífilis, etc.) y de la involución senil del cerebro. Estas lesiones se caracterizan clínicamente por un conjunto de síntomas *físicos y mentales* diversamente combinados. Los trastornos psíquicos, cualesquiera que sean su causa, extensión y forma anatómica de la lesión, consisten esencialmente en una *debilitación más ó menos acentuada de las facultades*. La afección puede, por tanto, evolucionar en estado de simplicidad reducida á este síndrome fundamental. Nuevos caracteres, sin embargo, vienen á alterar con bastante frecuencia su forma; estados delirantes se añaden á la base demencial, aunque no tienen relación inmediata alguna con la lesión subyacente, pues no son más que digresiones, episodios contingentes y curables, mientras que el debilitamiento psíquico, inmediata consecuencia de la perturbación anatómica, sigue de cerca el curso de la misma, siendo como ella incurable y muy á menudo progresiva. Los estados delirantes dependen, por consiguiente, de un determinismo especial, favoreciendo su desenvolvimiento dos elementos primordiales: el estado mental demencial, secundario á la lesión, y el estado mental primitivo, normal ó degenerado, que precede á la lesión. Sobre estos dos elementos pesan á su vez las causas ocasionales, que provocan la aparición de concepciones delirantes, alucinaciones, estados maníacos ó melancólicos, más ó menos precoces y definidos según las relaciones recíprocas del estado mental primitivo y del estado demencial.

El grupo de las «alienaciones producidas por intoxicaciones» cierra nuestra síntesis nosográfica.

«Hay intoxicación, dice Roger (1), siempre que se produce una modificación en la constitución química del medio interno.» Esta modificación puede provenir de multitud de causas. En primer lugar figuran los venenos que se ingieren intencionalmente, de los que el alcohol es el tipo. Al lado de esas *intoxicaciones exógenas*, hay que colocar las intoxicaciones de origen interno, *endógenas*, consecuencia del mismo proceso de la vida, de la desasimilación celular y de las fermentaciones microbianas del intestino. En estado normal, el organismo se defiende enérgicamente contra

(1) ROGER. — Art. INTOXICACIÓN, del *Traité de pathologie générale* de BOUCHARD et RÔGER.

estos venenos eliminándolos (riñones, pulmones, etc.), neutralizándolos (secreciones internas), ó transformándolos (hígado). Pero, si la producción de los venenos excede de cierto grado (fatiga, inanición, convalecencia en las fiebres, etc.), que los órganos vicariantes no puedan eliminarlos completamente, ó por estar alterados dichos órganos no pueden salir tampoco los venenos del organismo, habrá entonces *autointoxicación*. La *infección* obra en idéntica forma: las toxinas bacterianas son las que dan origen á la enfermedad y trastornan al individuo, pero la infección, *lo mismo que toda intoxicación exógena*, no tarda en complicarse con autointoxicación, por las alteraciones que determina en los tejidos.

Las intoxicaciones, infecciones y autointoxicaciones constituyen estados accidentales contra los cuales han de reaccionar los centros cerebrales, lo que efectuarán tanto más defectuosamente cuanta menor sea su resistencia ó se hallen en estado de debilidad irritable, así provenga ésta de la acción excesiva ó prolongada sobre cerebros normales de las mismas causas de intoxicación ó sea simplemente la expresión de una tara degenerativa. La reacción, por otra parte, varía clínicamente según que la célula cerebral haya sufrido poco todavía en sus procesos de asociación (delirio alcohólico agudo ó subagudo, delirios febriles, etc.), ó, al contrario, que, por estar completamente extenuada, sólo pueda ya formar asociaciones raras y tardías (estados de inanición, convalecencia en las fiebres graves, estados crónicos de desnutrición, etc.)

Obsérvese en el primer caso un delirio alucinatorio de alguna duración en el que las imágenes se ordenan formando una continua y no interrumpida novela, reproduciéndose á veces indefinidamente el mismo tema. En el segundo caso, la falta constante de trabazón en las ideas, la debilidad y los vacíos de la asociación lógica se traducen por la desorientación respecto al tiempo y al espacio, y por una verdadera incoherencia en las palabras (emisión de palabras incoherentes y desprovistas de significado) y en los actos (muecas, esputación, movimientos bruscos, etc.), debida á las asociaciones automáticas y repentinas que se forman todavía. Por un mecanismo parecido, pueden desarrollarse entonces concepciones delirantes vagas y desordenadas, así como alucinaciones que se presentan á la manera de reacciones aisladas de los centros corticales, y son incoherentes y entrecortadas. Si la dificultad de las asociaciones va acentuándose más todavía, se llega, por último, á esa especie de muerte mental que se designa con el nombre de estupidez. Los delirios alucinatorios, y los estados de confusión simple ó alucinatoria son, pues, los síndromes habitualmente significativos de las intoxicaciones cerebrales agudas; y por esto nosotros colocamos la «confusión mental primitiva idiopática» en un

subcapítulo de locuras tóxicas y con ella el *delirio agudo*, que consideramos al mismo tiempo como la manifestación subaguda de esta confusión y como una transición hacia las alienaciones originadas por lesiones materiales de los centros nerviosos.

II

Terapéutica

SUMARIO.—A.—CONSIDERACIONES GENERALES.—Terapéutica en psiquiatría. Necesidad de un diagnóstico preciso de la especie nosológica y de un perfecto conocimiento del individuo afecto. Indicaciones que derivan de estos dos factores. Indicaciones que surgen: 1.º de la predisposición; profilaxia individual y social: tratamiento de la degeneración; 2.º de las causas ocasionales y de los síntomas generales comunes á las especies nosológicas: métodos generales de tratamiento.

B.—MÉTODOS GENERALES DE TRATAMIENTO.

1.º *Cambio de medio*. La reclusión y sus indicaciones. Organización general de los asilos.

El cambio de medio y la vigilancia del alienado. Indicaciones: manía, melancolía, delirio crónico, delirios degenerativos, obsesiones. Dementes é idiotas. Paralíticos generales. Epilépticos. Alcohólicos. Confusión mental. Certificación médica de conformidad con la ley de 30 de Junio de 1838. Asilos: su carácter especial nacido de las necesidades de la terapéutica. Acumulación de enfermos. Disociaciones posibles: reunión en familias, colonias familiares (dementes, crónicos inofensivos). Asilo de idiotas y de individuos de defectuoso desarrollo mental. Asilo de epilépticos y alcohólicos. Asilo-prisión para los criminales degenerados.

2.º *Organización interior del asilo*. El *non-restraint* (sujeción manual). Reclusión en el lecho. Tratamiento moral.

Restreint y non restraint (sujeción mecánica y sujeción manual). Inconvenientes del primero. La camisola de fuerza. El *non-restraint* de Gardiner Hill y Conolly en Inglaterra. Morel en Francia. El *non-restraint* admitido en el asilo de Sainte-Anne: etapas sucesivas. La reclusión en la cama, sus promovedores. Su influencia física y moral, sus ventajas administrativas. Transformación de los asilos. Tratamiento moral y la sugestión hipnótica.

3.º *Medicamentos coadyuvantes*.—Higiene general. Medios físicos y farmacológicos. Variabilidad según las indicaciones. Imbecilidad. Repulsión de los alimentos.

C.—TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN.—Higiene individual, física, intelectual y moral; tratamiento pedagógico. Reclusión del degenerado: sus indicaciones. Higiene social; cuestión acerca del matrimonio. Problema de la regeneración. Profilaxia social.

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La observación clínica nos enseña á apreciar la importancia de los desórdenes psíquicos, procurando remontarse hasta el conocimiento de las causas de esos desórdenes y descubrir las condiciones de su aparición y las lesiones de que son una consecuencia. De ella sacaremos, pues, el conocimiento de las indicaciones, que domina toda la terapéutica mental como domina la terapéutica ordinaria.

Ahora bien; hemos visto que si las especies nosológicas dependen de condiciones patogénicas especiales, el individuo que reacciona imprime á su vez un carácter particular á esas especies; y sabemos también, que para hacer un diagnóstico completo que permita precisar el pronóstico, es necesario antes haber determinado la índole del terreno que se oculta tras la especie nosológica que se manifiesta: sólo así será posible instituir una terapéutica conveniente. Citaremos algunos ejemplos para aclarar la idea.

El acceso de delirio alcohólico, si bien se manifiesta por un conjunto de caracteres constantes, presenta además al estudio diversos matices y consecuencias, según que el sujeto no tenga predisposición vesánica, ó, al contrario, sea un degenerado. Este mismo acceso de delirio puede también manifestarse en una afección más profunda, la demencia paralítica por ejemplo, y se comprende por tanto cuán necesario será descubrir una enfermedad tan silenciosa y de diversa gravedad oculta tras esas ruidosas apariencias.

El tratamiento se deduce del perfecto conocimiento de esa serie de determinismos, siendo cada uno de ellos fuente de indicaciones especiales. El delirio alcohólico, sea simple, sea en el degenerado, sea en el paralítico general, puede perfectamente tratarse por una misma serie de agentes terapéuticos; pero si en los individuos de la primera clase se consigue rápidamente la desaparición de los trastornos psíquicos, queda mucho por hacer todavía en el degenerado y en el paralítico después de la desaparición del delirio tóxico.

Las reglas generales del tratamiento de un acceso de manía ó de melancolía son parecidas, tanto si el último es simple, idiopático ó sintomático de una locura intermitente. De los síndromes, estado maníaco y estado melancólico, surgen indicaciones que se hacen derivar á la vez de la patogenia, de los síntomas y de la conocida evolución de la enfermedad.

Antes, sin embargo, de instituir el tratamiento, convendrá poder afirmar que se trata de un verdadero acceso de manía y de melancolía y no de uno de esos falsos estados maníacos ó melancólicos de que ya hemos hablado, síntomas de especies nosológicas diferentes (delirios tóxicos, neurosis, etc.) y por la misma razón tratables por otros medios terapéuticos.

El diagnóstico no es completo todavía, pues hace falta también remontarse al origen del mal, escudriñar su etiología, descubrir el terreno simplemente predispuesto ó degenerativo en que se ha desarrollado, para deducir de todos esos datos nuevas indicaciones.

La terapéutica en patología mental se funda, pues, en el diagnóstico preciso de la especie nosológica, y en el conocimiento de las condiciones del individuo afecto. Ahora bien, la enfermedad sólo se desarrolla en el individuo cuando está predispuesto, cuando el estado de su cerebro opone escasa resistencia á la causa morbosa.

En la predisposición se encuentra, por consiguiente, la principal razón de la locura y ella proporciona además una indicación que trasciende á toda la terapéutica mental y que debe por tanto ser examinada de un modo especial en un resumen de terapéutica psiquiátrica. Y como la predisposición encuentra su más perfecta expresión en el proceso degenerativo mental, el tratamiento de este último es el que debe servir de preliminar al estudio de los tratamientos especiales de los demás tipos morbosos.

Pero ¿cómo comprenderemos ese tratamiento?

La observación clínica, permitiendo descubrir la base de todos los fenómenos de ese género, y demostrando la constante analogía de esos fenómenos entre sí y la semejanza de sus caracteres con los de la base de donde proceden, nos revelará el proceso patogénico que les ha dado origen; por otra parte, da á conocer igualmente las causas productoras de esta perturbación primitiva de los centros nerviosos, y así resulta posible instituir un tratamiento racional y completo. Ciertamente, no podemos abrigar la pretensión de intervenir de un modo directo contra una modificación de la estructura cerebral; pero, aun así, el papel de la terapéutica es suficientemente extenso, como vasta su esfera de acción y de eficacia bastante los medios de que dispone, para que pueda afirmarse la posibilidad de dominar la enfermedad.

El papel del médico no ha de reducirse, por tanto, á saber tratar un delirio, pues debe ser también y sobre todo previsor. Para esto se requieren, como se comprende, sólidos conocimientos en psiquiatría, y estamos persuadidos de que habría menos alienados en los asilos si los médicos conocieran mejor la locura. El médico, en efecto, puede librar de ese mal á los individuos predispuestos por las taras de sus progenitores; puede también menguar esta predisposición, desarrollar la fuerza de resistencia del cerebro contra las influencias morbosas ó enseñar por lo menos los medios de evitar éstas.

Esta profilaxia individual la completa la profilaxia social. El conocimiento, cada día más extenso, de los factores de la degeneración, impone al médico el deber de luchar contra ellos con todas sus fuerzas, de propagar por todas partes la higiene física y moral más rigurosa y de preservar á la sociedad de los efectos desorganizadores y de la transmisión

de las taras neuropáticas. La profilaxia de las enfermedades infecciosas, de las intoxicaciones, y sobre todo del alcoholismo, está en directa conexión con la profilaxia de la locura y especialmente de las formas degenerativas de la misma (Véanse los diferentes capítulos que tratan de la materia).

Si, á pesar de haber empleado todos los medios oportunos, el degenerado presenta decididamente accesos de delirio, la terapéutica no está desprovista ni mucho menos de recursos. En estos casos, sin embargo, será necesario escudriñar toda la individualidad mental del sujeto, conocer su carácter y tendencias, pues el tratamiento se compone principalmente de procedimientos psíquicos, como también preciso será estar perfectamente enterado de la etiología del caso particular y del estado del organismo para sacar de ahí las indicaciones del tratamiento somático.

Las fuentes de esas indicaciones son, pues, múltiples, variando por lo demás en cada individuo. No hay un sistema terapéutico exclusivo, existen indicaciones generales que derivan del conocimiento de la génesis y de la evolución generalmente análogas de los delirios degenerativos, y que pueden resumirse en los términos siguientes: apartar toda influencia exterior perjudicial, combatir todas las complicaciones orgánicas, regularizar la vida cerebral mediante el reposo ó la actividad prudentemente distribuidos (tratamiento psíquico) y por medios somáticos y dietéticos apropiados. Pues bien, este conjunto de indicaciones generales lo encontraremos también en las psicosis de los simples predispuestos.

Examinemos, por ejemplo, las indicaciones especiales que nos proporciona el estudio de la melancolía. Los datos que se poseen acerca de sus condiciones patogénicas inducen á creer que los tónicos y los reconstituyentes, despertando la nutrición general, han de producir excelentes resultados.

De hecho, en efecto, los producen; pero como no son suficientes para curar la afección, hay que luchar, por otra parte, contra el estado cerebral de dolor moral (angustia y delirio, etc.), procurando al enfermo un reposo intelectual absoluto. Conviene también vigilar constantemente el estado orgánico á fin de prevenir las complicaciones circulatorias, las autointoxicaciones gastrointestinales, etc., evitar, en una palabra, toda influencia etiológica perniciosa, así como reanimar el curso de las asociaciones y las tendencias de la voluntad por medio del tratamiento psíquico.

De manera, pues, que aquí, como en los estados degenerativos, el

método terapéutico no puede ser exclusivo, pues según los casos y los síntomas, será patogénico, fisiológico, sintomático y hasta empírico. Siempre, no obstante, comprende una serie de indicaciones generales, idénticas en su esencia á las que se aplican á los delirios degenerativos, las que se encuentran igualmente en las demás psicosis y en las alienaciones accidentales: evitar las condiciones etiológicas perniciosas y mejorar física y psíquicamente las condiciones de la vida cerebral.

Existe, por consiguiente, un conjunto de prescripciones generales higiénicas y terapéuticas que son igualmente aplicables á todas las enfermedades mentales.

Esas indicaciones generales se cumplen por medios físicos y morales.

Entre los medios físicos figuran el aislamiento, el *non-restreint* y, en muchos casos, la reclusión en la cama.

Los medios morales se deducen de los medios físicos.

Estudiaremos sucesivamente cada uno de esos procedimientos.

Y terminaremos exponiendo el tratamiento de la degeneración, que es en su parte fundamental la profilaxia de la locura, así como el tratamiento expuesto en el primer capítulo es el que corresponde á la locura confirmada.

B.— MÉTODOS GENERALES DE TRATAMIENTO

1. Cambio de medio. — Reclusión y sus indicaciones

Organización general del asilo

La sustracción del enfermo de su medio habitual ú ordinario es el recurso terapéutico más eficaz que se conoce para combatir la locura; pero para obtener de él los mejores resultados es necesario que el enfermo esté sometido á una tutela enérgica é inteligente. Está demostrado, en efecto, que cuanto más se activan esas medidas, mayor es la posibilidad de la curación, de donde también, lo repetiremos, la necesidad de que el médico práctico conozca bien la locura, la descubra ya en sus comienzos con frecuencia insidiosos, y cuide sobre todo de que no se haga crónica é incurable por efecto de métodos sistemáticos á menudo perniciosos.

Esas medidas son tanto más necesarias, cuanto el medio familiar dentro del cual se ha desarrollado el delirio constituye para el paciente un foco continuo de excitación vesánica: género de vida, emociones ó cuestiones torpemente suscitadas por los que le rodean, son otros tantos latigazos á la locura naciente. Los padres, en efecto, contrarían injustamente las

ideas delirantes ó, por el contrario, faltos de energía y autoridad, no saben imponer los cuidados necesarios, proteger al enfermo contra sí mismo (suicidio, repulsión de los alimentos, etc.), ni impedir que dañe á los demás. Por otra parte, el medio familiar puede también dar origen á nuevas locuras: en efecto, los que rodean al enfermo predispuestos, hereditarios, á menudo degenerados, vivamente impresionados por el aspecto de éste y sufriendo cada día la sugestión de las mismas ideas y actos, pueden también ser presa de la enfermedad.

Esas consideraciones son aplicables en primer término á las psicosis propiamente dichas.

La necesidad del cambio de medio y de la tutela consiguiente es evidente en los casos de manía, en la melancolía, sobre todo si va acompañada de angustia, de tendencias á suicidarse y de concepciones delirantes.

El delirante crónico, lo mismo que el degenerado que delira, han de sustraerse también del medio en el que se ha desarrollado su delirio, pues así es sabido que recobran la calma pronto (véase el delirio de persecuciones). Si bien esos enfermos pueden á veces disfrutar de cierta libertad, hay que recordar que las excitaciones del exterior sólo sirven para acelerar la marcha de la enfermedad, y es necesario prever el momento en que, por el peligro de que pasen á las reacciones agresivas ó desesperadas, habrán de ser vigilados muy de cerca.

Los obsesionados, continuando al lado de sus familias, se eternizan en sus obsesiones é impulsos, viniendo á contraer nuevos hábitos, de los que no pueden apartarse á pesar de los solícitos cuidados de los que les rodean. Estos, por otra parte, llenos en un principio de celo y actividad por el enfermo, se ofenden con sus resistencias pasivas, se desaniman ante la monótona repetición de todos esos fenómenos y acaban á la larga, cansados de luchar, por cerrar los ojos y dejar que se apoderen del enfermo *pequeñas mantas* cada día más tenaces, las que, debidas en un principio á las obsesiones é impulsos, son también después, una vez instaladas, causa de las mismas.

La intervención del médico es la única capaz de poner un límite á esas manifestaciones cada vez más extensas; pero para que resulte eficaz y el paciente pueda empeñar la lucha contra sus enfermizas inclinaciones y desembarazarse de ellas, es necesario que entre en un medio diferente, en el cual todos se esfuerce en ayudarle. No nos referimos con esto, entiéndase bien, á aquellos casos en que la obsesión toma un carácter grave (impulsión al homicidio, al suicidio, robo, etc.), reclamando rápidas medidas de seguridad individual ó social.

Los idiotas, imbeciles, dementes seniles y dementes con lesión orgá-

nica, pueden convertirse en peligrosos cuando se les abandona; pero los actos que llevan á cabo inconscientemente pueden evitarse con facilidad por medio de una atenta vigilancia. Por desgracia, las condiciones sociales impiden generalmente á las familias ejercer esa vigilancia, de lo que resultan también la falta de cuidados materiales, si es que se llega á los malos tratamientos. De otra parte, algunos de esos enfermos, como los dementes, pueden presentar estados delirantes, maníacos, melancólicos ó alucinatorios, que exigen un tratamiento activo y mayor vigilancia. Por último, los idiotas y los imbéciles deben estar sometidos á una educación pedagógica, que los padres se hallan en la imposibilidad de instituir y practicar.

Lo que acaba de indicarse respecto de los dementes con lesión orgánica es aplicable *a fortiori* á los paralíticos generales.

Por la lesión anatómica de la parálisis general se explica el poco resultado que en esta afección producen los agentes terapéuticos. Y sólo en su período inicial, cuando la lesión, todavía poco avanzada, es susceptible de retroceder, se podrá ensayar detener su curso con alguna probabilidad de éxito. Sensible es verdaderamente que el médico sea llamado á intervenir sólo muy raras veces en esta primera fase, pues en la mayoría de los casos no se acude á él hasta pasado un año ó más todavía del comienzo de la enfermedad.

¿Querrá esto decir que una vez establecido el diagnóstico, el fallo fatal que de ordinario implica hace inútil toda intervención facultativa? En modo alguno; pues la posibilidad de obtener remisiones más ó menos duraderas y la existencia de casos excepcionales de curación obligan al médico á no abandonar ni dejar de interesarse por el paralítico como si se tratara de un enfermo irrevocablemente condenado. Es necesario, además, durante el curso de la afección, y sobre todo al comienzo y durante las remisiones, vigilar por la más rigurosa observancia de las reglas higiénicas, pues los excesos de cualquier género á que se entregara el sujeto, podrían activar la evolución del proceso anatómico, provocar delirios sobreañadidos y hacer imposible la retrocesión de los síntomas esenciales. Débese, por último, prevenir ó tratar las múltiples complicaciones que pueden aparecer en el desarrollo progresivo de la afección. Sustraer, pues, al paralítico de su medio habitual y de todas las causas de excitación que en el mismo hallaba es la primera indicación que debe cumplirse. No es bastante, sin embargo; así es que, en la mayoría de los casos y principalmente en el período de estado, convendrá colocar al paralítico en un medio en que nada estimule su actividad insana, donde las exigencias de una profesión fatigosa, las sujeciones de la vida mundana, ó los excesos alcohólicos y venéreos no puedan oponerse á las posibles remisiones.

De este modo se evitan también los despilfarros desenfrenados de ciertos individuos que en pocas semanas sumen á su familia en la ruina, y los actos criminales que otros podrían cometer. En los períodos de remisión es indispensable el más absoluto reposo; permitir que el paralítico reanude sus quehaceres habituales equivale á provocar una rápida recaída, que sobrada tendencia tiene á producirse espontáneamente.

Réstanos ocuparnos de las neurosis y de las intoxicaciones.

La mayoría de los epilépticos ingresan en el asilo á consecuencia de un recrudecimiento de las crisis debido á excesos en la bebida, pues de ser sobrios, muchos de ellos podrían seguir en sus casas el tratamiento apropiado, continuando en sus ocupaciones. De todos modos, esos enfermos han de sacarse de su medio ordinario cuando los ataques van seguidos de delirio, sobre todo si los accidentes se repiten con intervalos aproximados. Nos limitaremos á señalar los casos en que la epilepsia, aun siendo poco grave, coincide con un estado diferente (delirios tóxicos, psicosis simples ó degenerativas) ó se complica con el debilitamiento de las facultades: la indicación que surge de esos nuevos factores es la misma.

Examinemos, por último, las intoxicaciones.

Alcohólicos, morfínicos, cocáinicos, etc., en una palabra, todos los individuos que se intoxican por su gusto, haciéndose poco á poco esclavos de sus hábitos, no pueden romper definitivamente con ellos como no sea sustrayéndolos á la tentación, esto es, colocándolos por medio del aislamiento en la imposibilidad material de caer en ella. La aparición de un acceso de delirio hace, por otra parte, esta medida inevitable.

Pasaremos por alto los delirios febriles, cuya terapéutica se identifica con la de la afección causal, bastando para su tratamiento generalmente el ingreso y los cuidados del hospital.

Por razón de sus afinidades etiológicas y clínicas, al lado de los delirios tóxicos, hemos colocado el estado especial de obnubilación de las facultades que se describe con el nombre de confusión mental. Parece en estos casos, que cambiando al enfermo del medio que le es familiar, se aumenta la desorientación, sobre todo en el momento en que se inicia la convalecencia. Pero si se recuerdan las precauciones minuciosas físicas y dietéticas de que se debe rodear al enfermo, y se tiene presente principalmente cuán metódicamente ha de graduarse el despertamiento cerebral, moderar los sentimientos emotivos, ejercitar la inteligencia sin fatigarla, se comprenderá perfectamente que esa terapéutica somática y esa gimnástica mental sólo pueden practicarse bajo la dirección facultativa y de un personal experimentado, cuidados que son, por consiguiente, á

menudo imposibles dentro de la familia y que nada impide por otra parte el que los padres, en el momento oportuno, vengan á cooperar en esta labor de reconstitución psíquica.

La indocilidad del sujeto, la ignorancia para el caso de los que le rodean, la insuficiencia de los medios de que se dispone en familia y la posibilidad del contagio, son otros tantos motivos que militan en favor de un cambio de medio y de someter rápidamente á tutela al individuo enfermo.

Pero, ¿dónde y cómo verificar este cambio de medio y sujeción á tutela? A esto contestaremos: En el asilo y por el asilo.

Indudablemente en ciertos casos muy limitados (simples desequilibrios, hipocondríacos, dementes, etc.), los viajes y la residencia en el campo pueden producir satisfactorios resultados, pero así y todo sólo los darán cuando haya posibilidad de detener oportunamente los fenómenos agudos y esté el enfermo bajo la inspección y vigilancia del médico. Es necesario contar también con las condiciones sociales, pues las más de las veces sólo están al alcance de las familias las medidas generales de asistencia.

El ingreso en un asilo constituye, pues, la indicación principal: suprime de un golpe las causas productoras de la enfermedad y obra á la vez influyendo en el curso de la misma. El enfermo, libre de los múltiples factores de excitación que le asediaban, no tarda, en efecto, en calmarse; y sometido á una disciplina razonada, que suple su voluntad debilitada, pero rodeado de cuidados y solicitud, goza en realidad de mayor libertad de la que podría disfrutar dentro de la familia, se halla al mismo tiempo protegido contra los peligros á que le exponen su inconsciencia ó sus concepciones delirantes, y es, por último, atendido médicamente de un modo constante y adecuado. La permanencia en el asilo es, por tanto, el único medio que permite instituir un tratamiento moral y físico continuado, cuya dirección no será entorpecida por influencias perjudiciales, aunque bien intencionadas, de los padres, y cuyos efectos podrán ser progresivamente graduados.

Conviene hacer constar, sin embargo, que la *permanencia en el asilo* no quiere significar el aislamiento absoluto, pues, como veremos luego, el asilo es simplemente un hospital para las enfermedades mentales, en el que, según los diversos casos, el médico habrá de ordenar el aislamiento del enfermo, ó podrá permitir que se comunique con las personas de su familia y hasta dejarle casi en completa libertad. Solamente en el asilo es donde podrán reunirse y ponerse en práctica los medios dietéticos, físicos y morales que se requieren en el tratamiento de la locura.

A pesar de la necesidad y ventajas que reporta para los enfermos el ingreso en el asilo, en las mismas familias se encuentran á veces formales oposiciones. Cuesta convencerles de que aquel individuo es un alienado y encuentran preferible el afecto inteligente y cariñoso de que sabrán rodearle á la indiferencia de los extraños; siempre alimentan la esperanza de una próxima curación, y en prueba de ello exponen con gusto al médico los indicios de mejoría que han creído observar (calma pasajera, sueño más sosegado, etc.).

Se resisten también á esa medida, porque se recuerda la prevención con que se mira á esos desgraciados al salir del asilo y se teme, por último, el contacto de los demás alienados, asustando,—necesario es confesarlo,—la sombría imagen del «manicomio» cerrándose herméticamente apenas el enfermo ha traspasado sus umbrales.

Ante tales objeciones será necesario apelar á todas las experiencias y enseñanzas de la clínica para desvanecer esas preocupaciones, loables sin duda, pero contrarias á los verdaderos intereses del enfermo. A este fin, convendrá advertir á la familia de las malas consecuencias de la enfermedad á poco que se contemporice con ella; indicarles los peligros que se hacen correr al enfermo y á que se exponen ellos mismos teniéndolo en casa, disuadirles de la influencia nefasta que se pretende ejercen unos alienados sobre otros, y destruir, en una palabra, todas las prevenciones que se pueden tener en contra de los asilos: tal es, en resumen, la tarea que se impone al médico en esos casos.

El certificado del médico que exige la ley francesa de 30 de Junio de 1838 para que pueda ingresar y admitirse por tanto un enfermo en un asilo de alienados, puede formularse en estos términos:

«El infrascrito, doctor en medicina, certifica que D. (nombre, apellidos, edad, domicilio) se halla afecto (diagnóstico, descripción detallada de los síntomas, señalando los actos cometidos durante el acceso de delirio, especialmente los violentos: homicidio, intento de suicidarse). Siendo ese su estado mental, el médico que suscribe estima necesario el ingreso de D... en un establecimiento especial para que pueda ser debidamente tratado y vigilado.»

(Firma, domicilio y fecha).

Este certificado debe extenderse en papel sellado (ó en papel común para los pobres, haciendo constar que se ha librado gratuitamente) y legalizado (en París) por el comisario de policía del barrio donde reside el médico, y en los departamentos por el alcalde.

En España el ingreso y permanencia de los alienados en los asilos especiales se rigen por el Real decreto de 19 de Mayo de 1885 y Real orden aclaratoria de 20 de Junio de 1885 (1).

Los artículos del Real decreto citado, que hacen referencia al ingreso y admisión de los dementes en los manicomios, son los que á continuación se expresan:

ARTÍCULO PRIMERO. La hospitalidad á los dementes se concederá en dos términos:

1.º De observación.

2.º De reclusión definitiva.

ART. 2.º En ningún caso serán admitidos dementes en observación en establecimientos de beneficencia general, pero podrán ingresar, con las formalidades que establece este decreto, en los provinciales, municipales y particulares.

ART. 3.º Para que un presunto alienado pueda ser admitido en observación, será preciso que lo solicite el pariente más inmediato del enfermo, justificando la necesidad ó conveniencia de la reclusión por medio de un certificado expedido por dos Doctores ó Licenciados en medicina, visado por el Subdelegado de esta Facultad en el distrito é informado por el Alcalde.

Estas solicitudes deberán presentarse á la Diputación provincial, si el establecimiento pertenece á la provincia, y al Ayuntamiento si es municipal.

Las Diputaciones provinciales y los Ayuntamientos cuidarán de habilitar un local con las convenientes condiciones para recluir á los dementes en observación, donde puedan permanecer hasta que se les conduzca á un manicomio en clase de reclusos permanentes.

En los establecimientos particulares la admisión se sujetará á lo que determinen los reglamentos especiales que previamente deberá aprobar el Gobierno; pero siempre previa la presentación de los documentos de que habla este decreto.

Los Profesores de medicina que expidan la certificación expresiva del estado del enfermo no podrán ser parientes dentro del cuarto grado civil de la persona que formule la petición, del director administrativo, ni de ninguno de los Facultativos del establecimiento en que deba efectuarse la observación.

Cuando la observación haya de hacerse en casa particular, los Médicos

(1) A fin de que el médico tenga conocimiento de cómo se regulan en España el ingreso y la admisión de los alienados, hemos creído oportuno consignar los artículos del Real decreto de 13 de Mayo de 1885 y las disposiciones de la Real orden aclaratoria de 20 de Junio de 1885, que tratan respectivamente de estas materias.—(N. del T.).

que expidan la certificación no podrán tampoco ser parientes dentro del mismo grado del propietario ó propietarios del establecimiento.

Los Directores de los establecimientos tienen la obligación de dar conocimiento al Gobernador de la provincia respectiva ó al Alcalde, según esté el manicomio en la capital de la provincia ó en uno de sus pueblos, en el preciso término de tres horas, á contar desde el momento del ingreso del presunto alienado, expresando el nombre y naturaleza de éste, el de la persona que haya solicitado su admisión y el nombre de los Facultativos que hayan certificado acerca de la necesidad ó conveniencia de recluir al enfermo.

ART. 4.º La observación, sin más requisitos que los ya expresados, sólo podrá ser consentida una vez; y si en cualquier tiempo la persona que haya estado sujeta á ella presentase de nuevo síntomas de demencia, será indispensable, para volverla á someter á observación, instruir el oportuno expediente judicial.

ART. 5.º El ingreso en observación de dementes, en la forma establecida, no podrá tener efecto sino en casos de verdadera y notoria urgencia, declarados así en los informes del Alcalde y Subdelegado de medicina. Mientras el presunto demente pueda permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, sin causar molestias excesivas á personas que vivan en las habitaciones contiguas, ó sin perjuicio evidente para la salud del mismo pariente, no podrá ser recluido, á menos que lo acuerde el Juzgado de primera instancia respectivo, previa la instrucción del oportuno expediente.

ART. 6.º Tan luego como un enfermo ingrese en un establecimiento deberá incoarse, bien por la familia, ó de oficio en caso de que el presunto alienado carezca de parientes, ó en el de que éstos se hallen ausentes, el expediente judicial para la reclusión definitiva, á fin de que, expirado el plazo de tres meses, ó de seis en casos dudosos, se expida por el Facultativo ó Facultativos del manicomio en que la observación tuviere lugar, el oportuno certificado informativo.

Este certificado deberá ser entregado á la persona que solicitó la clausura del demente el mismo día que termine dicho plazo, para que inmediatamente pueda ser presentado al Juzgado, el cual á su vez habrá de dictar la resolución que proceda dentro de las veinticuatro horas siguientes.

ART. 7.º Para la admisión definitiva de un demente será preciso expediente instruido ante el Juez de primera instancia, en el cual se justifique la enfermedad y la necesidad ó conveniencia de la reclusión del alienado.

ART. 8.º Las peticiones, tanto de observación como de ingreso definitivo en un hospital, deberán hacerse por el pariente más inmediato del demente, ó de oficio si se trata de una persona que carezca de familia, se halle

lejos ó separado de ésta. En los expedientes de reclusión se oirá precisamente á los parientes, emplazándolos por el término de un mes, pasado el cual se resolverá, con ó sin audiencia, si no hubiesen comparecido.

ART. 9.º Los procesados por los Tribunales que sean declarados dementes y mandados recluir serán admitidos en los establecimientos á petición de la autoridad correspondiente, previa la remisión de testimonio del tanto de la condena.

Para estos alienados se destinará en los manicomios un departamento separado que reuna las convenientes condiciones de seguridad.

ART. 10. Los particulares ó asociaciones que sostengan ó funden un establecimiento con destino á albergue de dementes deberán someter á la aprobación del Gobierno sus respectivos reglamentos, y funcionarán con arreglo á lo que en ellos se establezca.

Esta obligación se hace extensiva á los que en la actualidad tengan establecidos manicomios ó casas de salud.

ART. 11. Los particulares que sin tener establecido hospital de dementes se hagan cargo de éstos para atender á su cuidado y curación, deberán siempre notificarlo al Gobernador ó Alcalde, si no residieren en la capital de provincia, dentro del preciso término de veinticuatro horas, contadas desde la admisión del alienado, y quedarán sujetos á la responsabilidad que marca el Código penal si incurriesen en falta ó delito por secuestro inmotivado ó por cualquier otra causa, respondiendo asimismo de los daños que produzcan los dementes por razón de abandono ó negligencia en la custodia de los mismos.

ART. 15. Corresponde al Ministro de la Gobernación autorizar la reclusión de los individuos del ejército á quienes por haber perdido la razón se expida la licencia absoluta, puesto que, cesando respecto de ellos la jurisdicción de guerra, adquieren las familias de los enfremos el derecho de curatela, y quedan sujetos, por lo tanto, para su admisión en los manicomios, á los mismos trámites establecidos por la jurisdicción civil.

En el caso de carecer de parientes á quienes pueda entregarlos la Autoridad militar, lo hará ésta á los Gobernadores civiles, á los Alcaldes, á los efectos marcados en este decreto, y que se relacionan con los dementes abandonados; pero siempre acompañando testimonio de la providencia en virtud de la cual fueron declarados dementes.

ART. 16. Será indispensable observar lo dispuesto en este decreto para recluir en un manicomio á los individuos del ejército que padezcan enajenación mental, aun cuando por esta causa no se les expida la licencia absoluta, sin perjuicio de que, en caso de recobrar la razón, vuelvan al ejército si les corresponde y reúnen las condiciones reglamentarias para ello.

Y las disposiciones contenidas en la Real orden aclaratoria antes indicada referentes al asunto son las siguientes:

SEGUNDA. Que respecto de los dementes que existían reclusos antes de la publicación del Real decreto de 19 de Mayo, deben instruirse los oportunos expedientes en la forma que el mismo determina, y con la brevedad posible para legalizar la situación de los mismos: que cuando los enfermos sujetos á observación no puedan ser asilados en los establecimientos provinciales ó municipales de la capital ó pueblos á que correspondan, se trasladen á otros ó á manicomios particulares, bajo la responsabilidad y por cuenta de las familias de los mismos, si la tuvieren y fueran pudientes, y en su defecto por cuenta de la provincia, en la forma que establecen la Ley de 20 de Junio de 1849 y Reglamento de 14 de Mayo de 1852.

TERCERA. Que cuando un presunto demente que carezca de familia ó de representación legal fuese hallado en la vía pública ó en su domicilio, dando motivo con su libertad á algún peligro inminente en evitación del cual la Autoridad estime que su reclusión es absolutamente necesaria y urgente, podrá ésta acordarse en el acto por el Gobernador ó el Alcalde, según los casos, sin perjuicio de disponer que en el preciso término de veinticuatro horas se cumplan las formalidades estatuidas en los artículos 3.º, 5.º y 8.º del Real decreto de 19 de Mayo último.

CUARTA. Que cuando en algún enfermo albergado en un Hospital provincial ó municipal se declaren ó presenten síntomas de una afección mental, deberá el Jefe del establecimiento dar cuenta á la Autoridad correspondiente para que se instruya el oportuno expediente en los términos marcados en el art. 3.º del mencionado Real decreto.

QUINTA. Que si terminado el plazo legal de la observación de un presunto demente, la familia de éste no acudiese al Juzgado en la forma que expresa el art. 6.º, ó se opusiere á la reclusión, deberá promover el expediente el Alcalde ó el Gobernador, de oficio, y los Tribunales resolverán si procede la clausura definitiva del enfermo, á menos que la familia, tutor ó curador del paciente se hagan cargo de su custodia y cuidado bajo las responsabilidades que establece el Código penal.

Pasaremos ahora á indicar brevemente las diversas formas de asistencia de los alienados tal como se practican en la actualidad, esto es, derivadas del conocimiento más completo de la patología, ó mejor aún en bastantes casos, tal como debieran practicarse, no como se practican en realidad. También aquí la clínica ha de ser nuestra guía.

Supongamos, por ejemplo, que nos hallamos en presencia de un estado de excitación maniaca; el diagnóstico preciso y completo será lo único que

puede guiarnos para determinar la clase de aislamiento que permita el caso examinado. Un acceso de manía simple, idiopática, cuyo curso cíclico alcanza varios meses, reclama el asilo, en donde podrá practicarse el tratamiento de una manera constante y razonada. Lo mismo puede decirse de los accesos de manía del loco intermitente y del degenerado, cuya evolución ulterior puede presentar accidentes imprevistos y prolongados. Pero si se trata, pongamos por caso, de un acceso de agitación después de un ictus en un epiléptico ordinariamente tranquilo, ó de una fase de excitación sobrevenida bruscamente á consecuencia de una violenta conmoción moral ó física, ó después de excesos fortuitos en individuos habitualmente sobrios y bien regulados, será preferible obtener la curación, por lo general rápida en esos casos, ya dentro de la familia, ya en una sala de hospital, antes que recurrir al asilo por medio de una secuestración que consta oficialmente.

Cuando el síndrome «excitación maníaca» exija la reclusión, ésta podrá extenderse ó restringirse según las particularidades de cada caso. Supongamos que se cuidan simultáneamente y en el mismo sitio un maníaco verdadero, un degenerado maníaco, un epiléptico, un alcohólico y un demente senil excitados; ¿qué ocurrirá al cabo de algunos días de tratamiento? El maníaco verdadero presentará los mismos síntomas, el degenerado podrá estar menos agitado, el epiléptico y alcohólico podrán haber recobrado su estado normal, y el demente senil, menos excitado, pero continuando siempre demente. En estas condiciones estaría indicada la salida del epiléptico y del alcoholizado; pero ¿cómo vigilar su convalecencia y fortalecer aún su estado? Entonces también convendría coadyuvar con todos los medios de que dispusiéramos á la convalecencia y curación definitiva del degenerado; y tendría que retirarse, por último, al demente, de un lugar que no le corresponde.

¿No existe, pues, otro medio que hacer pasar sucesivamente á esos enfermos de la sala ó departamento de los agitados á la de los semiagitados, de esta última á la de los tranquilizados, y ocuparlos siempre dentro de la casa ó asilo?

¿No fuera más lógico irles proporcionando mayor libertad? ¿no se podría y debería aflojar para ellos las ataduras del asilo á medida que llegasen al período de la convalecencia, haciéndoles entrar poco á poco otra vez en la vida exterior?

De esto se desprende, con toda sencillez, la idea del asilo compuesto de una parte central, verdadero hospital en el que deberían tratarse las formas agudas de la locura y las enfermedades incidentales de los alienados, y otra anexa, una colonia, en la que los enfermos convalecientes

comenzarían á gozar de cierta libertad trabajando, «á puerta abierta» aplicándoseles, en una palabra, el sistema del *open-door* escocés. Hay formas, sin embargo, — y no son las menos numerosas, — que se desarrollan sin fenómenos aparatosos (delirantes sistemáticos, perseguidos-perseguidores, ciertos obsesionados), que no dejan de ofrecer la misma gravedad, sobre todo en atención á las consecuencias que el estado mental de esos enfermos puede tener para con los que les rodean (homicidios).

El delirante sistemático que señala á sus perseguidores; el degenerado pleitista, que malgasta sus bienes y amenaza vengarse de sus enemigos imaginarios, así como el degenerado atormentado por la idea de cometer un crimen ó de suicidarse, deben quedar sometidos á una estrecha vigilancia que sólo puede ejercerse en el asilo. Allí, constantemente sujetos á la dirección facultativa, podrá á veces dejárseles que permanezcan en las colonias, pero reingresando en el departamento ó parte central á la menor sospecha que despierten.

En esa parte central, verdadero hospital para los estados agudos, ha de haber siempre dispuesta una sala ó departamento para que puedan ser rigurosamente vigilados los alienados peligrosos (homicidas ó suicidas).

Examinaremos muy en breve la forma ó manera de disponer esos hospitales de alienados. Veamos primeramente cuáles deben ser los individuos que han de albergarse en el mismo.

Aunque á primera vista parezca extraña esa cuestión, si nos fijamos en las diversas clases de individuos que ingresan en los asilos, se comprenderá en seguida que vale la pena de que nos detengamos en ella.

Desde luego, varias clases de enfermos pueden colocarse de momento, ó tan pronto estén curados de sus fenómenos agudos, fuera del asilo, como por ejemplo, en ciertas casas que, mediante una indemnización, los vigilan y cuidan según sus necesidades.

Esta asistencia familiar puede comprenderse de dos maneras: ó bien los alienados están distribuidos en una extensión mayor ó menor de territorio, en localidades más ó menos distantes, ó, por el contrario, reunidos constituyendo una sola aglomeración. El primer sistema se practica con éxito en Escocia, constituyendo el llamado *private dwelling system* (John Sibbald); presenta, sin embargo, el inconveniente que no se logra compensar con las selecciones de enfermos é inspecciones del médico, aun frecuentes, que consiste en la diseminación de los alienados, y su alejamiento de un centro hospitalario donde se les pueda recoger ó albergar. En cambio, no sucede así con el segundo sistema organizado en Bélgica, en Gheel y en Lierneux, ó mejor todavía en Francia, en Dun-sur-Auron (Cher), donde los alienados se encuentran agrupados en la misma loca-

lidad, de este modo pueden someterse á la dirección inmediata del médico.

Ínterin no se funden hospicios de suficiente extensión para que en ellos puedan recogerse los *dementes seniles*, pueden aprovecharse también del alojamiento familiar; del mismo modo los alienados incurables reconocidos inofensivos, y hasta se admite que los alienados curables pueden terminar en esas colonias su convalecencia.

Pero, como se comprende, pueden á veces sobrevenir fenómenos agudos y enfermedades incidentales, siendo por tanto necesario que en el mismo centro de la aglomeración exista una enfermería en la que puedan albergarse todos los individuos sorprendidos por esos fenómenos agudos. En Gheel, esta enfermería es un verdadero hospital-asilo y en Dun hay una enfermería para los accidentes leves, destinándose acto seguido al asilo de Bourges á los enfermos que ya no pueden permanecer en la colonia.

Vemos, por consiguiente, aplicadas en esos distintos puntos las mismas ideas generales que nos indujeron á concebir la constitución de un asilo compuesto de una parte central hospitalaria y otra periférica, consistente en colonias trabajadoras. Si el alojamiento familiar se extendiera, alojándose un número más crecido y variado de enfermos, y la enfermería central se desarrollara, tendríamos un segundo modo completo de asistir á los alienados, siempre con la condición de que estuvieran constantemente vigilados por el médico.

De todos modos, con esto resulta el asilo urbano libre de una parte de sus enfermos, y el tratamiento instituido por todas partes sobre las mismas bases.

Otro grupo de individuos que debe también excluirse es el de los idiotas y los imbeciles. En efecto, hay tendencia hoy á reunirlos en un mismo centro, para prodigarles á la vez los cuidados físicos que su estado reclama, y la educación metódica, dirigida á desarrollar sus facultades rudimentarias. De esto también se deduce la conveniencia de que exista la enfermería, y á su alrededor la escuela y el taller.

Entre los individuos afectos de psicosis agudas que todavía se admiten en el hospital de alienados, algunos hay que curan en pocos días de sus delirios, sin que estén por esto menos necesitados de una observación á veces prolongada, así como también de una cura especial constante ó de larga duración. A esta clase de enfermos pertenecen los alcohólicos y los epilépticos para los cuales podrían igualmente instituirse formas ó maneras de asistencia que los reuniera en un grupo (Véanse los capítulos que tratan del alcoholismo y de la epilepsia). En estos casos también, además

de la enfermería para cuidar las manifestaciones agudas de la intoxicación ó de la neurosis, ha de procurarse en el taller la moralización de los individuos.

Excluidos así del asilo los individuos incurables no peligrosos, los dementes, alcohólicos, epilépticos é idiotas ¿qué clase de enfermos quedarían en él? los alienados curables y los alienados peligrosos. Queda todavía por hacer una última selección: eliminar del grupo de los alienados peligrosos los criminales sin ideas delirantes, pero afectos de locura moral. Hoy día, entre el asilo y la prisión no existe en realidad término medio como no sea la responsabilidad atenuada, que no es más que una solución provisional. Y sin embargo, se abrigan dudas acerca la conciencia moral de cierto número de criminales.

Ya que el asilo de alienados no les conviene y la prisión les carga con un estigma quizás injustamente, ¿dónde colocarlos? Fúndense establecimientos en donde el magistrado y el médico puedan aplicar á la vez su ilustrado criterio á hacer un verdadero y profundo estudio del criminal, amparando al mismo tiempo los intereses de la sociedad, y donde también los métodos de moralización y de regeneración del criminal sean el obligado corolario del arresto. Así, al asilo de alienados debería destinarse el criminal claramente alienado; á la prisión el criminal que no pareciera digno de que se le atenuara la pena; y por último, á la prisión-asilo el criminal sobre el cual recayeran dudas, el degenerado afecto de locura moral.

La asistencia de los alienados, tal como nosotros la comprendemos, no pasa todavía, en la mayoría de los casos, de una esperanza que pueda alimentarse para el porvenir. Injusto fuera, sin embargo, afirmar que nada se ha hecho en Francia que tienda á hacer aplicación de los verdaderos principios de la asistencia racional. Y si algo se ha hecho en la actualidad dirigido á poner en práctica las distintas clases ó formas de asistencia, podemos bien afirmar que este impulso no es fruto exclusivamente de iniciativas extranjeras, de manera que lo que se pide no nos es enteramente desconocido, pues en cierto número de asilos se efectúan ó se han realizado ya las selecciones que hemos indicado. Bastará como prueba citar lo que se hace en el departamento del Sena: prescindiendo de los centros de colonización de Dun-sur-Auron para los dementes seniles y crónicos inofensivos, así como también del asilo para los alcohólicos, cuya construcción ha terminado hace poco, ¿por ventura no se reúne á los epilépticos en Ville-Evrard y en Bicêtre, donde hay una enfermería para sus estados agudos y un centro de trabajo para sus períodos interparoxísticos y de convalecencia? ¿No reciben, por último, los idiotas y los individuos

de escaso desarrollo intelectual en la colonia de Vacluse, en Bicêtre y en la fundación Vallée aquella instrucción médico-pedagógica, única capaz de darles alguna consideración social, á cuya organización ha de ir siempre unido el nombre de M. Bourneville? Ciertamente que esas medidas deben extenderse y perfeccionarse, pero no es menos cierto también que son una demostración de que no vamos penosamente, como se ha dicho alguna vez, á remolque del extranjero. Lo que es nuevo verdaderamente es la tendencia á cambiar el tipo actual del asilo de alienados; pero aun en esto, los establecimientos franceses que han adoptado desde largo tiempo el *non-restraint*, tienen completamente organizado un sistema del cual las formas de tratamiento general hoy preconizadas (reclusión en el lecho) son la más palmaria consagración.

2. La organización interior del asilo. — El «non-restraint» — Reclusión en la cama
Tratamiento moral

Siempre que un enfermo delirante se halle en un estado del que puedan resultar actos peligrosos para sí mismo ó para los demás, habrá de intervenir. Esta intervención puede hacerse de dos maneras: ó colocando cerca del agitado un número suficiente de guardianes para evitar los accidentes que pueden presentarse, ó bien recurriendo, para sujetarle, á los medios mecánicos de contención.

Los medios mecánicos de sujeción surgieron ya con los primeros enfermos, pues muy pronto se idearon aparatos para impedir del modo más cómodo posible el uso de pies y manos á esa clase de individuos. Largo fuera y completamente inútil dar una idea de los distintos y numerosos aparatos con que el ingenio humano se ha esforzado en subvenir á esa necesidad, y desde los fijos, donde se colocaba é inmovilizaba al individuo y los distintos medios de revestimiento, flexibles ó rígidos, que impedían la acción voluntaria de los músculos, hasta la sencilla cadena sujeta á la pared, se encuentran los aparatos más singulares y variados.

La camisola es, entre todos estos aparatos, casi la única que ha subsistido, generalizándose su uso y formando parte del arsenal, no solamente de los asilos, sino también, triste es decirlo, de los hospitales generales. Los graves inconvenientes que resultan de su empleo, han sido estudiados en otra parte de esta obra (tomo I, pág. 630), por cuya razón no debemos insistir, limitándonos á hacer constar que, á pesar de ellos, el sistema cuenta todavía con partidarios.

Son tan fundadas las críticas que su uso promueve, que sus mismos

partidarios conceden de buen grado que la camisola debe emplearse con las mayores reservas, que ha de limitarse á sujetar los brazos y rodear su aplicación de muchas precauciones. No niegan, como se ve, los perjuicios que frecuentemente ocasiona, justificando sólo su empleo como una de tantas maniobras de que se abusa, y que el médico está llamado á reprimir. Pero como precisamente esas maniobras se van perpetuando indefectiblemente entre enfermeros ignorantes y descuidados, de ahí que haya de procurarse á toda costa quitarles ese aparato de las manos. Basta, por lo demás, que ese aparato pueda ser peligroso para hacerlo desaparecer de las prácticas de los asilos de alienados, cuyo tratamiento ha de ser terapéutico y de ningún modo represivo. Ciertamente, al sustituir Pinel la bárbara sujeción á que se sometía á los alienados por la camisola, llevó á cabo una obra verdaderamente útil; pero lejos de detenernos aquí, hemos de reconocer que propiamente, además de remediar en parte una práctica abusiva, lo que hizo fué abrir el camino de sucesivas reformas y progreso; y es también rendir tributo al ilustre reformador y comprender su pensamiento bienhechor, consagrarse á perfeccionar su obra y abandonar un procedimiento que está en desacuerdo con las actuales necesidades.

Según sus partidarios, la camisola estará indicada siempre que se trate de: someter á los indóciles, imponerse á los agitados y evitar las tentativas de homicidio y suicidio á que se sienten á veces impulsados. Ahora bien, la experiencia demuestra que su aplicación en los agitados no da otro resultado que convertirlos en furiosos. En nuestra clínica, donde están completamente desterrados la camisola y cualquier otro medio de sujeción, no hemos observado nunca casos de furor maniaco, á excepción de algunos raros de locura epiléptica, á pesar de que los enfermos ingresan siempre en el período más agudo de su delirio. No sería difícil, por otra parte, encontrar en las estadísticas ó anales de los asilos casos de alienados que lograron quitarse sus ataduras y dar muerte á sus compañeros ó suicidarse. Esos medios mecánicos no son de verdadera seguridad, motivando además el que se descuide la vigilancia; resultan, por consiguiente, inútiles y al mismo tiempo peligrosos y, en definitiva, han de ser completamente abandonados.

Pero ¿cómo será posible obrar eficazmente sin recurrir á los medios mecánicos? Con una atenta y activa vigilancia, enfermeros perfectamente idóneos y algunas habitaciones para el aislamiento hay lo suficiente para atender todas las indicaciones. Este conjunto de prácticas es lo que integra el sistema del *non-restraint*, instituido en Inglaterra por Gardiner Hill (1837) y Conolly (1839), preconizado en Francia en 1860 por Morel,

á quien por una serie de circunstancias especiales no le fué posible ponerlo en práctica, siendo, en fin, introducido por uno de nuestros colegas, desde el año 1874 en la oficina central de admisión de alienados en los asilos del Sena (Sainte-Anne), y aplicándose, en definitiva y con todo rigorismo en 1877, después de una serie de ensayos preliminares, los primeros de los cuales se remontan al año 1867.

Por último, la adopción del sistema de la reclusión en el lecho nos ha permitido dar al mismo todo su desarrollo y modificar completamente el aspecto general de nuestra clínica.

Desde el año 1867, en que suprimimos la camisola, poníamos á los enfermos una envoltura bastante desahogada, cuya forma y manera de aplicarse tendía principalmente á evitar cualquiera dificultad en las funciones respiratorias y circulatorias, pero sujetábamos todavía los brazos y las manos á lo largo del cuerpo por un sistema de lazos y bolsillos que, extendiendo las superficies en que se ejercía la presión y permitiendo sólo los movimientos en el sentido de la dilatación torácica, salvaban los inconvenientes de la camisola.

En 1874, prescindimos ya de toda clase de ataduras, y desde entonces la envoltura no era otra cosa que un vestido destinado á resguardar de las variaciones atmosféricas á los enfermos que continuamente se están desabrigando.

Y como la reclusión en el lecho responde á la mayoría de esas indicaciones, la aplicación de la envoltura se hace cada vez más rara.

Además, en ciertos casos, acostumbrábamos á emplear el aislamiento temporal en una habitación (alienados excitados, maníacos, delirantes, alucinados, paralíticos generales con accesos congestivos, etc.). Algunos de esos enfermos se calmaban con esto rápidamente y otros, sometidos á una atenta y constante vigilancia, podían moverse ó agitarse cómodamente sin peligro para sí mismos ni para sus camaradas. Generalmente bastaba la persuasión y las maneras amables para conseguir que entrasen de buen grado los enfermos en la habitación de aislamiento; pero á veces, lo que es bastante raro, era necesario hacerles entrar á viva fuerza, cuyos inconvenientes sólo se evitaban gracias á la paciencia, dulzura y destreza del personal encargado de custodiarlos.

La reclusión en el lecho evita, por regla general, todos esos inconvenientes, permitiendo restringir además el uso de la habitación de aislamiento, y presentando también la ventaja económica de suprimir, por lo superflua, la instalación las más veces costosa de un cuarto celular.

Pero tiene todavía otras ventajas.

En los párrafos consagrados á la *Locura intermitente*, antes de estas consideraciones generales, se hallan algunos de los resultados de nuestra experiencia personal, que ahora conviene completar.

Desde hace mucho tiempo el reposo en la cama ha sido ya preconizado como un medio de tratar la melancolía, siendo aplicado especialmente por Guislain en 1852 en el asilo de Gante y por Weir Mitchell en 1875, en el hospital para enfermedades nerviosas de Filadelfia. Este último, en su obra sobre el histerismo y la neurastenia, desarrolla extensamente su método; según él, el reposo en la cama ha de ser absoluto y continuarse durante la mayor parte del tratamiento, en el que hace intervenir además el masaje, la electricidad y una dieta especial.

Los excelentes efectos que produce en la melancolía han sido encomiados también por otros autores como Ludwig, Meyer, Griesinger, Köppe, Belle y Lemoine, etc.; pero sólo hace poco tiempo que la reclusión en cama constituye, para gran número de alienistas alemanes, rusos, suizos, holandeses (Poetz, Neisser, Kröepelin, Timoféieff, Gouseieff, Korsakoff, etc., etc.), la base del tratamiento, no sólo de la melancolía, sino también de todas las formas agudas de la locura, de los maníacos más agitados como de los melancólicos con estupor.

Como hemos visto, la primera indicación en el tratamiento de la locura consiste en el mejoramiento físico y psíquico de las condiciones de la vida cerebral, apartando cuidadosamente todas las influencias etiológicas defectuosas, ya provengan del exterior como del propio organismo del enfermo. Ahora bien, ¿qué medio cumple mejor que el reposo en la cama esas indicaciones primordiales?

La permanencia en la cama permite reparar las pérdidas sufridas por el organismo en los estados de excitación bajo la influencia del extraordinario desgaste motriz, y en los estados melancólicos, á consecuencia de la angustia, del insomnio y de la repulsión de los alimentos. De esta manera, pues, se despierta la nutrición general y por ser ésta la principalmente comprometida en la melancolía verdadera, no tardan, antes al contrario, en manifestarse los satisfactorios resultados.

Regularizanse también las funciones cardiomusculares, y el cerebro, mejor irrigado, gracias á la posición horizontal del enfermo, es más fácil que reaccione normalmente; activase igualmente la circulación entorpecida, y la piel, membrana nerviosa de cubierta, reacciona con energía. Por último, merced á la influencia simultánea de la nutrición realizada y de la normalidad en el funcionalismo circulatorio, las pérdidas de calor disminuyen y se regulariza la temperatura.

Al tratar de la locura intermitente, se verá que los enfermos más

agitados se familiarizan rápidamente con la cama,— efecto normal del aparato y del orden general de la sala, que se añade al efecto físico producido por el reposo en la cama.

Con la reclusión en la cama se moderan, pues, de una parte, las manifestaciones furiosas, calmándose, de otra, el dolor moral. Evita además ciertas complicaciones; el *gatismo* no tarda en mejorarse, desapareciendo á veces siempre que depende de la intensidad del delirio, por poca atención que observen los guardianes; las alucinaciones que se producen fácilmente á causa del agotamiento cerebral se hacen menos frecuentes y el insomnio menos tenaz.

No por esto deja de tener el sistema de la reclusión en la cama sus inconvenientes. En efecto, ocasiona á veces el estreñimiento y, casi siempre, si se prolonga demasiado tiempo, cierto grado de anemia debido sin duda á la falta de oxigenación (aireación de las salas), á pesar de las precauciones que se toman. Así, pues, convendrá, cuando se prolongue el tratamiento, hacer levantar á los enfermos y pasear al aire libre durante algunas horas del día. En cuanto al estreñimiento, se corrige fácilmente empleando los medios adecuados.

En definitiva, pues, esos defectos son bien insignificantes en comparación con las ventajas que del sistema se obtienen.

Otras ventajas presenta también, de un carácter principalmente económico, que debemos señalar: la permanencia en la cama realmente facilita la vigilancia y la práctica de los cuidados de que debe rodearse al enfermo, abarata el mantenimiento de los mismos (menos destrucción del mobiliario, de los trajes, etc.), y simplifica, por último, la marcha del asilo.

En algunos asilos de Alemania se aplica este método á todos los enfermos que no pueden ocuparse en nada á causa del delirio ó del debilitamiento de las fuerzas físicas ó mentales. El establecimiento, por consiguiente, comprende sólo dos grandes categorías de enfermos: los que guardan cama en salas parecidas á las de un hospital y los trabajadores diseminados por los talleres, campos, jardines, lavaderos, en una palabra, en cualquiera de los diferentes servicios del establecimiento. Este, en esas condiciones, difiere mucho en su aspecto de nuestros asilos, transformándose en un hospital y colonia al mismo tiempo, sin muros ni foso ó zanja que lo limite (salto de lobo), sin cuartos celulares, en una palabra, es un verdadero asilo á puertas abiertas, donde se recibe al alienado considerándole cada vez más como un enfermo ordinario.

Pero, además de estas dos grandes secciones, nos parece que debería formarse otra con habitaciones especiales destinadas á albergar cierto

número de alienados crónicos cuyo estado mental no reclama la reclusión en la cama, pero que por el carácter especial de su delirio no pueden tampoco ocuparse en los talleres ó en las quintas.

Y ¿qué diremos ahora del tratamiento moral? Es en definitiva el reverso de los procedimientos que acabamos de indicar y el corolario natural del sistema del *non-restraint*. Prescindiremos desde luego de la opinión de aquellos autores que han creído necesario emplear la amenaza ó el miedo para obrar sobre el ánimo del enfermo, procedimientos estos que deben relegarse á la historia, pues nunca debe olvidarse que el alienado es un verdadero enfermo. No hay que pensar tampoco en la codificación del tratamiento psíquico, ya que al médico es á quien realmente corresponde instituir los medios morales que le dicten á la vez su criterio, su corazón y su experiencia y que crea oportunos para cada uno de los enfermos. Desde este punto de vista, bien podemos decir con Krafft Ebing, que la materia médica es inagotable; y consolando á los enfermos, en vez de reprenderles, interesándose por su suerte sincera y cariñosamente, y significándoles que se compadece de sus penas y dolores, es cómo principalmente conseguirá el alienista inspirar aquella confianza que es la primera condición para salir en bien de estos asuntos.

Dedúcese de lo expuesto cuán necesario es para el médico, antes de intentar nada, conocer no solamente la enfermedad, sí que también el carácter, costumbres, educación y posición social del individuo de que se trate. Todos esos elementos reunidos servirán de norma al médico, que ya desde entonces podrá dirigirse al paciente en forma adecuada á sus sentimientos é instrucción y colocarle en un medio, señalarle un trabajo y permitirle el género de distracción que esté en armonía con su condición y costumbres. En este punto, los grandes asilos con su biblioteca, sus talleres, jardines y servicios generales, tienen incalculables ventajas para influir eficazmente en el ánimo de estos individuos. El trabajo que ocupa la atención y distrae de las ideas mórbosas es todavía el mejor coadyuvante de los prudentes consejos y de la persuasión amistosa.

Ha sido encomiada también la influencia de la sugestión hipnótica; pero los casos referidos hasta hoy son tan poco demostrativos y precisos que sólo pueden mantenerse sobre este punto especiales reservas, tanto más cuanto este medio no deja de ser peligroso para ciertos alienados y que, aun en el histerismo, si modifica algunos accidentes, no llega á curar la neurosis.

3.º—Medicaciones coadyuvantes

La vigilancia ó sumisión á tutela del individuo en un medio especial, el *non-restreint* absoluto; la reclusión en cama para las psicosis agudas ó los fenómenos agudos de los estados crónicos; el *open door* y la colonización familiar para la convalecencia y la cronicidad; son las medidas generales que están indicadas en el tratamiento de la locura. A la acción que ejercen estos distintos procedimientos, conviene añadir la de un conjunto de medios coadyuvantes, higiénicos, físicos y farmacológicos.

La higiene general de la locura comprende las reglas higiénicas ordinarias concernientes á los vestidos, habitación, cama, alimentación, etc. La cuestión de los vestidos que interesa solamente tratándose de los individuos afectos de psicosis agudas, se halla resuelta con la organización del *non-restreint* y de la reclusión en cama. Otro tanto puede decirse de la habitación: no hay para qué describir en este lugar las reglas que debieran tenerse presentes en la construcción y organización del asilo tal como lo hemos concebido, ni menos todavía las que han presidido á la construcción de los asilos actuales. Recordaremos únicamente que, adoptando el sistema de la reclusión en la cama, se simplifican muy especialmente los términos de la cuestión, que se reduce entonces á seguir las reglas por que se rige la construcción de los hospitales ordinarios. La alimentación en general ha de ser sana, tónica y reparadora, proscribiéndose los excitantes y sobre todo las bebidas fermentadas y destiladas. Por lo demás, el régimen varía con cada individuo y según también la especie nosológica de que se trate, y no cabe más que referirnos, para esas explicaciones, á los distintos capítulos de este tratado.

Con la cuestión de la alimentación se relaciona la de la repulsión de los alimentos, en cuyo caso á veces no queda otro recurso que obrar con energía, acudiendo á la alimentación forzada. Atendida su importancia y generalidad, nos ocuparemos de ella muy en breve, describiendo el manual operatorio del cateterismo esofágico. La permanencia en la cama, por último, no ofrece nada de particular, á no ser en los dementes con incontinencia (*gatismo*), cuyo estado reclama cuidados especiales de limpieza, de los cuales volveremos á hablar también en seguida.

Los medios coadyuvantes físicos comprenden la hidroterapia, el masaje, la electricidad y la revulsión. Los farmacológicos abarcan casi la totalidad de la materia médica. No podemos referir aquí, ni aun sumariamente, las aplicaciones de esos diversos procedimientos á la terapéutica

mental; variando también según el tipo de la locura y el individuo de que se trate, se expondrán con sus indicaciones especiales al hablar de cada una de las formas de la locura.

De algunos fenómenos generales, sin embargo, como la excitación, el insomnio, la angustia, etc., convendría indudablemente exponer aquí el tratamiento; pero como éste sólo puede ser bien comprendido relacionando el síndrome con cada una de las afecciones de que depende, y esto sería más bien exponerse á incurrir en inútiles repeticiones que bosquejar esa semiología terapéutica, véanse los capítulos especialmente consagrados á estas materias.

Nos falta, pues, estudiar solamente los dos síntomas que antes nos hemos reservado tratar más adelante: la incontinencia (*gatismo*) y la repulsión de los alimentos.

A. — El tratamiento de la incontinencia de las materias fecales varía según las causas productoras de la misma. Cuando depende de lesiones encéfalo-medulares, resultando por consiguiente de una parálisis de los esfínteres, se ha aconsejado el uso de la estrieina que aumenta el *tonus* reflejo. Es bien difícil, sin embargo, obtener la curación, á no ser por los medios dietéticos: se vigila la alimentación, se procura que los enfermos evacúen á horas determinadas y regulares y se les hace dormir sobre una tela impermeable con un tubo central que sirve de conductor de los líquidos: tratándose de hombres, dará buenos resultados la colocación de un orinal fijo. Empléanse también con este objeto la turba, paja, fuco y sobre todo tellizas, cambiándolas tan pronto se hayan ensuciado. Procurando conservar la más escrupulosa limpieza, se consigue asimismo evitar la formación de escaras; para esto, hay que impedir el contacto de la orina y de las materias fecales con las regiones sacra y glútea de los enfermos, variar frecuentemente la posición de éstos en la cama á fin de que no sufran los mismos puntos una presión prolongada, sirviéndose en caso de necesidad de una almohada de aire; durante el día convendrá de vez en cuando que abandonen el lecho. Si á pesar de todas esas precauciones la piel comienza á agrietarse, se emplearán las soluciones antisépticas débiles (agua borica—da por ejemplo).

Idénticas precauciones generales habrán de tomarse para los demás alienados incontinentes, ya lo verifiquen (estúpidos) porque su conciencia está embotada; ora (maníacos) debido á que su atención, continuamente disociada, no percibe los reflejos sensoriales de la vejiga ó del recto; ora (melancólicos) á causa de que su pensamiento concentrado en un solo punto permanece sordo á las excitaciones orgánicas; ya (ciertos alucinados) porque están aterrados; ya (ciertos delirantes sistemáticos) en un

sentido relacionado con sus concepciones delirantes, etc. En todos estos casos, el único tratamiento que resulta eficaz para combatir el *gatismo* es el de la afección causal. Conviene advertir, no obstante, que la falta de vigilancia inherente al abuso del aislamiento celular y á la reunión de gran número de enfermos y de diversas clases en un mismo punto, constituye una de las causas de la perpetuidad de tal estado, y que con el sistema de la reclusión en la cama, al mismo tiempo que desaparece la causa, disminuye el *gatismo* en los estados agudos de alienación.

B. — Cuando los alienados se *niegan á tomar alimentos*, hay que atribuirlo ordinariamente á trastornos psíquicos (concepciones delirantes, alucinaciones, etc.), y como éstos determinan también con bastante rapidez trastornos de la nutrición, la primera indicación á cumplir en presencia de un enfermo que rehuse alimentarse es la de recluirlo en la cama, tanto para retardar la desnutrición como para producir una sedación mental. El ejemplo y la persuasión logran algunas veces vencer esas resistencias, moderándose también algo sus efectos por medio de enemas nutritivos, la ingestión de líquidos por un hueco dentario, etc. Con todo, así que se observe que el estado general se debilita, es preciso de toda necesidad recurrir al *cateterismo esofágico*.

Se acuesta al enfermo con la cabeza levantada para evitar el reflujo de las sustancias alimenticias en las vías respiratorias, manteniéndole en esa posición los ayudantes que sean necesarios. Colocado el médico al lado derecho de la cama y con la mano izquierda ligeramente apoyada sobre los ojos del enfermo, introduce en la ventana nasal preferida el extremo de una sonda blanda que se ha puesto algunas horas en un líquido antiséptico débil (agua boricada por ejemplo); se impele en seguida con suavidad, apoyándose en el dorso de la nariz, deteniéndose siempre que encuentre resistencia para no herir la concha. Después de haber franqueado la nariz y la cavidad posterior de las fosas nasales, la sonda puede chocar con la base de la lengua, cuando el enfermo la aplica fuertemente contra la pared posterior de la faringe, penetrando en la cavidad bucal, en donde se encorva ó arrolla. Este accidente puede evitarse con bastante facilidad inyectando en la sonda, tan pronto toca á la faringe, una pequeña cantidad de líquido. Entonces se produce el reflejo de la deglución: la sonda, impelida en el mismo instante por el operador, salva el obstáculo y en cierto modo es engullida por el esófago, en el que no falta más que acabarla de introducir. Desgraciadamente, en este momento mismo puede también penetrar en las vías aéreas, determinando bien pronto la producción de cianosis facial, tos y disnea. Empero en algunos alienados estúpidos, anestésicos, la reacción apenas se produce, y en algunos otros

hiperestésicos basta, al contrario, que la sonda, aún introducida en el esófago, se ponga en contacto con la pared posterior de la laringe, para que se manifiesten aquellos fenómenos. Se ha procurado por tal motivo buscar otros signos. Entre los muchos medios indicados para reconocer en qué punto se encuentra la sonda, existen dos, que se emplearán siempre sucesivamente: *a)* se sumerge el pabellón de la sonda en un vaso de agua; si no salen más que algunas burbujas gaseosas en el momento de la espiración, es que la sonda ha penetrado en el estómago; cuando, al contrario, está en la tráquea, se produce una verdadera corriente de aire á la vez espiratoria é inspiratoria; *b)* se inyectan algunos centímetros cúbicos de agua en la sonda; si ésta se encuentra en la tráquea, el agua es inmediatamente expulsada con los esfuerzos de la espiración y se perciben al mismo tiempo algunos estertores traqueales.

Tales dificultades y accidentes del cateterismo esofágico por las fosas nasales se evitan por completo cuando se puede penetrar directamente en el esófago por la boca; deprimiendo la base de la lengua con el índice de la mano izquierda, se puede con seguridad hacer deslizarse la sonda por el esófago, pudiendo además emplear un tubo de gran calibre, el aparato de Faucher-Debove, por ejemplo, con el que se puede introducir una alimentación más substanciosa, practicar con facilidad el lavado del estómago, y evitar, por último, los accidentes de la regurgitación. Débese contar, es cierto, con la mala voluntad de los alienados, pero con la ayuda de personal suficiente y merced á algunas maniobras bien calculadas, se consigue casi siempre buen resultado (introducción entre los arcos alveolares de un tapón de corcho ó de lienzo, de un cono de madera con paso de rosca, de la boca de plata de Billod, que resultaría un buen aparato si no fuese de difícil aplicación).

Se procede entonces con tiento y lentitud á la introducción de los alimentos (leche, huevos, raspaduras de carne, zumo de carne, sustancias medicamentosas, etc.), que han de ser tibios y tamizados á fin de que no pueda obstruir la sonda alguna partícula sólida. Cuando al embudo le falta poco para vaciarse, se cierra la llave y se retira la sonda después de haberla obturado, apretándola con los dedos por debajo del pabellón para impedir que escape el líquido que en ella hubiese quedado. Llamamos la atención respecto de esta última precaución, descuidada con mucha frecuencia, siendo, no obstante, de suma importancia, pues los líquidos alimenticios podrían caer en las vías respiratorias y producir graves lesiones. Una vez se ha retirado la sonda, se hace incorporar bruscamente al enfermo, ó aun mejor, se le hace andar para que no tenga lugar la regurgitación.

C. — TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN
PROFILAXIA DE LA LOCURA

El estado de decaimiento fijo é inmutable de los centros nerviosos que traduce la palabra «degeneración», escapa por su misma definición á la acción directa de la terapéutica. El deber del médico no es por esto menos imperioso ni de menor importancia, puesto que le corresponde proteger al decaído contra los efectos de su tara, y evitar las causas de su propagación en la especie.

Vamos, pues, á estudiar rápidamente esta doble intervención médica, que da reglas por una parte para la higiene personal del degenerado, y extendiéndose á la colectividad, establece por otra una higiene social. Estos dos aspectos de la acción terapéutica constituyen, en último análisis, la *profilaxia* de la degeneración y de una manera general la de la locura.

1.º Higiene individual

Esta higiene debe comenzar ya en la infancia. La educación y la instrucción metódica ordenadas comunican á los degenerados jóvenes un grado de resistencia cerebral, que puede acentuarse desarrollando las fuerzas físicas por medio de una dietética apropiada (buena alimentación, pero no excitante, ejercicios corporales, hidroterapia) y del tratamiento de las manifestaciones diatésicas, tan frecuentes en ellos (herpetismo, artrismo, etc.). Su educación psicomoral constituye una parte importante de este tratamiento. (Para la idiocia y la imbecilidad, véase el artículo dedicado á estos grados inferiores de la degeneración). Consiste en refrenar las exageraciones ya morbosas, en llenar las lagunas intelectuales y en desarrollar acertadamente las aptitudes; esto supone un análisis exacto y completo del carácter y de la emotividad de cada individuo, y por tanto es esencialmente variable. No podemos estudiar en detalle todas las situaciones que se pueden presentar para su tratamiento. Diremos con todo que, por regla general, se debe someter tempranamente á estos niños á una disciplina á la vez seria y benévola, inculcarles los sentimientos de lo justo, de lo verdadero, del bien, por medio de estímulos y del ejemplo; reprimiendo sobre todo sus estados pasionales, y enseñándoles, por último, á querer y á obrar con calma y reflexión. Muchos de entre ellos, por su desequilibrio y su falta de juicio, son propensos á

aceptar sin examen las opiniones extremas; estos espíritus emotivos no son consecuentes ni en lo que les agita, ni en lo que les calma; su conciencia se empacha por nimiedades, se inquieta por cosas fútiles, se hacen escrupulosos, místicos, hipocondríacos, etc. Se les debe desviar de las prácticas religiosas exageradas cercanas al misticismo, guardarse de estas minucias, de estas caricias intempestivas que les incitan á preocuparse sólo de sí mismos, alejar de ellos todas las ocupaciones y todos los motivos capaces de exaltar su viva impresionabilidad (lecturas, conversación, etc.).

El instinto genital se desarrolla á veces en ellos con una precocidad anormal; de aquí esta nueva indicación de apartar cuidadosamente todo lo que pueda facilitar, tanto física como psíquicamente, la aparición demasiado rápida de las tendencias sexuales.

El medio familiar, que en estos casos debería estar bajo la dirección del médico, soberano educador, está compuesto con demasiada frecuencia por seres raros, hipocondríacos, místicos, etc.; es entonces necesario sustraer al niño de este foco de excitación morbosa, y como la vida de colegio ofrece también para él serios inconvenientes, importa, en cuanto sea posible, confiarlo á un preceptor.

En la época de la pubertad, del embarazo y del parto, el médico es necesario que vigile más atentamente, para mantener á los degenerados en una atmósfera de relativa calma cerebral, y al mismo tiempo será conveniente administrarles una medicación susceptible de moderar su irritabilidad nerviosa, así como también sujetarlos á una higiene psicofísica todavía más restringida.

Por último, en la edad en que los individuos están ya destinados á tomar parte activa en la vida social, época en que las inquietudes de los negocios, los disgustos de familia, las preocupaciones y las emociones, sean de la clase que fueren, pueden ya más ó menos afectarles, convendrá distribuir ó arreglar sus ocupaciones al objeto de que sean menos sensibles sus defectos cerebrales, que sus facultades nativas puedan adaptarse lo más convenientemente posible, así como también procurar que no entren en juego sus sentimientos emotivos. Al médico y á los individuos prudentes y razonables de la familia corresponde encontrar para cada individuo el oficio ó trabajo que le convenga, imponiéndole en la medida de lo posible una cariñosa y benévola autoridad que, sin provocar reacciones, refrene y gobierne su desordenada dirección. Como se comprende muy bien, esta higiene cerebral comprenderá también la proscripción de toda clase de excesos, especialmente sexuales y alcohólicos, así como la práctica de una vida convenientemente reglamentada;

además convendrá vigilar el estado de los demás órganos, los que deberán mantenerse, siempre que sea posible, en un estado de equilibrio funcional (aparato digestivo, cardíaco, etc.). Las recíprocas influencias de lo físico y lo moral deberán ser minuciosamente estudiadas.

A pesar de estas precauciones, el desequilibrado sufre casi siempre algún paroxismo; por la impulsión inevitable de influencias perniciosas, su estado mental pierde el equilibrio y entonces se impone el recluirle. Ya hemos tratado extensamente de este asunto; hemos dicho también que los obsesionados y los impulsivos sólo en el asilo podían encontrar los cuidados morales y físicos que su estado reclama. En cuanto á los degenerados en estado de delirio, la necesidad de su reclusión se impone: únicamente en el asilo podrán á veces recobrar el equilibrio perdido, y si desgraciadamente están destinados á la incurabilidad, encontrar una dirección y una protección continuas. Convendrá asimismo poder recluir al desequilibrado que, llegado á un momento en que podría perjudicarse ó dañar á los demás, siente la necesidad de ponerse en tratamiento. Todos los esfuerzos deben secundar la nueva disposición legal, en virtud de la que un enfermo podrá acudir espontáneamente al asilo. Es innegable que muchos desequilibrados simples se calman de nuevo en un medio tranquilo donde la existencia está metodizada, y que de allí salen al cabo de algunas semanas con aptitud para comenzar otra vez la lucha. Nunca se insistirá bastante en aconsejar á estos individuos que acudan periódicamente á la casa de salud. Muchos de nuestros enfermos á quienes se les ha enseñado esta práctica logran así evitar paroxismos seguros. La hidroterapia, los sedantes, los buenos consejos, y sobre todo la privación de las incomodidades ordinarias de la vida, bastan para conseguir su restablecimiento.

2.º Higiene social

Con tratar individualmente al degenerado y protegerle contra sí mismo se logran ya evitar muchos peligros para el medio social. Ahora bien, ¿puede hacerse algo más? ¿Se puede, por ejemplo, atajar la marcha de este proceso desorganizador en el tiempo y en el espacio, obtener la regeneración del tipo degenerado, oponerse á su propagación, suprimir los factores sociales que lo determinan? Son éstos una serie de problemas que interesan en sumo grado al porvenir de las razas, y que sólo el médico puede resolver, ya que es el único capaz de indicar el mal y los medios de remediarlo.

¿El degenerado está fatalmente perdido para la especie?

Morel creía posible una regeneración. «La transmisión hereditaria, decía, puede detenerse en su marcha progresiva por diferentes circunstancias. La beneficiosa modificación aportada á la sangre por un matrimonio que excluye por parte de uno de los cónyuges el elemento de la consanguinidad ó de todo otro principio hereditario de mala naturaleza, es una de las causas más importantes para la regeneración de la especie. En este caso, la evolución hereditaria puede detenerse en su desarrollo y á la larga llegar á borrarse. Sea como fuere, la observación atenta de los hechos nos ha demostrado que la eliminación de los fenómenos de herencia morbosa no tiene nunca lugar de un modo rápido. Hay progresión tanto en el sentido del bien como en el sentido del mal.»

Aunque la tesis de Morel no se haya podido demostrar científicamente, es cuando menos verosímil. Importa, pues, que el médico se oponga á toda unión entre degenerados y consanguíneos degenerados, ya que fuera autorizar la reproducción segura de tipos más defectuosos.

Pero yendo más lejos, ¿se puede llegar á desaconsejar el matrimonio? En principio no podría en verdad aprobarse, sobre todo si una mala herencia pesa sobre el individuo, y éste presenta estigmas de la degeneración. Pero si el otro cónyuge está indemne de toda tara y goza á la vez de buena salud física y de un perfecto equilibrio mental, si el degenerado en cuestión ha alcanzado una madurez y un vigor físicos que puedan permitirle soportar mejor los efectos naturales del matrimonio (embarazo, parto, etc.), no es tan seria y terminante la contraindicación: al médico toca analizar en conciencia cada caso.

Cualquiera que sea el porvenir de los tipos degenerados, que una unión favorable parece disponer á la regeneración, es indudable que únicamente la sociedad puede emplear los medios para curar la degeneración evitándola y oponiéndose á que se propague. Basta, en efecto, recordar las principales causas de la degeneración para comprender que son casi todas de orden especial. La desigualdad de condiciones creada por las intensas necesidades de la lucha por la vida, la miseria, el alcoholismo, la fatiga, la insalubridad de las profesiones, las aglomeraciones urbanas, la sofisticación de los productos alimenticios, las enfermedades epidémicas y contagiosas, etc., son otros tantos males que la sociedad debe, si no suprimir completamente, cuando menos atenuar.

Tales son las grandes cuestiones sociales cuyo estudio está vinculado

á la terapéutica general de la locura, y que era necesario, si no desarrollarlas, á lo menos esbozarlas. Puesto que la degeneración, y podemos decir la locura, es algo más que una enfermedad individual, también es un mal y un peligro sociales, á los que conviene oponer una higiene y medios curativos también sociales.

CAPITULO II

TRATAMIENTO DE LA PARANOIA AGUDA Ó DELIRIO SISTEMÁTICO AGUDO

POR

PH. CHASLIN

Médico suplente del hospicio de Bicêtre

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

No es nuestro ánimo entrar en largas disquisiciones teóricas acerca el estudio de la paranoia en general, y especialmente de la aguda, consideraciones que por la inseguridad de nuestros conocimientos respecto á la alienación mental son bien hipotéticas y hasta bastante inútiles desde el punto de vista práctico del tratamiento. Indicaremos en esta parte solamente lo indispensable para poder comprender dicho proceso mental. La locura sistemática crónica, que constituye el tipo de la paranoia, consiste en un «estado psicopático funcional caracterizado por una especial desviación de las funciones intelectuales más elevadas, que no supone una profunda decadencia ni un desorden general, y va acompañado casi siempre de ideas delirantes más ó menos sistematizadas y permanentes con frecuentes alucinaciones (1).» Este delirio, primitivo, ó sea independiente de toda perturbación intensa de carácter emocional, como en la melancolía verdadera, refleja el carácter del alienado; que pone en evidencia patológica un modo de ser especial caracterizado generalmente por una «antofilia» extraordinaria.

(1) SÉGLAS.—*Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. París, 1895; pág. 384.

Cuando se presentan alucinaciones, originadas, por decirlo así, por el mismo enfermo, como hemos intentado demostrarlo en otro lugar (1), son al principio estrechamente dependientes de las ideas delirantes; creemos también que á menudo existe una íntima relación entre el color y matiz de estas ideas delirantes y el sentido que ofrecen gran parte de las alucinaciones, que hasta pueden faltar completamente si la perturbación intelectual es de cierta clase. Las más frecuentes de estas locuras sistemáticas son las de persecución, que tan bien descritas han sido en Francia primeramente por Leuret en su capítulo dedicado á los «*arrangeurs*» (arregladores, conciliadores), por Lasègue (el verdadero creador), Legrand de Saulle, Morel, Foville, Falret, etc. Entre estas locuras, llamadas delirios de persecución, existen formas muy sistemáticas, con alucinaciones sobre todo del oído, que presentan una evolución bastante regular, indicada primero por Falret (2), muy bien descrita por Ritti en su artículo del *Dictionnaire encyclopédique* (3), y otras muy poco sistemáticas, menos complejas, con ó sin alucinaciones, y entre los dos extremos todos los intermedios posibles.

Conocemos todavía muy mal las locuras agudas. Descontando la manía y la melancolía, se pueden considerar aparte como distintas la confusión mental primitiva idiopática y el delirio alucinatorio no sintomático de una intoxicación ó de una neurosis, aunque este último sea aún poco estudiado; por último, sin tratar de otras formas que no corresponden á nuestro objeto, se pueden observar en diferentes individuos estados de locura en un todo análogos á la paranoia crónica, pero que son sólo, por decirlo así, un acortamiento ó abreviación, esto es, la *paranoia aguda*: las ideas delirantes reflejan aquí también las tendencias ordinarias del paciente; ofrecen un conjunto de una sistematización evidente, aunque inferior á la de la paranoia crónica (sobre todo la de períodos característicos); la autofilia es ordinariamente muy marcada; por último, como decía Schüle (4), cuando predominan las alucinaciones, son la representación de las ideas delirantes. El trastorno mental, siguiendo una marcha más tumultuosa que en la paranoia crónica, puede ocurrir que tienda á un desorden

(1) PH. CHASLIN.—*Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations* (*Annales médico-psychologiques*, t. XII, Julio de 1890).

(2) Véase respecto de este punto una comunicación de FALRET á la Sociedad médico-psicológica (*Annales médico-psychologiques*, Julio-Agosto, 1896, pág. 90).

(3) RITTI.—Delirio de persecuciones in *Diction. encyclop.*

Es esta misma forma que MAGNAN describió luego con el nombre de *delirio crónico*, separándola completamente de los otros delirios sistemáticos; conforme con la mayoría de autores, y al contrario que MAGNAN, nosotros no establecemos una distinción tan marcada entre estas locuras.

(4) SCHÜLE.—*Zur Paranoia*.—*Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, Bd. L., 1893.

general de la inteligencia, como tiene lugar también, por otra parte, en ciertos momentos de exacerbación de la locura sistemática crónica. Las locuras sistemáticas crónicas se consideran en general como una desviación hecha patológicamente evidente de un estado congénito anormal; esta apreciación es indudablemente cierta para una parte de estas locuras, sobre todo para aquella que es la más sistemática; pero es también posible que en otra parte de ellas este estado patológico deba considerarse adquirido (1). Se admite generalmente que la paranoia aguda es la eflorescencia momentánea de un estado encubierto, la revelación tumultuosa y pasajera de un estado normal preexistente no muy manifiesto (2). En cuanto al mecanismo que preside á su aparición respecto de la modificación patológica somática por influencia de la cual aparece el delirio, no tenemos de ello idea alguna, á pesar de las recientes tentativas de explicación, por ejemplo, las de Friedmann (3) y hasta ahora *parece* que las causas aparentes, cuando se pueden descubrir, desempeñan sólo un papel esencialmente trivial de «agente provocador». Nosotros añadimos que los enfermos de paranoia aguda ó crónica cuentan á menudo en su familia individuos alienados ó nerviosos y que presentan ellos mismos con frecuencia estigmas de degeneración. Decimos también que no basta indicar que se trata de degenerados, creyendo con esto haber dado una explicación de esta paranoia aguda, puesto que, por una parte, á la palabra degenerado ó degeneración le dan los diversos autores diferente sentido, y por otra parte, si se quiere, ampliando aún la idea de Morel y de Moreau de Tours, conceder á la degeneración todo su alcance, éste sería tal que comprendería la mayor parte de los trastornos patológicos. La noción de degeneración de tal modo comprendida es preciosa, de suma importancia; pero no basta y es necesario ir más lejos. Por lo que respecta á la paranoia crónica, ó delirio sistemático crónico, se admite generalmente que esta degeneración representa un trastorno de la evolución somática todavía no conocido, pero que se revela poco á poco psíquicamente en forma de locura sistemática. En el delirio sistemático agudo, este trastorno evolutivo aparecería sólo de un modo agudo; pero cómo y en virtud de qué influencias exteriores, lo desconocemos por completo; se tiende con todo á admitir, como antes hemos manifestado, que las causas exteriores desempeñan sólo un papel secundario. Estas locuras serían, pues, de orden *endógeno*, según expresión de Sommer.

(1) Por ejemplo, el delirio de celos de los bebedores.

(2) Dejamos de lado, por considerarlo correspondiente á las locuras tóxicas, el delirio de persecución tan especial de la cocainomanía.

(3) FRIEDMANN.—«Zur Kenntniss und zum Verständniss milder und kurz verlaufender Wahnformen,» *Neurologisches Centralblatt*, 1895, n.º 10, pág. 448.

Desde el punto de vista sintomático pueden distinguirse casos alucinatorios y no alucinatorios. Previo un período de preparación, aparece el delirio con ó sin alucinaciones, constituyendo un sistema más ó menos coherente en el que se presentan de un modo exclusivo ó en proporciones variables, según los individuos, ideas de persecución, de grandeza, de autoacusación (1), hipocondríacas, religiosas, eróticas, etc., que determinan reacciones, excitación ó depresión de variable intensidad, pero que, según la opinión de la mayoría de los autores, no alteran en lo más mínimo la salud corporal del individuo. La curación es algunas veces repentina, brusca, casi podemos decir instantánea; el curso ó duración de la enfermedad es muy variable. El pronóstico es difícil, puesto que son muy pocos los elementos ó datos que nos permiten afirmar la cronicidad, agudez ó terminación en la demencia del proceso morboso en un caso determinado.

Paranoia aguda por contagio. Sin entrar en el estudio de la historia de la locura comunicada, recordaremos que hay delirios sistematizados que pueden ser originados por contagio, cuyo tratamiento se confunde con el de la paranoia aguda en general, con todo y ser el aislamiento una principal y por demás seria indicación, como veremos más adelante.

II

Tratamiento

Siendo tan escasos ó defectuosos los estudios que acerca la paranoia se han hecho, que verdaderamente ignoramos en el fondo en qué consiste esta enfermedad (puesto que comprobar que esta paranoia aguda refleja con una exageración patológica el carácter ó manera de ser anterior del alienado no es una explicación, es solamente un hecho), el médico se encuentra con bien pocos recursos para el tratamiento de dicho proceso morboso; sólo puede aplicarse un tratamiento puramente sintomático, que quizá desempeña un papel muy secundario en la curación.

A. — *Medidas de seguridad.* — Lo primero que hay que procurar es

(1) Haremos observar que ninguna clase de idea delirante es patognomónica de una forma de afección mental, pues, como muy bien lo ha demostrado SÉGLAS, existen paranoias en las que se presentan ideas de acusación y no pertenecen del todo á la melancolía; por consiguiente, es necesario proceder con mucho cuidado y detenidamente antes de formular el diagnóstico.

saber dónde colocaremos al paciente, si en una casa de salud privada ó pública; ésta es una medida de *seguridad* que reviste, sin embargo, algún carácter terapéutico, puesto que su objeto es el cambio de medio y el aislamiento. Esta *secuestación*, que exige un certificado del médico, no puede ordenarse mientras el enfermo no sea manifestamente peligroso para sí ó para los demás; llévase ó no á cabo esta secuestación, sea que el médico cuide en un asilo ó fuera de él al alienado, se imponen *otras medidas de seguridad*, como la *vigilancia* continua día y noche, puesto que es necesario prever y evitar las reacciones, las tentativas de *violencia*, de *homicidio* ó de *suicidio*.

Mas conviene ahora estudiar el tratamiento en sí, aunque la secuestación, como ya hemos dicho, implica un elemento terapéutico de aislamiento, tratamiento que puede dividirse en físico y moral.

B.—*Tratamiento físico*.—Las ideas delirantes y las alucinaciones pueden provocar *reacciones generales de excitación* ó de *depresión*. Conviene tener muy presente que los medios que pueden emplearse, como los *baños tibios prolongados*, en el caso de excitación ó también los *medicamentos*, además de que la acción de estos últimos resulta muchas veces ineficaz, tienen á veces inconvenientes, porque el enfermo puede interpretar su uso en el sentido de su delirio, de tal suerte que muchas veces no hacen más que sostener las ideas delirantes, punto de partida de la excitación. Si se pretende administrar el *cloral*, los *bromuros*, el *sulfonal* ó el *opio*, los cuales pueden ser útiles contra el *insomnio*, convendrá algunas veces prescribirlos mezclados con el vino.

No obstante, estos medios pueden dar resultado, de igual modo que la reclusión celular (que pertenece también al tratamiento moral), esto depende á menudo del curso del mismo delirio y de la intensidad de la excitación. Estas ideas delirantes ó las alucinaciones pueden también, por el contrario, originar una *depresión*, que puede llegar á tomar el aspecto del *estupor* con *mutismo*, algunas veces tan obstinado como en la melancolía, pudiendo también acontecer que el sujeto *rehuse los alimentos*. Se deberá recurrir entonces á la *sonda esofágica*. El rehusar los alimentos puede tener lugar simplemente por influencia del delirio (místico, ideas de envenenamiento, etc.). Sería inútil emplear medios bruscos; se deberá dejar al alcance del paciente la comida, que quizás él tomará á escondidas; estos subterfugios y otros que corresponden al tratamiento moral deberán idearse según las particularidades de cada caso.

Las *medidas higiénicas* son las ordinarias referentes á la aireación, la nutrición, la limpieza, etc.; en general la salud física es buena y no reclama indicaciones especiales. En cuanto á las ideas delirantes y á las

alucinaciones, casi no se puede actuar directamente contra ellas: ni aun en el caso de que las alucinaciones, como acontece algunas veces cuando el comienzo de la paranoia aguda es muy tumultuoso, den lugar á un estado de *confusión mental secundaria* (1). Ziehen aconseja el opio contra las alucinaciones; no sabemos si verdaderamente en la *paranoia aguda* puede tener alguna eficacia. Se han aconsejado también el bromuro de potasio, la electricidad.

C.—*Tratamiento moral*.—Poca cosa se puede intentar durante el acmé de la paranoia aguda contra las ideas delirantes ó las alucinaciones como *tratamiento moral*, puesto que éstas van generalmente (2) acompañadas de una convicción, de una creencia completa, absoluta en su realidad; de igual suerte que en la paranoia crónica, las ideas delirantes y las alucinaciones se presentan al espíritu del paciente con una evidencia irresistible, con una brutalidad de todo punto innegable. Lo mejor que se puede hacer es dejar al enfermo tranquilo, sin discutir con él, sin ni siquiera ocuparse de él directamente, ya que toda contradicción es mal soportada y provoca reacciones violentas, accesos de cólera, etc. Desde el primer momento existe casi siempre la indicación del *aislamiento*; es ésta la primera indicación que se debe cumplir cuando se trata del delirio sistemático por contagio. El aislamiento tiene por objeto evitar al enfermo el contacto de las personas que con él viven; puede practicarse en el mismo domicilio ó en otro lugar, habitación, casa de campo, establecimiento de hidroterapia, ó por último, en una casa de salud privada ó pública; en estos últimos casos se realiza un *cambio de medio* (3). De una manera general, este aislamiento más ó menos completo y este cambio de medio pueden producir buenos efectos, sobre todo si el enfermo perseguido incluye á los que le rodean en el círculo de sus ideas delirantes. Nada mejor que el aislamiento con la calma y el reposo que proporciona. Bien se comprueba esto cuando en el interior de un asilo (primer grado del cambio), se coloca al individuo en una *celda* (aislamiento completo) (4); esto basta á veces para moderar la excitación del paciente y determinar cierta calma en su espíritu. A esto se reduce el tratamiento moral durante el período más agudo.

(1) Véase la referencia á la confusión mental secundaria en CHASLIN, *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895, pág. 163.

(2) En los débiles, las rachadas de ideas delirantes, á menudo de grandeza, son á veces muy poco sistemáticas y poco consistentes aun durante el período de estado. En las paranoias por contagio se puede quizás mejor actuar sobre el espíritu del paciente.

(3) Nuestros asilos no ofrecen buena instalación para tratar á los alienados agudos. Después de haber dado el ejemplo á Europa, estamos ahora muy atrasados respecto de lo que se hace en el extranjero.

(4) Con vigilancia constante.

A partir del momento en que las ideas delirantes ó las alucinaciones comienzan á ser menos imperiosas, es cuando el médico puede y debe intervenir. Este momento lo señala el hecho de que el paciente acepte la discusión; permite entonces que se pongan en duda sus afirmaciones delirantes. Entonces es cuando el tratamiento moral recobra sus derechos (y también cuando el tratamiento físico, del cual anteriormente hemos indicado los elementos, parece dar lugar más pronto á la mejoría): consiste en hacer comprender al enfermo que sus ideas son erróneas. Sin entrar á discutir extensamente con él, el médico debe hacerle comprender que no cree nada de lo que el enfermo le cuenta; pero la manera de hacérselo comprender y de decírselo es una cuestión de tacto, de firmeza y á la vez de benevolencia. Es necesario que el enfermo comprenda que está en presencia de un hombre que le guarda consideración, ya que este hombre es el médico, pero sin debilidad alguna para sus desvíos de imaginación. La autoridad del médico y la disciplina que impone ejercen una acción considerable: el día que el sujeto comprenda que sus ideas son equivocadas, y que ha podido muy bien estar enfermo, se habrá dado un gran paso en el sentido de la curación. Nunca creeremos haber insistido bastante respecto de la importancia de la discreción médica para ayudar á esta labor espontánea que se verifica en el espíritu del paciente; pero si se requiere firmeza, no es necesaria la violencia; no estamos ya en tiempo de Leuret, que creía obtener por el miedo que el alienado abandonara el sistema delirante; sólo lograba por un momento la mentira ó la disimulación (1).

D. — *Proflaxia*. — No nos es posible prever si un individuo determinado será ó no un alienado, por consiguiente, no pueden tomarse precauciones contra la posible aparición de la locura (2). Sin embargo, en general, los individuos más ó menos predispuestos hereditariamente, ó en los que se haya podido descubrir algunos signos algo anormales, teóricamente han de observar una vida sosegada, poco intelectual, exenta de emociones, fatiga física ó mental, higiénica, en una palabra, deber participar lo menos posible de la lucha por la existencia.

Siempre son de temer las *recidivas*. Es preciso que el enfermo observe una vida prudentemente reglamentada, así como también se obtendrán buenos resultados cambiando el medio y la ocupación ó trabajo del individuo; así, por ejemplo, á un sujeto dedicado á trabajos intelec-

(1) Se debe ser muy cauto en autorizar la visita de la familia ó las salidas de ensayo.

(2) Si este individuo es de escaso desarrollo intelectual y si alguno de los individuos de su familia se halla afecto de paranoia crónica, podrá temerse el contagio y en consecuencia se tomarán las precauciones convenientes.

tuales y urbanos, le será muy conveniente una vida de campo, que es menos facticia y enervante; pero no siempre es posible conseguir este cambio de medio, ni tampoco es de utilidad en todos los casos, puesto que depende también del género ó modo de ser intelectual del paciente; el médico procurará investigar entre los objetos ó personas que rodean al enfermo, lo que ha podido contribuir á la aparición del delirio con el fin de aconsejar debidamente, cosa que en realidad resulta siempre difícil y delicada, y no olvidará tampoco que con frecuencia toda la familia del alienado es más ó menos extraña y defectuosa. Por lo que se refiere al *matrimonio*, creemos que ha de ser absolutamente proscrito para el alienado curado.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DEL DELIRIO ALUCINATORIO

POR

PH. CHASLIN

Médico suplente del hospicio de Bicêtre

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

El delirio alucinatorio es un trastorno mental caracterizado esencialmente por numerosas alucinaciones, que pueden ser de varios sentidos ó también de todos los sentidos y que colocan al enfermo en un mundo imaginario, especie de ensueño que preside ó dirige las palabras y los actos. Este trastorno se observa en el histerismo, la epilepsia y en las intoxicaciones, como síntoma de la neurosis ó de la intoxicación; pero puede existir independientemente de estas afecciones, siendo entonces este delirio alucinatorio idiopático, del que vamos ahora á tratar.

Su aparición es difícil de explicar y en realidad no sabemos con certeza nada de las condiciones que rigen su génesis; comienza con frecuencia de un modo brusco con motivo de una emoción, de un traumatismo físico ó moral, de una operación, en la época de las reglas; quizás se trate de una intoxicación que no hemos logrado todavía demostrar. Se puede discutir acerca la intervención que puedan tener en su aparición la predisposición y la degeneración. De igual modo que en la confusión mental, parece que esta predisposición, factor interno, tenga necesidad, en la mayoría de casos, del factor externo para conseguir la producción de este trastorno patológico. En el delirio alucinatorio, tal como nosotros lo

entendemos en el concepto puramente clínico, se incluyen evidentemente cierto número de casos que Mendel (1) ha descrito con tal nombre una parte de los casos denominados por Magnan delirio *d'emblée* de los degenerados, por una concepción teórica que le es peculiar, delirio *d'emblée* que nos parece que comprende una serie de casos diferentes, como hace notar muy bien Pieraccini (2). Séglas admite también la existencia de este delirio alucinatorio en sus lecciones clínicas (3), y en apoyo de ello cita una observación sumamente demostrativa, muy parecida á la de un enfermo que últimamente hemos tenido ocasión de ver en Bicêtre (4).

El aspecto del paciente es alucinatorio, vive en un mundo imaginario muy análogo al del alcohólico (5). Las alucinaciones de la vista, del oído ó de los demás sentidos dan origen á ideas delirantes, emociones correspondientes y actos que cambian con bastante rapidez. Estas alucinaciones, con frecuencia zoópsicas, á las que se añaden ilusiones, hacen perder al enfermo la noción exacta del mundo exterior en el que se encuentra desorientado, pero no de la misma manera que ocurre en la confusión mental primitiva. El enfermo trata de explicarse lo que le acontece, y sobre todo cuando las alucinaciones comienzan á decrecer, no desea más que explicar su sueño; este sueño es bastante caótico, y la confusión, la disociación que acusa son secundarias, producidas indudablemente por la presencia de numerosas y repetidas alucinaciones. El comienzo puede ir precedido de un período de trastornos nerviosos vagos, es brusco así como también la curación; pasado un tiempo, á menudo de algunos días, el enfermo despierta como de un sueño desagradable; del que guarda más ó menos recuerdo, según que el sueño haya sido más ó menos coordinado, y generalmente ha perdido también el recuerdo de los acontecimientos reales que han tenido lugar durante la enfermedad, ya que la percepción de éstos ha sido impedida ó turbada por las alucinaciones. En cuanto á la confusión, cesa con las alucinaciones, lo que prueba bien que era secundaria.

Serían necesarias nuevas investigaciones para tener idea exacta de la naturaleza de este delirio alucinatorio y poder establecer un tratamiento racional. No obstante, como parece que este delirio se produce á menudo

(1) MENDEL. — El delirio alucinatorio, traducción francesa (*Médecine scientifique*, núm. 21).

(2) *Il Manicomio moderno*, año XI, núm. 1, pág. 114.

(3) SÉGLAS. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. París, 1895.

(4) PH. CHASLIN. — *La Confusion mentale primitive*, 1895, pág. 185.

(5) SOMMER. — (*Diagnostik der Geisteskrankheiten*, 1894) cita observaciones de delirio alucinatorio (*hallucinatorischer Wahnsinn*) idiopático como muy parecido á un delirio tóxico.

por influencia de una «debilitación» del sistema nervioso, manifestándose, como diría Kraepelin, más bien por excitación que por parálisis, se puede admitir como punto de partida del tratamiento la necesidad de realzar la nutrición; pero ésta dista mucho de estar tan alterada como en la confusión mental primitiva; aparte de esto, sólo podrá emplearse un tratamiento sintomático.

II

Tratamiento

A. — *Medidas de seguridad.* — Lo primero que debe hacerse es aislar al enfermo y *vigilarle continuamente*; con todo, dada la duración generalmente breve de la enfermedad, vale más no colocarle en un asilo de alienados, á no ser que no se le pudieran prestar en su domicilio los cuidados necesarios.

B. — *Tratamiento físico.* — Lograr el *aislamiento*, obtener la *calma* más absoluta, el alejamiento de toda causa de excitación, tales son las medidas de higiene, á las que es necesario añadir la *permanencia en cama*, medio nunca bastante recomendado en las locuras agudas (véase el tratamiento de la *Confusión mental primitiva*, pág. 748). Esta permanencia en cama ejerce una acción sedante innegable, obra contra la emoción triste, contra la angustia que depende de las alucinaciones desagradables ó terroríficas, y con ella se logra el completo reposo somático. Conviene mantener una buena *aireación* y una *temperatura* moderada en la habitación del enfermo; la luz deberá ser poco viva.

La *alimentación* regular, tan abundante como sea posible, es una de las cosas más importantes; débese atender también á que las funciones intestinales se verifiquen convenientemente.

Contra las *alucinaciones* que constituyen el fondo mismo del trastorno intelectual y con frecuencia van acompañadas de emoción depresiva, inquietud, terror, originando cierto grado de excitación, de agitación motora, *insomnio*, Mendel recomienda que no se abuse de los hipnóticos (*sulfonal, cloral, opio, morfina*) y se recurra más bien á prácticas hidroterápicas. No obstante, cuando la angustia es muy intensa, nos parece que está indicado á dosis crecientes cada día el opio en forma de láudano. En cuanto á las prácticas de hidroterapia, son á nuestro modo de ver los mejores medios que se pueden emplear, al mismo tiempo que el reposo

en cama y las gotas de láudano: *baños tibios prolongados* cotidianos (de dos horas y más), *envoltura mojada tonisedativa* (1).

Comenzando á desaparecer las alucinaciones, los demás trastornos del espíritu desaparecen también y el paciente entra muy pronto en *convalecencia*. Se deberán cumplir todas las medidas de higiene necesarias, recomendar los tónicos, el aire puro, la hidroterapia, la moderación en el trabajo intelectual, la vida tranquila, etc. Se vigilará también de un modo especial en la mujer la época de las reglas, que pueden ser el motivo de una recidiva.

C.—Por lo que se refiere al *tratamiento moral*, consistirá únicamente, pasado el período de mayor agudez, en hacer comprender al enfermo que es víctima de alucinaciones, á tranquilizarle, animándole á combatir por sí mismo los trastornos sensoriales por medio del raciocinio.

(1) Véase BOTTEY. — *Traité d'hydrothérapie*.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LA CONFUSIÓN MENTAL PRIMITIVA IDIOPÁTICA

POR

PH. CHASLIN

Médico-adjunto de la Salpêtrière

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

La confusión mental primitiva, denominada también estupidez, demencia aguda, estupor primitivo, después de haber sido estudiada por Esquirol, Georget, Ferrus, Etoc-Demazy, fué, en 1843, admitida en Francia como forma de afección mental casi autónoma. Baillarger sostuvo entonces la opinión de que debía ser comprendida de nuevo en la melancolía, y esta opinión errónea determinó el asentimiento de la mayoría de alienistas franceses, si bien que ya no se describía esta forma en Francia, á pesar de los tan notables trabajos de Delasiauve, insertados en su periódico (1), y de algunos pocos autores como Foville y sobre todo H. Dagonet (2). La historia de los trabajos que acerca la confusión mental primitiva se han hecho, ofrece, pues, sumo interés (3); siendo muy curioso hacer notar que, mientras se descuidaba tal estudio en Francia, los autores alemanes lo continuaban. Hemos de indicar que sus descrip-

(1) DELASIAUVE.—*Journal de médecine mentale*, 10 vol. (1861-1871).

(2) DAGONET.—*Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, Paris, 1876.

(3) Véase: PH. CHASLIN.—La confusión mental primitiva (*Annales médico-psychologiques*, Septiembre-Octubre, 1892).

ciones no añaden cosa alguna de importancia á la de Delasiauve; este médico ha trazado, en efecto, el cuadro clínico más completo de esta afección, caracterizada esencialmente por la incoordinación y el retardo de las ideas, que dan al enfermo el aspecto de la estupidez ó del estupor, pudiendo acompañarse de alucinaciones y delirio, incoordinación que debe atribuirse á un estado orgánico verdaderamente patológico del cerebro.

Tratando en este punto solamente de la confusión mental primitiva idiopática, no hablaremos del *síntoma confusión* (primitivo ó secundario), ni de las *confusiones primitivas sintomáticas*, trastornos mentales que van vinculados á una serie de trastornos orgánicos variados y muy reconocibles, limitándonos para nuestro objeto á las nociones más sucintas, que es indispensable recordar, porque algunos autores parece que no conocen bien la afección de que se trata, á pesar de su frecuencia y de los nuevos trabajos que acerca de ella en Francia se han publicado (1).

La confusión idiopática aparece generalmente á consecuencia de un traumatismo físico ó moral (emoción, etc.), después del parto, de una enfermedad infecciosa; reconoce, pues, de ordinario una causa exterior apreciable y debe incluirse en el grupo de las locuras denominadas exógenas, en las que el factor interno (predisposición, degeneración) no desempeña más que un papel secundario, ó mejor en las que el trastorno cerebral es el resultado de la colaboración de los dos factores interno y externo. Pero en realidad no sabemos cuál es la naturaleza íntima de esta confusión, que no es una especie morbosa, una enfermedad; hasta el presente sólo se puede considerar como afección y ni aun sabemos si la infección ó la auto-intoxicación que á menudo existe (2) es siempre necesaria para su producción, ó si esta afección resulta de «el agotamiento» (3), estado por otra parte definido con suma vaguedad. Con todo, Bianchi ha encontrado en la sangre un microorganismo (4), y por otra parte, Séglas (5) manifiesta que de las experiencias en la orina no se puede deducir nada positivo tocante á la intoxicación. La patogenia es, pues, hipotética, pero no hay inconveniente en admitir la presencia de toxinas, tanto más cuanto que los trastornos del aparato digestivo determinan frecuentemente la autointoxicación.

(1) Nos permitimos citar al lector un trabajo publicado el pasado año: PH. CHASLIN, *La Confusion mentale primitive*, París, 1895, en el que hemos procurado reunir todo lo que se sabe respecto del síntoma confusión y de la enfermedad confusión.

(2) Véase: RÉGIS y CHEVALIER-LAVAURE, *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*. Informe al Congreso de medicina mental de 1893.

(3) KRAEPELIN.—*Psychiatrie*, 4.^a ed., 1893, pág. 260.

(4) BIANCHI. — *Paralisi progressiva e frenosi sensoria*. Nápoles, 1895.

(5) SÉGLAS. — De las auto-intoxicaciones en las enfermedades mentales (*Arch. gén. méd.*, Noviembre de 1893).

Sea como fuere, esta afección tiene un aspecto clínico, suficientemente caracterizado para merecer un lugar aparte. En el período de estado, el aspecto del paciente, sus actos, sus palabras, su expresión, denotan ante todo, desde el punto de vista psíquico, la existencia predominante del síntoma confusión, esto es, de la incoordinación y de la debilitación de todos los procesos intelectuales. Puede observarse la agregación de ideas delirantes, de ilusiones, de alucinaciones muy variables, de variaciones bruscas en el tono emocional y en la rapidez aparente de los procesos intelectuales. Pero el fondo del trastorno mental está esencialmente constituido por la desagregación acompañada de automatismo, y esta desagregación parece ser más profunda que en cualquier otra forma mental. Paralelamente á estos trastornos mentales se presenta un estado de debilitación generalizada, de agotamiento, de desnutrición con fiebre variable, trastornos pupilares, nerviosos, temblores, espasmos, calambres, etc., trastornos gástricos é intestinales (muy importantes por la repercusión que determinan en el sistema nervioso), algunas veces con síntomas que recuerdan más especialmente una infección, la parálisis general ó la meningitis. Cualquiera que sea la intensidad ó la forma de la afección (1), es necesario recordar con Delasiauve, y esto importa para el tratamiento, que el trastorno mental parece ser la consecuencia de estas alteraciones verdaderamente orgánicas, tanto más cuanto entre las terminaciones anunciadas á menudo por una crisis (Sauze) (2), se cuentan la muerte y la demencia.

Debe tenerse mucho cuidado en no caer en el error de Baillarger, mejor dicho, es necesario establecer bien el diagnóstico con la melancolía acompañada de estupor; conviene también no confundir la confusión primitiva con la paranoia aguda ni con el delirio alucinatorio, que parece con todo muy semejante; pero más difícil es reconocer las diferencias y relaciones que pueden existir entre esta confusión y ciertos casos de delirio agudo y de parálisis general. En cuanto á la psicosis polineurítica de Korsakoff, nos parece que debe ser incluida en la confusión.

Cuando se cura la confusión, este trastorno mental y somático deja posteriormente un estado de debilitación, que influye prolongando la convalecencia, á lo menos en los casos intensos, algunas veces con síntomas psíquicos de orden neurasténico ó hasta con ideas delirantes aisladas, más ó menos sistemáticas, como ya lo había indicado Delasiauve.

(1) Nosotros incluímos otra vez en el cuadro de la confusión las formas que se habían separado del mismo, como la demencia aguda, el estupor primitivo, el delirio de colapso (de H. WEBER y KRAEPELIN).

(2) SAUZE.—*Études médico-psychologiques*, etc., pág. 67.

II

Tratamiento

Estas breves consideraciones patológicas evidencian que, dependiendo el trastorno mental de una perturbación bastante intensa del estado somático, el tratamiento físico debe desempeñar un papel preponderante. Únicamente cuando con dicho tratamiento se ha obtenido un buen resultado y el enfermo ha entrado ya en convalecencia, se podrá recurrir al tratamiento moral (1), sin dejar por ello de continuar el somático. Expondremos, pues, primeramente en qué consiste este último tratamiento.

A.—TRATAMIENTO FÍSICO

Este tratamiento fué ya bien establecido por los antiguos autores franceses (Etoc-Demazy, Ferrus, Delasiauve, Dagonet, Sauze) (2), á pesar de una hipótesis patogénica no fundamentada, que les condujo á emplear medios como vejigatorios, sanguijuelas, etc., que á nuestro entender deben ser abandonados.

Se pueden formular del siguiente modo las indicaciones principales del tratamiento físico: 1.º estimular la nutrición por medios higiénicos y terapéuticos; 2.º eliminar los venenos; 3.º combatir los diversos síntomas; 4.º tratar las complicaciones. Debiendo añadir aún: 5.º el tratamiento de las crisis (Sauze); 6.º el tratamiento de la convalecencia.

1.º *Realzar la nutrición.* A.—*Medios higiénicos.*—*Permanencia en cama.*—Nosotros recomendaríamos como lo más principal el reposo en cama, puesto que el estado somático del confuso es el de un verdadero enfermo. Esta permanencia en cama tiene la ventaja de impedir que aumen-

(1) El tratamiento moral, acerca del que LEURET escribió un célebre libro, no puede ser empleado con éxito más que en algunos casos, cuando la modificación intelectual pasajera es de origen más bien funcional que orgánico, ó cuando reconstituido ante todo el estado físico, el funcionalismo psíquico puede á su vez ser normalmente restablecido por una gimnástica apropiada.

Por otra parte, el tratamiento moral (más ó menos eficaz, es cierto) debe intervenir puede decirse que en todo, hasta en las enfermedades internas, como desde mucho tiempo se ha hecho notar.

(2) SAUZE.—*De la stupidité, de sa nature psychologique et de son traitement*, Tesis de París, 1852, reproducida en los *Etudes médico-psychologiques sur la folie*, París, 1862.

te el agotamiento suprimiendo toda causa de fatiga, impide igualmente el enfriamiento, siempre perjudicial, ejerciendo á la vez una acción calmante que no deja de tener su importancia cuando existen síntomas de agitación. Otra ventaja, ésta de orden moral, y que por tanto corresponde al tratamiento psíquico, es que el paciente, que puede tener una vaga conciencia de su estado patológico ó que puede presentar intervalos bastante lúcidos, encontrándose en cama, comprende hasta cierto punto que está verdaderamente enfermo, que tiene necesidad de cuidarse; esto contribuye también á disipar algo su desorientación y su confusión intelectuales. Asimismo, si el paciente se halla en un asilo ó en una casa de salud, vale más llevarlo á la enfermería de la casa con otros enfermos, evitando que quede aislado, salvo momentáneamente, en caso de absoluta necesidad.

Esta permanencia del enfermo en cama no será con frecuencia difícil á causa de la indiferencia ordinaria del confuso, relativamente dócil y que algunas veces llega á dejarse conducir y llevar como un niño por ciertas personas con quienes cobra confianza. Esta forma de tratamiento está muy extendida en Alemania. Neisser se ha erigido en campeón convencido de la misma, y hasta la aplica en los casos en que hay excitación intensa, como en la manía, merced á una buena vigilancia (1). El obstáculo en Francia, cuando se trata de aplicar este tratamiento en un asilo, radica en la mala dirección que tiene generalmente el personal de enfermeros; por una parte son mal reclutados (lo que no tiene nada de extraño, dado lo ínfimo de su salario) y por otra no se les ha educado para que consideren á los alienados como enfermos, lo cual no es culpa suya sino más bien de los médicos.

La *limpieza* de la ropa del cuerpo y de la cama debe ser escrupulosa, debiendo prevenir los inconvenientes del *gatismo* y evitar la aparición de *escaras* por los medios usuales (almohadón de agua, etc.). La habitación debe tener *aireación* constante y la *temperatura* ser suficiente, lo que es de mucha importancia.

Aparte de la permanencia en cama, la *alimentación* es lo que exige mayor atención del facultativo. Es necesario, como ya recomendaba SAUZE, á quien se debe hacer siempre referencia cuando se habla del tratamiento de la confusión, es de todas maneras útil procurar una alimentación

(1) Hemos tenido ocasión de emplearla últimamente, en un caso de delirio muy poco sistemático con excitación, locuacidad, insomnio, en un joven de diez y seis años. La permanencia en cama ha sido fácil, mas aún de lo que hubiéramos podido creer *á priori*; habiendo, á nuestro modo de ver, ayudado á la curación; de todas maneras, ha sido ventajosa para el paciente que, una vez en cama, se ha mostrado mucho más tranquilo y dócil y se ha podido alimentar mejor.

regular y tan abundante como lo permita el estado gástrico. Los huevos y la leche, y si es necesario el polvo de carne de buena calidad, serán los alimentos á que se dará la preferencia, pudiendo ser conveniente á veces el empleo de la sonda gástrica ó recurrir á enemas alimenticios.

Una buena práctica de higiene general, que puede servir para tonificar un poco al paciente, es la *fricción* con una esponja mojada en agua fría; esto ayuda igualmente á restablecer las funciones de la piel, generalmente seca y térrea. Ya tendremos más adelante ocasión de insistir de nuevo sobre la aplicación externa del agua fría en diferentes formas según las indicaciones.

B. — *Medios terapéuticos*. — Sauze administraba también los tónicos y los ferruginosos, cuando el estado gastrointestinal del sujeto lo permitía, pero se puede objetar si esto ofrece realmente ventajas, tanto más cuanto es necesario ante todo arreglar el aparato digestivo para asegurar la alimentación, que es, como hemos visto, de importancia capital. No obstante, se podría prescribir, como han hecho Séglas y Fernet, en un caso de confusión post-colérica, nuez vómica y arseniato de sosa.

2.º *Eliminar el veneno*. — Aunque no nos sea posible deducir de las investigaciones practicadas en la orina que realmente existan sustancias perjudiciales introducidas en la economía, se puede de todas maneras proceder como si en efecto se hubiesen encontrado. En las condiciones en que se encuentra el paciente, la *leche*, tomada como alimento, obra también como diurético siendo el mejor de todos los medicamentos que con este objeto pueden emplearse.

Los *purgantes* sirven también para cumplir la misma indicación, combatiendo al propio tiempo el estado de catarro intestinal, y previenen aún las *autointoxicaciones*, que toman origen en el intestino.

3.º *Combatir los diferentes síntomas del sistema nervioso*. — Como es sabido, la depresión ó la excitación pueden presentarse como síntoma secundario, pero según las formas, una ú otra puede predominar, y conviene entonces, si rebasan ciertos límites, buscar la manera de disminuir su intensidad.

La *excitación* intensa, como en el delirio de colapso (Kraepelin), podrá combatirse con éxito por medio de los *baños tibios prolongados* ó de la *sábana mojada* usada de manera que determine una abundante diaforesis (lo que sirve también para eliminar las sustancias tóxicas).

La *hioscina* ó la *duboisina* preconizadas por algunos autores nos parecen peligrosas, puesto que dan origen á trastornos secundarios y aumentarían la incoherencia.

Contra la *depresión extrema*, los estados de *estupor* (1) se puede emplear el *lienzo mojado sinapizado* ó los *baños sinapizados generales*.

El *insomnio*, que puede presentarse en todas las formas, tanto si hay depresión como excitación, es difícil de combatir. Pueden servir para ello los *baños templados*; la administración de un poco de *sulfonal* (Séglas hace notar que este medicamento actúa de un modo muy eficaz cuando se propina á dosis refractas), ó bien *trional* ó *valerianato amónico*; los *bro-muros alcalinos*, como dice muy bien Séglas, tienen una influencia perjudicial, ya que aumentan la confusión y trastornan el aparato digestivo.

Cuando la *fiebre* es intensa y se ha alcanzado una alta temperatura, ocurriendo esto sobre todo en la forma denominada delirio de colapso, el peligro puede ser grave y la terminación fatal, rápida; la afección reviste entonces el aspecto del delirio agudo (2). El único medio es el *baño frío*, como en la fiebre tifoidea.

Podrá combatirse el *colapso* con la administración de *alcohol*, de vino añejo, ó si es necesario de *cafeína*, de *esparteína* ó de *digital*, ó bien con inyecciones subcutáneas de *éter*.

En caso de *ansiedad* ó de angustias pasajeras, el *opio* (especialmente el láudano) al interior es el medicamento por excelencia, como se sabe que lo es para la melancolía sobre todo ansiosa.

No deberá descuidarse, como se comprende, la atenta vigilancia del enfermo para que no pueda lastimarse, ó que no intente *suicidarse*, lo cual no es difícil, por no tener voluntad reflexiva ni verdaderas impulsiones suficientemente coordinadas y persistentes.

Aparato digestivo.—Sauze empleaba el *emético* contra el empacho gástrico con ictericia; es éste un medicamento que no consideramos recomendable á causa de su acción deprimente; contra la constipación se emplearán los *purgantes salinos*; por último, en caso de diarrea, deberá ser combatida con los medios usuales. Pueden usarse los *antisépticos intestinales*, por las muchas razones en que no es necesario insistir; el *salol* ó el *benzonaftol*, por ejemplo, mejor que el naftol B, algo irritante; no obstante, como su utilidad no está aún plenamente comprobada, quizás fuera mejor abstenerse de su administración.

Otros aparatos.—Aunque es probable que en todos los aparatos aparezcan trastornos de mayor ó menor cuantía, no hay gran cosa que

(1) AL. ROBERTSON (*The Journal of mental science*, Enero, 1891) aplica un gorro lleno de agua caliente, que coloca cada día sobre la cabeza, y la electrización continua. No habiendo ensayado este procedimiento nos limitamos á mencionarlo. — BIANCHI (*Paralisi progresiva e frenosi sensoria*. Nápoles, 1895, pág. 151) ha empleado con éxito la galvanización de la cabeza con 2 á 4 miliamperios y la faradización general.

(2) No debemos investigar aquí cuál sea la verdadera naturaleza de este delirio agudo.

hacer, salvo en caso de complicación: con todo Sauze se esforzaba en obtener la reaparición de las reglas por medio de sanguijuelas en la vulva y baños de pies sinapizados.

4.º *Tratar las complicaciones.*—Se han citado entre éstas la *pneumonia*, la *tisis aguda ó crónica*, las *nefritis*, la *diarrea incoercible*, algunas veces, aunque raras, lesiones del corazón ó de los vasos. Si aparecen, claro está que deberá hacerse lo que se pueda; entre estas complicaciones son especialmente temibles las *escaras* y sus consecuencias cuando se establece el marasmo, debiendo tratarse por los medios ya conocidos.

Si se admite, como creemos, que la psicosis polineurítica de Korsakoff es la confusión mental complicada con *neuritis periféricas*, se deberán tratar éstas, pero sobre todo cuando haya desaparecido el trastorno intelectual.

5.º *Tratamiento de las crisis.*—Entre estas complicaciones existen algunas que han sido consideradas como *crisis*, que indican la curación, la *diarrea intensa*, la *formación de un absceso*, la *aparición de una erisipela* (Sauze), una erupción *forunculosa* (Schüle). Creemos preferible intervenir en los casos de absceso, de forúnculo ó de erisipela.

En cuanto á las otras formas de crisis, la reaparición de las reglas, la de la transpiración algunas veces acompañada de fiebre intensa, una salivación abundante, no hacemos más que mencionarlas.

6.º *Tratamiento durante la convalecencia.*—La dirección general del tratamiento es siempre la misma: continuar estimulando la nutrición y la alimentación del paciente.

Convendrá vigilar muy atentamente la época de las reglas, que pueden ser causa de recaída. El estado de debilidad irritable del sistema nervioso exige las mayores precauciones al emprender de nuevo la vida ordinaria.

En cuanto á los residuos del trastorno mental, amnesias, alucinaciones, estado de neurastenia cerebral, son difíciles de combatir; en caso necesario, se recurrirá al tratamiento moral.

B.—TRATAMIENTO MORAL

Durante el período de estado de la afección, hemos visto ya que ciertas medidas higiénicas, como la permanencia en cama, tienen también una acción «moral,» y los intervalos de lucidez más á menos vagos pueden asimismo ser motivo para que las personas que rodean y cuidan al enfermo ejerzan sobre él una influencia psíquica favorable.

Pero sobre todo en el *periodo de declinación* y durante la *convalecencia* es cuando se debe emplear el tratamiento moral, cuyas reglas han sido establecidas con tanta claridad por Sauze, y lo mejor que puede hacerse es seguirlas puntualmente (1).

«Si bien, dice, en el período de agudez el tratamiento moral es imposible, no ya así en el período de declinación. Cuando la inteligencia comienza de nuevo á funcionar, cuando aparecen las remisiones, es necesario activar sin descanso las operaciones cerebrales; conviene interrogar á los enfermos, fijar su atención, insistir cuando su contestación es muy lenta ó poco precisa. Se ha de procurar hacerles comprender que acaban de pasar una enfermedad grave; quedan casi siempre sorprendidos; no se dan cuenta de las diversas circunstancias de su enfermedad, ni de cambio que se ha operado en ellos, como un individuo que, transportado durante el sueño á regiones desconocidas, tardaría algún tiempo en recobrar sus sentidos. Algunos nos han manifestado que les parecía despertar de un largo sueño. A estos enfermos que despiertan es necesario explicarles todos esos detalles, ilustrarles acerca de su posición, hacerles recobrar la memoria, plantearles sencillos problemas pidiéndoles luego la solución. Este trabajo intelectual, repetido cada día sin interrupción, procediendo de lo sencillo á lo complicado, restablece poco á poco en todas las facultades su anterior actividad: es como un niño cuya inteligencia se desarrolla progresivamente.

«Al mismo tiempo que por la conversación se obliga al enfermo á poner en juego sus diversas facultades, es necesario, además, dedicarle al trabajo. Este ejercicio saludable acaba de restablecer la salud física, conservando el apetito y el sueño, y la ocupación que da igualmente al espíritu produce el mejor efecto. Siguiendo este método, utilizando los diversos medios recomendados, se observará que la inteligencia cada día va progresando. Las contestaciones, al principio lentas, van siendo más fáciles; el enfermo se entera con mayor interés de cuanto le rodea; su atención se fija con más frecuencia en los objetos que están á su alcance. A medida que reaparece la atención, que es la facultad madre de todas, como expresaba Laromignière, las otras facultades intelectuales no tardan en seguir el mismo camino de progreso. Después de haber observado lo que pasa á su alrededor, el enfermo establece comparaciones entre aquellos diversos objetos que han fijado su atención, comprende sus relaciones, razona, en una palabra, cual hacía anteriormente. La memoria, al principio obscura é infiel, recobra todo su vigor, la voluntad se desarrolla también con los progresos de la inteligencia; aquella apatía, aque-

(1) SAUZE.—*Loc. citato.*

lla inercia tan completa acaban poco á poco por desaparecer. Los enfermos no se dejan ya llevar ni conducir por cualquiera; han recobrado la conciencia de su yo."

Este tratamiento moral, que exige mucha paciencia por parte de las personas que se encargan de aplicarlo, debe hacerse siempre con sumo tino, evitando la menor fatiga por parte del enfermo, puesto que podría provocarse una recaída ó cuando menos una suspensión de la convalecencia (SÉGLAS).

Dónde debe tratarse al enfermo.—Es sobre todo en la clientela particular donde se encuentran casos de confusión mental; hay pocos en los asilos de alienados, probablemente porque la docilidad ordinaria de los pacientes y el poco peligro que ofrecen para los que les rodean no obligan á la familia á internarlos; débese considerar con todo si sería útil recurrir al *aislamiento en una casa de salud*. Compartimos en este punto la opinión de SÉGLAS: creemos contraindicado trasladar de tal modo al enfermo, exceptuando los casos en que, por ejemplo, la agitación es extremada ó cuando los parientes no están en condiciones de cuidar bien al paciente. «El cambio de medio ha de actuar desfavorablemente, aumentando la desorientación, la confusión de ideas, que es naturalmente mayor cuando el enfermo es transportado de un modo brusco lejos de las cosas y de las personas que le son conocidas. Esto no impedirá en absoluto que se prescriba, como en una enfermedad ordinaria, el reposo más completo, el aislamiento y la supresión de visitas, pero es necesario dejar al enfermo en contacto con su familia. La importancia de esta condición es mayor en los intervalos lúcidos, más ó menos acentuados ó frecuentes según la forma, y sobre todo en el período en que el enfermo, buscando espontáneamente el modo de orientarse, entra poco á poco en el buen camino contemplando los objetos que le eran familiares. Tanta mayor importancia tiene esto cuanto que el tratamiento moral aspira sobre todo á hacer revivir las antiguas imágenes mentales, siendo para ello poderosos coadyuvantes la presencia de los parientes y su cooperación natural á esta labor de reconstitución de la síntesis mental. La sola presencia de la familia aquieta el espíritu del enfermo, sobre todo de aquel que, sintiéndose como perdido, siente necesidad de tener continuamente á su lado alguien que le tranquilice y le dirija (1).»

ADDENDA. — *Inyecciones de suero artificial.* — Posteriormente á la redacción de este capítulo, varios autores han empleado como agente de medicación esténica las inyecciones subcutáneas de suero artificial. Sé-

(1) PH. CHASLÍN, *loc. citato*, p. 256.

glas (comunicación oral) ha comprobado en varios casos los buenos efectos de esta práctica, sobre todo en las formas asténicas. Inyecta al día de 5 á 15 centímetros cúbicos de suero artificial (fórmula de Chéron), variando la dosis según la gravedad del caso y la susceptibilidad del paciente. Aconseja que no se inyecten dosis muy altas, porque pueden determinar fenómenos de excitación cerebral. La inyección debe hacerse con preferencia por la mañana, pues por la tarde los confusos presentan á menudo fenómenos de excitación intelectual, y hecha ó reiterada una inyección á tal hora los aumenta con frecuencia y determina ordinariamente agitación nocturna é insomnio. Las inyecciones deben continuarse unos quince días, para ser repetidas de nuevo, si es necesario, después de algunos días de descanso. Cuando al mismo tiempo se aplica el tratamiento de la permanencia en cama, ó cuando el enfermo tiene incontinencia, es preferible practicar las inyecciones en la región intraescapular, mejor que en la región retrotrocantérea.

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS GENERAL

POR

A. MAIRET

Decano de la Facultad de Medicina de Montpellier

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Cuando se consultan los tratados ó las memorias dedicadas á la parálisis general, llama la atención, sorprende la poca extensión que se concede al capítulo referente á su tratamiento; lo más frecuente es que quede reducido á unas pocas líneas. Es que, para la mayor parte de médicos, la demencia paralítica es una enfermedad incurable que, hágase lo que se quiera, sigue una marcha fatalmente progresiva. Ciertamente se pueden observar períodos de remisión, pero estos períodos, independientes de todo tratamiento, no son más que suspensiones pasajeras, y luego la enfermedad recobra su marcha invasora.

En verdad esta idea de la incurabilidad de la parálisis general se comprende fácilmente. Díganlo sinó los médicos alienistas, que deben conocer más especialmente esta enfermedad; como nosotros, no hacen más que ir sumando fracasos hasta en los casos en que el tratamiento ha sido muy bien dirigido.

No obstante, á pesar de los fracasos repetidos, algunos médicos conservan la esperanza de curación. Creen que por desesperante que sea la parálisis general se dan casos en que se puede lograr la suspensión y

aun obtener el retroceso de la enfermedad, citando en apoyo de esto observaciones, muy pocas por cierto, de curación. ¿Se trata de una utopía? Sí, contestan los partidarios de la incurabilidad, y niegan á las observaciones que aducen sus adversarios el valor que éstos pretenden concederles; en tales casos dicen ha habido un error de diagnóstico.

Pues bien, no tenemos inconveniente en confesarlo, á pesar de los fracasos cotidianos, somos de aquellos que piensan que á veces el tratamiento puede atajar y hacer retroceder la enfermedad. Y creemos que los casos que hemos observado no podrán tildarse de error de diagnóstico.

Sabemos muy bien que en algunos alcohólicos, aquellos por ejemplo que tienen una herencia degenerativa, la alienación mental puede revestir al principio una apariencia de parálisis general. También sabemos que ciertos predispuestos sometidos á diversas causas pueden presentar, por parte del cerebro, accidentes congestivos, que se traducen por un conjunto de trastornos intelectuales y motores que recuerdan los de la parálisis general en sus comienzos. Las observaciones á que antes nos hemos referido no tienen nada que ver con los hechos que acabamos de mencionar; se trata de enfermos que nosotros hemos podido observar durante muchos meses y sobre cuyo diagnóstico no puede caber la menor duda. Ejemplo:

X..., de treinta y tres años, entra en el asilo en los comienzos del año 1889; presenta todos los signos de la parálisis general. Este hombre es sometido á un tratamiento adecuado. Lo hemos tenido á nuestra vista por espacio de once meses. Al cabo de este tiempo, X.... sale del establecimiento presentando solamente un estado de hiperexcitabilidad muscular y tendinosa y un muy ligero detrimento del fondo mismo de la inteligencia, que se manifiesta por una menor vivacidad que antes. Dos meses después de haber salido, emprende de nuevo sus ocupaciones y han pasado más de seis años sin que su estado sufriera alteración.

Creemos, pues, basándonos en la observación clínica, que se puede, como decíamos, suspender y hacer retroceder en ciertos casos, desgraciadamente muy raros, la evolución de la parálisis general.

¿Hasta dónde puede alcanzar este retroceso? Algunos creen hasta la restitución *ad integrum* de los tejidos, hasta la curación completa. Quizás tal resultado sea posible cuando la enfermedad se trate desde sus comienzos; contamos con algunos casos muy demostrativos, y en los que es difícil dudar que se trataba de una verdadera parálisis general.

La restitución *ad integrum* no se obtiene generalmente, la lesión anatómica queda bien extinguida, pero ha dejado en la célula cerebral una huella indeleble de su paso; esta célula no puede recobrar su virtualidad anterior y el enfermo conserva en su modalidad intelectual un tono, una menor vivacidad, como en X.... del que hablábamos hace poco, y modificaciones de carácter.

Es ésta quizás una curación incompleta en el sentido estricto de la palabra; pero ¿cuán importante no es obtenerla, teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad? Los individuos que la logran pueden, en efecto, ocupar de nuevo su puesto en la familia, vivir como los demás, y si se dedicaban anteriormente á ocupaciones manuales, emprenderlas otra vez. Así lo ha hecho, por ejemplo, uno de nuestros enfermos, que desde hace diez años, que salió de nuestra clínica, trabaja de su oficio de zapatero.

Otras veces con este tratamiento no se obtienen tan buenos resultados; da solamente una remisión más ó menos pronunciada, á veces tan completa en apariencia que, cualquiera que no sea médico, considerará al enfermo curado, pero el proceso anatómico no se ha extinguido por completo y tiene lugar más ó menos rápidamente una recaída. Con frecuencia la recaída no puede ser atajada, pero algunas veces, si desde las primeras señales de reaparición de la enfermedad se aplica un tratamiento conveniente, se logra detener las manifestaciones morbosas.

Así nosotros tratamos desde muchos años en el seno de las familias á paráliticos generales, cuyo primer acceso exigió el aislamiento. En verdad, es éste un resultado precario, pero sólo podrán considerarlo con desdén aquellos que no hayan tratado nunca casos de parálisis general.

Por grave que sea, pues, esta enfermedad, se dan casos en los que el tratamiento consigue resultados favorables. Por tanto, este tratamiento, en vez de descuidarle por inútil, ha de ser estudiado con detenimiento. Por otra parte, cuando no se logra atajar la marcha invasora de la enfermedad, la intervención médica puede con todo actuar contra diversos síntomas, que en un momento dado pueden ser el origen de importantes indicaciones. Estudiaremos, pues, sucesivamente el tratamiento de la enfermedad y el de algunos síntomas de la misma.

II

Indicaciones terapéuticas

El tratamiento de una enfermedad cualquiera depende del modo como esta enfermedad es comprendida.

¿Qué es, pues, la parálisis general? Una inflamación crónica, perimeningo-encefalitis crónica difusa, han dicho durante mucho tiempo muchos médicos que, comparando la demencia paralítica con una cirrosis hepática ó con una nefritis intersticial, consideraban la inflamación como la lesión primordial y las alteraciones del tejido nervioso propiamente dicho como secundarias. Con todo, desde el primer momento, esta idea ha sido combatida por otros observadores que, aun admitiendo la existencia innegable de una inflamación, opinaron que las alteraciones del sistema nervioso, tubos y células, no eran consecutivas á aquella inflamación, sino primitivas. Hoy día, gracias á las investigaciones histológicas modernas, es comúnmente admitida esta última interpretación; además de que la clínica la impone lo mismo que la anatomía patológica.

La parálisis general es, pues, el resultado de un doble trabajo degenerativo é inflamatorio; de aquí, por consiguiente, surgen dos grandes indicaciones terapéuticas: *luchar contra la inflamación y sostener el sistema nervioso que tiende cada vez más á degenerar.*

Pero estas lesiones que se observan en todos los casos de parálisis general más ó menos acentuadas, ó predominando la una sobre la otra, ¿son siempre de la misma naturaleza? En otros términos, ¿la parálisis general es una en su esencia? Esta es una nueva cuestión á plantear, esencialmente clínica y, como se verá, de considerable importancia para la terapéutica.

El atento estudio de los hechos nos ha demostrado que la parálisis general no es patogenéticamente siempre una misma enfermedad, y teniendo en cuenta esto, se deben establecer cinco grupos, número que más tarde podría muy bien aumentarse.

En el primer grupo colocamos los casos de parálisis general, en los que la enfermedad depende de causas múltiples, excesos de toda naturaleza que fatigan, congestionan y gastan el sistema nervioso central, que actúan ya solas, ó bien en un terreno predispuesto. Estos casos son los más numerosos y desgraciadamente también los más rebeldes á toda terapéutica.

En el segundo grupo reunimos los casos en que la enfermedad se desarrolla sin causa aparente, el enfermo no ha cometido exceso de ninguna clase, su vida ha sido metódica, y no obstante, en un momento dado, á veces en edad poco avanzada, veintiún, veintidós años, aparece la demencia paralítica. Los casos de este género desconciertan fácilmente á los médicos, quienes, al ver desarrollarse la enfermedad sin causa aparente, desconfían de poder establecer jamás su etiología. Pero, si en tales casos se estudia la herencia del individuo, se halla como causa efectiva una predisposición manifestada por síntomas especiales, que indican una falta de resistencia orgánica del sistema nervioso, debida á enfermedades físicas constitucionales de los ascendientes: alcoholismo, lesiones orgánicas del sistema nervioso central y más especialmente del encéfalo (ataques de apoplejía, reblandecimiento, etc.), y por último, diversas diátesis. Es ésta una parálisis general por herencia física (1).

En el tercer grupo figuran las parálisis generales por intoxicación y de un modo especial por intoxicación alcohólica, las únicas de que nos ocuparemos aquí.

La clínica y la experimentación están de acuerdo para demostrar la realidad de la existencia de la parálisis general alcohólica.

La clínica demostrándonos 1.º que en muchos casos el alcoholismo es la única causa que se puede aducir para explicar el desarrollo de la enfermedad; 2.º la existencia de síntomas especiales, reveladores del alcoholismo, una evolución y una duración diferentes de la evolución y duración que presentan las parálisis generales de otra naturaleza.

La experimentación demostrando, cual hemos visto con el profesor Combemale, de Lille, en perros intoxicados crónicamente por el alcohol, durante la vida manifestaciones morbosas, y en la autopsia lesiones orgánicas parecidas á las de la parálisis general (2).

(1) Al estudiar la herencia en la parálisis general, sorprende la frecuencia con que en los ascendientes se comprueban las enfermedades constitucionales á que antes nos hemos referido: así nosotros hemos encontrado el alcoholismo en 22,2 por 100 de los casos, la herencia cerebral en 16,7 por 100 y la herencia diatéctica en 33,5 por 100. De manera que la herencia física aparece en 72,4 por 100. Es cierto que esta herencia no da origen á una predisposición que determine siempre de por sí la parálisis general, es necesario para ello ordinariamente la acción de otras causas, pero en algunos casos la coexistencia de éstas es nula; podrá demostrarlo el siguiente ejemplo:

A... es una joven de veintitrés años, en extremo honesta, de conducta irreprochable, que á dicha edad, sin causa conocida, enferma de parálisis general. Si se inquiere su herencia, se comprueba el alcoholismo del padre, que imprime su huella por una predisposición que se manifiesta por una fácil fatiga intelectual; la enferma, por la menor cosa, se distrae; una simple represión de sus superiores la deja absolutamente como atontada.

(2) No nos es posible extendernos, como deseáramos, en la demostración de la real existencia de la parálisis general alcohólica. Puede consultarse sobre esto, la comunicación que enviamos al Congreso de los médicos alienistas celebrado en Lyon en 1891, y nuestras investigaciones experimentales en colaboración con M. COMBE MALE é insertas en las *Mémoires de l'Académie des sciences*.

En el cuarto grupo colocamos los casos de sífilis cerebral que, en un momento dado de su evolución, revisten los caracteres clínicos de la parálisis. Hemos estudiado extensamente estos hechos en nuestras lecciones clínicas acerca de la *alienación mental sifilítica*, que puede consultar el lector (1).

Por último, en el quinto grupo puede incluirse la parálisis general por senilidad, pero no insistiremos mayormente acerca de esta última.

Tal es la manera como nuestras investigaciones nos han inducido á comprender la génesis de la parálisis general, y basándonos en ella hemos establecido el tratamiento de esta enfermedad, y creemos haber conseguido buenos resultados.

¿Cuál es este tratamiento?

En todos los casos existe algo de común, sea cual fuere la naturaleza de la enfermedad. En efecto, siempre, como antes hemos dicho, la enfermedad se revela por una inflamación crónica y una degeneración del tejido nervioso, por tanto, deben siempre cumplirse las indicaciones que establecen estos dos elementos. Pero á tales indicaciones constantes se suman otras derivadas de la naturaleza misma del trabajo anatómico. Así, en la parálisis general alcohólica, el alcoholismo establece indicaciones claras y precisas que aparecen no menos claras en la sífilis.

Por tanto, estudiaremos primeramente el tratamiento de la inflamación y de las lesiones degenerativas del sistema nervioso, después sucesivamente cada uno de los grupos de la parálisis general que anteriormente hemos establecido.

III

Tratamiento de la enfermedad

A. — INFLAMACIÓN CRÓNICA

No nos extenderemos mucho en el tratamiento de la inflamación en la parálisis general; es análogo al de toda inflamación crónica y consiste especialmente en revulsivos y resolutivos. Indicaremos tan sólo los medios que nos ha parecido producir mejor resultado.

Las emisiones sanguíneas generales ordinariamente no se usan; lo contrario diremos de las *emisiones locales* y en especial de las

(1) MAIRET.—*Aliénation mentale syphilitique*.

sanguijuelas en el ano, más bien para atraer este líquido hacia el recto que para restar sangre al enfermo. Con este objeto se aplican, según los casos, una, dos, tres ó cuatro *sanguijuelas* y se repite esta operación con más ó menos frecuencia según las indicaciones.

Para coadyuvar á la acción congestiva que hacia el recto determinan las sanguijuelas, se pueden administrar los drásticos, el *áloes*, por ejemplo, que se da en pequeña cantidad por la noche al acostarse, una vez terminada la digestión.

A estos medios pueden ó no añadirse los *pediluvios calientes sinapizados* y en general todos los revulsivos cutáneos. Insistimos especialmente en uno de ellos, demasiado olvidado hoy día, al que concedemos, sin embargo, suma importancia, es el *sedal* ó el *vejigatorio* aplicado á la nuca y dejándolo más ó menos tiempo aplicado.

Además de la inflamación, se desarrollan al propio tiempo con frecuencia en el cerebro fenómenos de congestión pasiva, de estasis que edematizan la célula cerebral.

Para combatir estos trastornos, se pueden prescribir la *digital* y el *cornezuelo de centeno* á la dosis, por ejemplo, de 0^{gr},40 á 1 gramo para veinticuatro horas. Pero lo que da mejor resultado en los casos de esta naturaleza es el *masaje* practicado metódicamente y no por la simple malaxación de los músculos.

En cuanto á los resolutivos, creemos que sólo existe uno que puede á veces ser útil, nos referimos al *yoduro de potasio*, del que se puede ir aumentando progresivamente la dosis de 0^{gr},50 á 3 gramos en las veinticuatro horas.

B.—DEGENERACIÓN DEL TEJIDO NERVIOSO

Verificándose en el tejido nervioso un trabajo de degeneración, es necesario, en cuanto sea posible, sostenerle sin irritarle. Al frente de los medicamentos que mejores resultados nos han dado para cumplir tales condiciones, figura sin duda la *quina*, que se puede administrar ya en cocimiento, ya en forma de extracto.

Para el cocimiento se hacen hervir 4 ó 5 gramos de quina triturada en dos vasos de agua; se mantiene la ebullición hasta que quede reducido á un vaso, se filtra y se mezcla con una taza de leche. El enfermo tomará un vaso de esta mezcla entre la comida de la mañana y la del mediodía y otro vaso entre la comida y la cena.

En forma de *extracto*, se administra á la dosis de 3 á 5 gramos en las

veinticuatro horas, sea en forma de píldoras ó bien en poción. Se puede añadir á este extracto cierta cantidad de quinina, de 0^{gr},20 á 0^{gr},30.

A estos medios, no titubeamos en añadir los *fosfatos*, *bisfosfatos de cal*, *lactofosfatos* en solución, para tomar durante la comida á la dosis de 2 gramos y más aún durante el día, ó mejor los glicerofosfatos á la dosis que varía entre 0^{gr},20, á 0^{gr},60 y más en las veinticuatro horas.

Cuando ha desaparecido todo indicio de congestión y la enfermedad es atónica, hemos obtenido buenos resultados con: 1.º la *estricnina* administrada ya directamente en forma de gránulos á dosis progresivas que pueden llegar á ser de 5 miligramos y más, ya en forma de tintura de nuez vómica; 2.º las *inyecciones de jugo testicular*. Hemos podido observar que, en casos de parálisis general de predominio degenerativo con desnutrición, estas inyecciones levantan rápidamente las fuerzas del enfermo, no sólo de su nutrición general, sí que también de su sistema nervioso, que recobra la tonicidad.

Por último, á los medios que preceden presta la *hidroterapia* un valioso concurso. En este caso, las abluciones con agua fría producen á menudo buenos efectos. Nosotros las ordenamos primero con agua tibia, á la que se añade alcohol; después se va disminuyendo poco á poco la temperatura del agua, hasta llegar al agua fría. Mientras dura la ablución, los pies del enfermo deben permanecer en agua caliente, y si aparecen congestiones encefálicas, se coloca en la cabeza un lienzo mojado en agua fría. Un buen coadyuvante de la hidroterapia es, en estos casos, el masaje, del que ya hemos tratado anteriormente.

Con estas abluciones, sustituyéndolas ó completando su acción, se pueden dar *baños aromáticos*, baños *sulfurosos*, y en los individuos linfáticos, baños con las aguas de *Salies*.

En general, no acostumbramos emplear la ducha en la parálisis general, á no ser al finalizar el tratamiento, cuando ya han desaparecido la mayoría de manifestaciones morbosas, y con todo la empleamos aún con precaución después de haber atraído la sangre hacia las extremidades por medio de chorros de agua caliente y sin tocar la cabeza.

Tales son los diferentes medios que se pueden usar para cumplir las dos indicaciones de toda parálisis general: la inflamación y la degeneración del sistema nervioso. Veamos ahora las indicaciones que derivan de la naturaleza de la enfermedad, haciendo para ello referencia á los diversos grupos que hemos establecido.

C. — TRATAMIENTO PATOGENICO

El primer grupo, el más frecuente, aquel en que la enfermedad es el resultado de múltiples causas, no motiva ninguna indicación especial. En los casos de este género, el tratamiento queda, pues, limitado á los medios precedentes, y hemos de confesar que no produce ordinariamente resultados muy manifiestos.

En el segundo grupo, en el que la parálisis es debida á una herencia degenerativa, la naturaleza de la enfermedad no proporciona tampoco indicación especial, excepto en el sentido de que, en los casos de esta índole, siendo la degeneración del tejido nervioso el hecho predominante, deben emplearse sobre todo los medios que tienen acción contra esta degeneración. En estos casos es cuando la hidroterapia en sus diversas formas, la quina, la estricnina, las inyecciones de jugo testicular dan excelentes resultados, tanto para combatir la degeneración celular, como contra los trastornos circulatorios del encéfalo. En este género de parálisis general, merced á los medios ya indicados, hemos logrado combatir aquellas recaídas á que nos referíamos al comenzar este artículo.

Cuando la parálisis general es de naturaleza alcohólica, surgen importantes indicaciones. Es necesario tratar el alcoholismo; por esto se impone el régimen lácteo, dieta láctea atenuada, ya que el enfermo hace gastos considerables. Entonces damos á cada comida una sopa de leche, leche en más ó menos cantidad, dos ó tres litros al día, y en cada una de las principales comidas del día un plato de carne y otro de pescado. Además, se ha de procurar por todos los medios posibles activar el funcionalismo de la piel, y según los períodos se practicarán abluciones con agua fría, se administrarán baños aromáticos y se provocará la diaforesis, envolviendo al paciente con una sábana mojada ó por medio de los baños de vapor.

En todos estos casos, convendrá impedir las congestiones cefálicas por medio de las aplicaciones de agua fría en la cabeza. Este proceder es del todo indispensable en los baños de vapor, no sólo durante el baño, sí que también mientras dura la sudoración. Por último, en la parálisis general alcohólica, nos ha parecido obtener buenos resultados con el yoduro de sodio; la dosis se aumenta progresivamente hasta 3 y 4 gramos en las veinticuatro horas; este medicamento puede tomarse durante la comida, ó bien mezclado con leche. Insistimos en este tratamiento patogénico, aña-

dido al tratamiento ordinario, ya que en este género de parálisis general es donde hemos obtenido los mejores resultados, esto es, la retrocesión casi completa del trabajo anatómico.

En el cuarto grupo, en la sífilis cerebral en forma de parálisis general, el tratamiento es el mismo que se emplea contra la sífilis cerebral; por tanto, no nos detendremos en repetirlo aquí, remitiendo al lector al capítulo dedicado á aquella localización de tal enfermedad.

En lo que llevamos dicho, sólo hemos podido indicar las nociones principales del tratamiento de la parálisis general; para completar este punto, tendríamos que estudiarlo respecto de los períodos; pero los elementos en que se basan las indicaciones persisten siendo los mismos, y por esto nos parece inútil hacerlo.

Añadiremos únicamente que, para que el éxito corone el tratamiento expuesto, es necesario que se procure evitar al enfermo toda causa de excitación, todo exceso, toda fatiga intelectual.

Es necesario, por último, en los casos de éxito, impedir todas las causas posibles de recaída y de un modo especial la fatiga intelectual.

IV

Tratamiento de los síntomas

Además del tratamiento de la enfermedad, existen, como ya hemos dicho, síntomas que pasan á ser origen de indicaciones: así la agitación, el insomnio, los ataques apoplejiformes y gran número de trastornos referentes á diversas funciones: corazón, tubo digestivo, hígado, riñones, etc.

La *agitación* se refrenará sobre todo con los *baños tibios* á 34 ó 35°, de una duración más ó menos prolongada, y durante el mismo se conservará en la cabeza un lienzo mojado en agua fría.

El *insomnio* se combatirá cuanto sea posible con medios indirectos: baños calmantes más ó menos prolongados, ejercicios físicos, etc., y cuando se administren los hipnóticos, deberán emplearse los agentes que de ningún modo alteren la célula nerviosa: *uretano*, *sulfonal*, y en la parálisis general alcohólica, el *opio*.

Contra los *ataques epiléptiformes* y *apoplejiformes* se emplearán los revulsivos en el tubo digestivo (*drásticos*), en la piel (*cataplasmas*, *sinapismos*, *vejigatorios*) y las emisiones sanguíneas por medio de

sanguijuelas. En los casos graves, estas aplicaciones se harán en las apófisis mastoides, cinco ó seis y hasta á veces más detrás de cada oreja.

En los casos más leves, puede bastar la aplicación de unas pocas sanguijuelas en el ano, más bien con el objeto de atraer sangre hacia aquella región que de extraer sangre del individuo. Se practica algunas veces la sangría general, pero siempre nos ha dado menos resultado que la aplicación de sanguijuelas en la apófisis mastoides.

El tubo digestivo deberá ser vigilado atentamente; se producen con facilidad empachos gastrointestinales atónicos, contra los que se usarán especialmente los *amargos*. Pueden también aparecer en ciertos momentos fenómenos de intoxicación, contra los que se prescribirán *tónicos* y *antisépticos*. La alimentación deberá también reclamar mucho cuidado, ha de ser reconstituyente y regulada en cantidad. El paralítico general tiene, en efecto, tendencia á comer mucho, glotonamente, lo que constituye una de las causas de los trastornos gastrointestinales de que hablábamos. La alimentación exige también vigilancia en otro concepto. En cierto período de la evolución de la enfermedad, aparece una parálisis de los músculos de la deglución, y si no se tiene cuidado de cortar al enfermo la carne y el pan en pequeños pedazos, puede muy bien asfixiarse.

En los casos en que el alcoholismo y la sífilis desempeñan un papel principal, es necesario observar el *hígado* con atención; puede fácilmente producirse la esclerosis ó una degeneración de marcha aguda.

El *corazón* debe á menudo ser regularizado en su funcionalismo y sostenido en los últimos períodos de la enfermedad, en los cuales se producen depósitos de grasas: se recurrirá entonces á los tónicos, la *digital*, la *cafetna*, etc.

El *aparato respiratorio* es fácilmente alterado en el curso de la parálisis general, en forma sobre todo de bronco-neumonía con hipostasis: igualmente en estos casos los medios tónicos son los que conviene emplear.

Existe también una función que, en un período algo adelantado de la enfermedad, deberá ser vigilada atentamente por el médico, es la *función urinaria*. Por la influencia de trastornos paralíticos se determinan retenciones de orina y consecutivamente reabsorciones con fiebre y alteraciones diversas. En estos casos, es necesario el cateterismo repetido varias veces al día, pudiendo ir seguido de inyecciones *boricadas*.

Por último, con bastante frecuencia aparecen en diferentes puntos, y muy especialmente en las nalgas, escaras que pueden extenderse mucho

en profundidad y llegar hasta los huesos. Con minuciosos cuidados de limpieza y con los tónicos y desinfectantes locales, se consigue prevenir primero y combatir luego estos accidentes. En tales casos, después de muchos ensayos hemos optado por el polvo de *quina* mezclado al *carbón* en polvo.

Como se ve, á la par que el tratamiento esencial, existe un tratamiento sintomático importante y que con mucha frecuencia es el único que da algún resultado. No obstante, como hemos repetido ya, existen ciertos géneros de parálisis general contra los que podemos luchar con éxito. Por consiguiente, sin hacerse ilusiones, en el tratamiento de esta enfermedad, no hay por qué perder por completo las esperanzas.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS MANÍACOS

POR

E. BLIN

Médico del Asilo de Vaucluse

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Caracteres de la manía y de los estados maniacos

La palabra manía tenía antiguamente una significación muy extensa y era sinónima de locura.

Al perder dicha significación colectiva y poco determinada, este término ha ido precisándose y con él se designa actualmente, cuando se emplea solo, no la locura considerada en conjunto, sino una especie determinada de locura, de caracteres bien precisados.

La manía franca, manía simple, es una enfermedad funcional del cerebro, ordinariamente apirética y caracterizada por una superactividad cerebral extremada, por la exaltación de todos los centros corticales, que dan por resultado la incoherencia de las ideas, la imposibilidad de fijar la atención, y una imperiosa necesidad de movimientos impulsivos violentos.

Por intensa que sea, la incoherencia casi siempre no es más que aparente, existe en las palabras expresadas un orden que una profunda observación pone á menudo de manifiesto; no hay desorden intelectual propiamente dicho.

No obstante, por la influencia de alucinaciones que algunas veces se presentan, ó de ilusiones de los sentidos, que son frecuentes, los conceptos

pueden llegar á ser casi delirantes y entre el caos de las ideas, se observa el predominio de tal ó cual serie de éstas, lo que da al delirio maníaco un aspecto especial, ideas religiosas, ideas eróticas, ambiciosas, de persecución, etc.

La manía no aparece siempre con igual intensidad: en un primer grado, recibe el nombre de excitación maníaca, la manía propiamente dicha es la manía verdadera, aguda; por último, el delirio agudo constituye el grado extremo de la manía, la manía peraguda, febril.

La manía simple es el tipo de la locura general con excitación, al mismo tiempo que una de las formas más precisas de la patología mental. Pero es necesario reconocer que la manía verdadera, entidad clínica en que el estado maníaco desempeña el papel principal, es relativamente rara. Mucho más común es observar enfermos en los que la manía no es más que un aspecto especial, pasajero, de otra forma de alienación mental, independiente de ella y perfectamente determinada: estos estados especiales reciben el nombre de estados maníacos.

En los estados maníacos ó manías secundarias, la manía no es entonces más que un síntoma accidental, temporal ó accesorio, que consiste en un estado general de exaltación de las ideas, de los sentimientos y de los actos.

Los estados maníacos son muy comunes en el curso de la alienación mental: así es que la excitación maníaca predomina en ciertos períodos de la parálisis general, de la locura hereditaria; es una de las manifestaciones más generales de los trastornos intelectuales de los epilépticos, de las histéricas y de los alcohólicos, y es una complicación bastante frecuente de la demencia, de la imbecilidad y del idiotismo.

II

Tratamiento de los estados maníacos

En realidad no existe un tratamiento verdaderamente específico de la manía aguda franca: esta afección se cura por sí sola después de haber seguido una evolución ordenada. El papel del médico no deja, sin embargo, de ser activo. Sea la manía primitiva ó secundaria, dos grandes indicaciones presiden el tratamiento de todo estado maníaco: una es la de prevenir los accidentes á que el enfermo mismo y los que le rodean están expuestos á consecuencia de su estado de excitación. La otra indicación consiste en

combatir esta misma excitación por los medios apropiados, al mismo tiempo que se dispone al enfermo para soportar lo mejor posible la violencia de su acceso, y procurar, por la alimentación, una reparación suficiente á su organismo agotado por tanta agitación.

A la primera de estas indicaciones va vinculada la cuestión de la colocación del maníaco; á la segunda la del tratamiento hidroterápico, del tratamiento farmacológico y la higiene del enfermo.

A.—COLOCACIÓN Ó ALOJAMIENTO DEL MANÍACO

¿El maníaco podrá ser cuidado en su propia casa, en el campo, ó bien en una casa privada, en el domicilio de personas no allegadas al sujeto, ó bien, por último, será necesario internarle en una casa de salud?

1.º Tratamiento á domicilio

Todas las tentativas del tratamiento de la manía en el propio domicilio son impracticables y hasta perjudiciales, no sólo para el enfermo sí que también para los que le rodean. Los parientes y los amigos son, en efecto, los peores guardianes que se pueden dar á un maníaco, puesto que, animados de una solicitud exagerada por el enfermo, contraria á sus verdaderos intereses, carecen de la suficiente energía para dirigirlos, siendo precisamente su intervención lo que más le irrita; con mayor motivo todavía el enfermo se negará á recibir consejos de aquellas personas ó criados á quienes estaba acostumbrado á mandar, de donde los choques ó disputas molestas propios para exacerbar el mal y prolongar su duración.

Por otra parte, la vida en común de un maníaco con sus parientes ó con niños también más ó menos predispuestos, puede tener graves consecuencias inmediatas en un plazo más menos breve.

La primera condición, pues, que ha de tener el tratamiento del maníaco, es la de sustraer al enfermo de su medio habitual, de sus costumbres habituales, separarle de su familia y amigos, en una palabra, aislarle.

El aislamiento del enfermo en una habitación de la casa ó vivienda común es poco menos que impracticable, y por lo demás, como no se trate de casos de excitación maníaca ligera, se exteriorizan generalmente de tal modo las manifestaciones delirantes durante los accesos de manía, que las mismas familias son las primeras en comprender la necesidad de un aislamiento más completo.

2. Tratamiento en una casa de campo

El tratamiento en el campo sin tomar las medidas especiales de aislamiento y vigilancia que son del caso, resultaría tan ilusorio é inútil como el que se practicara á domicilio.

En determinadas circunstancias, las familias acomodadas, queriendo ocultar la enfermedad de uno de sus individuos, prueban de instalarlo en quintas ó casas convenientemente acondicionadas sitas en el campo; de esta manera se obtiene el aislamiento del enfermo, constituyéndose así una especie de asilo independiente. Pero aun prescindiendo de las dificultades y de los gastos que semejantes instalaciones ocasionan, los resultados que se consiguen son, por lo general, de escasa importancia, puesto que falta siempre, así desde el punto de vista de los cuidados que es necesario tener, como de la vigilancia y atención de las personas empleadas en los mismos, aquel orden que constantemente preside en los asilos. Hágase como se quiera, siempre resulta que los enfermos son vigilados con poco empeño quedando las más de las veces abandonados al cuidado de personal irresponsable.

3. Tratamiento en una casa de salud mixta

Existen algunas casas de salud ó curación llamadas mixtas, compuestas de dos partes aisladas é independientes, destinadas una al tratamiento de las enfermedades mentales propiamente dichas, y la otra al tratamiento de las enfermedades nerviosas, sometidas ambas á una misma dirección facultativa. Merced á esta disposición, en ciertos casos de excitación maniaca ligera que comienza, es posible instituir un tratamiento fácil y rápido para el enfermo; y si la enfermedad va acentuándose, podrá entonces hacerse pasar directamente el enfermo al departamento contiguo, extendiendo debidamente el correspondiente certificado de admisión.

4. Tratamiento dentro de una familia no allegada al enfermo ó desconocida

El enfermo puede también alojarse en la casa de otra familia distinta, encargada al mismo tiempo de cuidarle y vigilarle.

También puede ser tratado en el domicilio particular de un médico que acepte de buen grado este encargo.

Estas dos últimas formas de aislamiento, poco ó nunca practicadas en Francia, están más en boga en el extranjero.

Esta clase de asistencia familiar de los enfermos, cuando está debidamente organizada y se practica bajo la tutela administrativa y judicial, puede dar muy buenos resultados.

De todos modos, aunque en Escocia se reúnan ciertos maníacos con algunas familias, y el caserío de Bruyères de Winkelom, cerca de Ghell, admita enfermos agitados, puede muy bien afirmarse, á pesar de estas pocas excepciones, que el sistema del patronato familiar de los alienados apenas si puede aplicarse más que á los alienados inofensivos é incurables.

5. Tratamiento en una casa de salud especial ó en un asilo

Además de ser poco eficaces, desde el punto de vista de sus resultados, las diferentes formas de aislamiento del maníaco que acabamos de examinar, son también difíciles de poner en práctica, ya por motivos pecuniarios, ya en virtud de las costumbres sociales; por esto el tratamiento de la manía en una casa de salud especial ó en un asilo puede considerarse como el único racional y el único útil en la práctica.

Cuando las familias no llegan á hacerse cargo de la necesidad de la reclusión, que se impone por el estado de agitación del enfermo, ó cuando tratan de buscar paliativos con la esperanza de que se disipen bruscamente los accidentes merced á alguna de esas emociones que se tienen por providenciales, idea tan en boga en los melodramas y en los prejuicios populares, al médico incumbe decir claramente la verdad, señalando los peligros á que expone á veces la expectación y la duda. En efecto, nunca se insistirá demasiado acerca la importancia que, desde el punto de vista de las probabilidades de curación, tiene el decidirse prontamente, el recluir á los enfermos desde los comienzos de la enfermedad; cuanto más pronto se recluye al enfermo tanto más aumentan las probabilidades de curación, al paso que disminuyen los peligros de que se entregue á algún acto escandaloso y público que comprometa su situación, su fortuna y su existencia.

Sólo, pues, los establecimientos especiales, privados ó públicos, reúnen las condiciones necesarias para impedir que el enfermo se perjudique á sí mismo ó perjudique á las personas que le rodean, aun dejándole la

mayor libertad de acción y de movimientos necesaria para la normal evolución de la enfermedad (1).

Colocado ya el maníaco en el nuevo medio, comienza también para él una vida nueva: se sorprende é impresiona, y estas emociones producen ya una distracción saludable, en términos que inmediatamente se opera en la trama de todas sus ideas delirantes una verdadera discontinuidad.

Pasados los primeros días, el enfermo siente vivamente el atractivo de la vida común. Los desvaríos de su voluntad quedan anulados por los reglamentos; cesan de imperar sus caprichos y se encuentra de este modo sometido á un régimen ordenado y verdaderamente higiénico. Concluyen también aquellas luchas de la familia que, faltos de experiencia, tratan equivocadamente de contradecir sus concepciones.

Dentro del asilo no encuentran ninguna resistencia: las fuerzas de su actividad morbosa se desarrollan en libertad y el enfermo puede á su gusto repetir ó machacar las mismas cosas sin que nadie se le oponga.

B.—TRATAMIENTO HIDROTERÁPICO

Así como el aislamiento constituye uno de los medios terapéuticos más eficaces en el tratamiento de la manía, las prácticas hidroterápicas, el tratamiento farmacológico y el tratamiento higiénico son también poderosos y buenos coadyuvantes.

(1) Los requisitos indispensables que ha de llenar la familia para hacer ingresar un enfermo en las casas de salud y asilos, son los siguientes:

1.º Un certificado del médico que acredite el estado mental del individuo y la necesidad de que sea trasladado á un establecimiento ó asilo de alienados.

La firma del médico debe ser legalizada por el comisario de policía ó por el alcalde.

2.º Una solicitud de admisión hecha por uno de la familia y en caso de necesidad por un amigo; en la solicitud habrán de constar los nombres y apellidos, así de la persona que extiende la demanda como de aquel por quien se expide, debiendo también legalizarse por el alcalde ó por el comisario de policía.

3.º Otro documento por el que se identifique al enfermo.

El alojamiento efectuado en esas condiciones constituye lo que se denomina *alojamiento voluntario*. Es la forma más común en las casas de salud privadas ó particulares y en los pensionados de los asilos. El enfermo sólo puede ser admitido en alojamiento voluntario en un asilo público cuando tiene su domicilio en el mismo departamento.

Cuando el alojamiento del enfermo se verifica administrativamente ó con intervención de la policía, entonces se llama *alojamiento de oficio*. Es separado el enfermo de su familia en esta forma cuando, aun queriendo ésta, no le es posible y el médico manifiesta que no se halla verdaderamente en condiciones de verificarlo, y esto lo mismo rige para los asilos privados que para los públicos (*).

(*) Los requisitos que en España se exigen para la admisión y reclusión de un individuo en un asilo de alienados se hallan expuestos en los artículos del real decreto de 19 de Mayo de 1885 y real orden aclaratoria de 20 de Junio del mismo año, consignados en la nota de las págs. 710 á 713.—(N. del T.).

1.º *Duchas*. En otros tiempos se abusaba verdaderamente de las duchas frías en el tratamiento de la manía. La ducha en forma de lluvia vertical, así como la ducha en columna de Leuret, eran de uso cotidiano; pero estos procedimientos, lo mismo por el choque local que por la reacción circulatoria secundaria que producían en el encéfalo, provocaban á menudo accidentes en los individuos con tendencias congestivas.

Las duchas en forma de chorro horizontal sobre la columna vertebral y los miembros inferiores apenas son empleadas, solamente en los estados maniacos crónicos y en la convalecencia de la manía, determinando entonces una bienhechora influencia sobre la nutrición general.

2.º *Baños prolongados*.—Así como en ciertos estados maniacos crónicos producen á veces buenos resultados las duchas administradas con prudencia, el medio más racional é inofensivo para moderar la agitación en los maniacos agudos consiste en el baño tibio prolongado, á la temperatura de unos 30°, de suerte que produzca al mismo tiempo un efecto tónico y calmante, sin que debilite el organismo como podría hacerlo un baño caliente.

La duración del baño deberá ser de una, dos, cuatro, seis y hasta ocho horas, según el grado de excitación, y durante el mismo se harán constantemente aplicaciones frías sobre la cabeza, en forma de lociones con la esponja ó de compresas empapadas en agua fría.

Para tratar la manía aguda, algunos médicos han aconsejado los baños muy prolongados, de doce á diez y seis horas, y no se ha temido tampoco hacerlos durar hasta cuarenta y ocho y sesenta y dos horas. Brière de Boismont dejaba á sus enfermos en el baño por espacio de diez y doce horas, haciendo caer al mismo tiempo sobre su cabeza un chorro de agua fría sin presión. Con este procedimiento pretendía curar todas las formas agudas de la locura en diez ó quince días. Hoy, sin embargo, está completamente abandonado este método como susceptible de determinar una violenta postración por parte del sistema nervioso y accidentes á veces mortales. Los baños prolongados convienen sobre todo á los maniacos jóvenes y fuertes, en los casos de manía reciente y francamente aguda; entonces podrán repetirse todos los días.

Después de permanecer una ó dos horas dentro del agua, y á veces algo más tarde, los enfermos comienzan á sentir los efectos sedantes del baño, á calmarse y cesan de gritar. Conviene tener presente que es necesario alimentar al enfermo durante el baño como si se hallara fuera del mismo.

Si se tratara de maniacos ya de alguna edad y debilitados, convendrá restringir la duración así como el número de las inmersiones.

Las bañaderas que sirven para dar los baños á enfermos agitados van cubiertas de una especie de tablero de cuero fijado á los bordes de la bañera por un armazón especial y con un agujero guarnecido de lana ó acolchado por donde pasa el cuello del enfermo; de esta manera puede sujetarse fácilmente y sin violencia al maniaco, y puede también en su bañadera moverse á su gusto sin hacer saltar el agua de la misma.

Pero este sistema, por lo demás indispensable, no deja de tener serios inconvenientes debidos á la dificultad que existe, cuando la bañadera está cubierta, para asegurarse de la temperatura del agua, y como precisamente en un baño prolongado es necesario renovar con frecuencia el agua caliente, basta un simple error del enfermero ó la mera distracción y negligencia, para dejar abierta la espita del agua caliente y quemar al enfermo.

Aun cuando en realidad sean poco frecuentes estos accidentes, no por esto dejan de ser todavía demasiado numerosos; el único medio de evitarlos consiste en poner sólo á la disposición del enfermero agua de igual temperatura ó muy poco superior á la que debe tener el baño.

Para esto, dos son los procedimientos que pueden seguirse: 1.º calentar el agua á la temperatura estrictamente necesaria, lo que se consigue por medio de ciertos calienta-baños de gas, que pueden prestar grandes servicios en una instalación particular; 2.º tomar el agua caliente tal como se encuentra en los depósitos, es decir, á una temperatura que varía de 50 á 100°, mezclarla con una cantidad de agua fría suficiente para que la temperatura resultante sea algo superior á la del baño y pueda compensar de esta suerte el enfriamiento que experimenta al pasar por las cañerías, y hacer pasar sólo esta agua mitigada por la cañería que alimenta ó renueva el agua de la bañadera.

Con este objeto se han construído mezcladores de agua caliente y agua fría que van colocados dentro del depósito y reguladores de temperatura, dispuestos de manera que se opongan á la llegada del agua caliente si pasa de una temperatura determinada. Para mayor seguridad, pues todo aparato automático, aun el mejor construído, está sujeto á desarreglos, y para comprobar el funcionamiento del mezclador, se ha propuesto colocar sobre el mismo un termómetro de cuadrante con un timbre eléctrico. Así que la temperatura del agua alcanza el máximo ó mínimo del que no debiera pasar, el timbre eléctrico servirá de aviso para el enfermero.

Así como los baños tibios convienen principalmente en los casos de

(1) Comisión de vigilancia de los asilos del Sena, acta de la sesión del 7 de Junio de 1894.

excitación cerebral aguda, es decir, en los estados de congestión activa, algunos autores consideran que los baños fríos dan muy buenos resultados en las formas prolongadas, para obtener una reacción psíquica.

Los baños fríos tienen una temperatura de 20° ó 17° y hasta 15° y duran de ocho á diez minutos, aplicándose al mismo tiempo hielo sobre la cabeza. Durante el baño, y después del mismo, se dará un poco de vino al enfermo; al salir le convendrán fricciones y el reposo en la cama.

3.° *Envolturas húmedas.* — Por último, las envolturas húmedas pueden resultar beneficiosas en gran número de casos, siempre que falte una instalación ó establecimiento que permita administrar los baños prolongados.

La técnica de la envoltura húmeda es de las más sencillas: se ponen sobre un catre de tijera, guarnecido de un colchón, dos mantas de lana y encima se extiende un lienzo que acabe de ser empapado en agua de 8° á 12° y exprimido con fuerza. El enfermo es colocado desnudo sobre el lienzo después de haber aspergiado rápidamente algunas gotas de agua fría para que la impresión sea menos violenta, después se le envuelve procurando que un pliegue del lienzo quede entre las piernas y otros pliegues entre los brazos y el cuerpo dé manera que toda la superficie de la piel esté en contacto con el lienzo húmedo. Se cubre en seguida el enfermo con las mantas apretando con alguna fuerza para que el contacto sea inmediato.

Para obtener los efectos tonisédantes de la envoltura húmeda, hay que dejar al enfermo con el lienzo mojado de diez á veinte minutos; si se prolonga la aplicación de la envoltura más allá de este tiempo, poco á poco irán apareciendo los efectos sudoríficos, sobre todo si se ha tenido la precaución de hacer beber en abundancia al enfermo.

El lienzo húmedo puede también dejarse aplicado durante dos, tres y hasta más horas, tratándose de jóvenes adultos y fuertes, y entonces se producen efectos sedantes muy eficaces; en ciertos casos, convendrá cubrir los pies y la mitad de las piernas con algodón espolvoreado de harina de mostaza.

C.—TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La excitación física é intelectual y el insomnio pertinaz que caracterizan los estados maniáticos reclaman, en primer término, la intervención de los sedantes del sistema nervioso.

Sin embargo, para recurrir á esa intervención es necesario tomar ciertas precauciones.

En efecto, la manía aguda franca es una enfermedad de evolución regular, cuya marcha es inútil intentar atajarla, pues basta muchas veces que el enfermo salga de su medio habitual, que se someta á una higiene bien reglamentada, se alimente de un modo ordenado y tenga una vida tranquila, para que con esto sólo le veamos entrar en un período de relativa calma.

Será preferible, por tanto, atenerse á las inofensivas prácticas de la hidroterapia, que emplear medicamentos cuya acción enérgica puede constituir un peligro, y por otra parte, el enfermo los toma con dificultad.

En algunos casos, sin embargo, se impone la intervención terapéutica enérgica, ya porque la agitación se hace excesiva, ya porque la enfermedad parece detenerse en su marcha y querer pasar al estado crónico. No olvidaremos entonces que si bien los maníacos presentan en general una notable tolerancia para los medicamentos, conviene no tener una ciega confianza en la administración de los calmantes, pues las excepciones á esta regla son algún tanto frecuentes; así, pues, estará indicado el proceder por tanteo, comenzando por dosis moderadas.

1.º Sedantes

A. *Opiados*. — Entre los medicamentos sedantes, los opiados gozan todavía de bastante predicamento.

Una de las maneras cómodas de administrar el opio consiste en darlo en forma de láudano á dosis progresivas, comenzando por XV gotas y aumentando luego cada día una gota hasta llegar á prescribir 4, 5 y también 10 gramos al día.

El extracto de opio ha sido administrado á dosis progresivas llegando á la de 20 á 50 centigramos.

Las inyecciones de morfina no producen en la manía resultados satisfactorios. Además, en ciertos individuos, las propiedades excitantes de la morfina aumentan todavía cuando se emplean las dosis terapéuticas, de suerte que el medicamento en vez de calmar es causa más bien de agitación. Por último, este medicamento ofrece el peligro de determinar en los individuos hábitos ó aficiones morfinicas, de las que es muy difícil desprenderse.

La medicación opiada está contraindicada en los enfermos que tienen los vasos alterados, siempre que haya tendencia á la congestión

cerebral, como, por ejemplo, en los estados maniacos que dependen de la parálisis general, y también en ciertos maniacos de cara congesti-onada y vultuosa; en todos estos casos, el opio, favoreciendo la congestión de la cabeza, contribuiría más bien á aumentar la incoherencia de las ideas y la violencia de la agitación.

Según los preceptos formulados por Marcé, al declinar el estado maniaco es cuando el opio produce más satisfactorios resultados; administrado á dosis progresivamente crecientes, despierta otra vez el sueño y obra como un verdadero tónico del sistema nervioso regularizando todas sus funciones.

Los opiados parecen estar también especialmente indicados cuando en el fondo del estado maniaco se oculta un estado pasional.

B. *Cloral*. — El hidrato de cloral es un hipnótico que puede prestar grandes servicios, siendo también, salvo algunas contraindicaciones, el mejor quizá de los hipnóticos.

Su gusto desagradable puede modificarse incorporándolo al jarabe de menta ó de flores de naranjo; cabe, además, administrarlo por la vía rectal á la dosis de 2 á 3 gramos, cuando sea difícil hacerlo tomar por la boca á causa del delirio ó la agitación.

La acción nociva y perturbadora para el tubo digestivo de que se acusa al cloral, sólo se produce muy raras veces, cuando se administra tres ó cuatro horas después de la comida de la noche y si el régimen del enfermo es rico en nitrógeno; la diarrea, si es que aparece, cede rápidamente á los astringentes sin que haya necesidad de suspender el hipnótico. Pero, al lado de ventajas indiscutibles, ofrece también el cloral algunos inconvenientes: ante todo, el hábito se establece muy rápidamente, pero sobre todo por la acción depresiva que ejerce sobre el corazón, debe rechazarse su empleo en la adinamia cardíaca. Indudablemente por haberse quebrantado esa contraindicación han podido comprobarse algunos casos de muerte súbita de cardíacos después de haber usado el medicamento.

C. *Bromuro de potasio*. — Este medicamento, aunque infiel en algunas ocasiones, puede, sin embargo, ser utilizado con buenos resultados. El método excelente empleado por M. Magnan, consiste en asociar el cloral al bromuro en dos pociones distintas, el bromuro en la comida á la dosis de 3 á 5 gramos y el cloral al acostarse; con la asociación de esos dos medicamentos se obtienen resultados que no se consiguen administrándolos por separado; haciéndolo así, 2 gramos de cloral son suficientes para que pueda conciliarse el sueño durante la noche.

El bromuro de potasio puede estar especialmente indicado en ciertos

accesos maníacos en que se encuentra un elemento sexual, ya como idea delirante, ya como impulso á la masturbación.

El bromuro de potasio estará igualmente indicado en ciertos estados maníacos de naturaleza epiléptica, pareciendo también que produce buenos efectos en algunos casos de manía intermitente.

D. *Digital*.—La digital ha sido en otros tiempos preconizada como un verdadero específico contra la manía; pero hoy día, y con razón, apenas se emplea, pues es considerada como un medicamento infiel; cuando estaría más especialmente indicada sería en los casos de exceso de actividad circulatoria, así como de tumultuosos latidos del corazón.

E. *Ergotina*.—Se ha aconsejado este medicamento en los casos de manía grave con intensas congestiones.

Al lado de estos calmantes, conocidos desde mucho tiempo, se han colocado sus sucedáneos, cuyo número ha aumentado muy singularmente en estos últimos años.

F. *Hiosciamina*.—*Hioscina*.—La hiosciamina fué la primera que se empleó, pero luego se ha preferido la hioscina, alcaloide que Landenburg encontró en las aguas madres que sirven para la preparación de la hiosciamina. La hioscina, empleada generalmente en forma de clorhidrato, es un sedante muy eficaz y de gran valía cuando ha de tratarse á un maníaco lejos del asilo, estando perfectamente indicada en algunos casos de estados maníacos en que predominan las impulsiones motrices; en efecto, el clorhidrato de hioscina es, en cierto modo, el específico contra la agitación (Magnan), lográndose siempre con este medicamento calmar, por lo menos temporalmente, al maníaco, procurándole algunas horas de sueño. Magnan usa comúnmente la siguiente solución:

Clorhidrato de hioscina.	0. gr. 05
Agua destilada de laurel cerezo.	2 gramos
Agua destilada	23 —

M. s. a.

Media jeringuilla de Pravaz de esta solución contiene 1 miligramo de hioscina.

Cuando se inyecta 1 miligramo de clorhidrato de hioscina á un maníaco en plena agitación, se obtiene gradualmente cierta tranquilidad; el enfermo comienza por andar inseguro y vacilante, coordinando mal los movimientos; la locuacidad disminuye, y después la debilidad muscular y la incoordinación motriz le obligan á acostarse.

La voz va extinguiéndose poco á poco, y á los veinte ó veinticinco minutos entra en un sueño que le dura de cinco á diez horas. Al despertarse,

el enfermo continúa sosegado algunos instantes, pero extinguida ya la acción del medicamento, vuelven otra vez la agitación y la locuacidad á ser tan intensas como antes de dar la inyección.

Este medicamento, por consiguiente, si bien es activo y eficaz para calmar la agitación maniaca, no parece que ejerza sobre ella una manifiesta acción curativa; está, pues, llamado principalmente á facilitar el transporte de los locos furiosos.

Con respecto á la acción inmediata de la hioscina, parece que existen diferencias individuales muy notables, que reclaman la mayor prudencia en el empleo terapéutico de este peligroso medicamento; así, pues, convendrá probar la susceptibilidad de los enfermos comenzando por inyecciones de medio miligramo y también de un cuarto de miligramo. Por último, como sucede con la mayoría de los hipnóticos, la tolerancia y el hábito se establecen al cabo de poco tiempo.

G. *Paraldehido*.—El paraldehido produce un sueño parecido al natural; es absorbido muy rápidamente por la vía bucal y el sueño sobreviene algunas veces al cabo de cinco minutos.

Este hipnótico ha dado buenos resultados en los casos en que el cloral había fracasado, y como que se ha podido administrar sin inconveniente á los cardíacos y enfermos debilitados, resulta que puede muy bien prescribirse siempre que el cloral esté contraindicado. Se administra á la dosis de 2, 6 y hasta 10 gramos, comenzando por las dosis débiles, para que se establezca pronto la tolerancia. Desgraciadamente su olor es tan desagradable que los enfermos lo rechazan, siendo muchas veces necesario prescribirlo en enema.

Por otra parte, el medicamento se elimina por la orina y por el aparato respiratorio, medio este último de eliminación que constituye otro inconveniente para el uso de dicha substancia, pues los enfermos despiden un olor desagradable, que molesta á los individuos que le rodean, y que persiste á veces durante veinticuatro horas.

Para modificar un poco el gusto, puede darse el paraldehido en poción, eligiendo, por ejemplo, la fórmula de Audhoui:

Paraldehido.	2 ó 4 gramos
Agua de flores de naranjo.	} aa. 30 —
Hidrolado de menta.	
Jarabe de goma.	
	25 —

H. s. a. Poción.

Canclon y Maurange prescriben la siguiente fórmula para inyecciones hipodérmicas:

Paraldehido.	50 gramos
Esencia de menta.	X gotas
Aceite de oliva.	c. s. para 100 cent. cúbs.

M. s. a.

De 1 á 5 centímetros cúbicos como hipnótico. (LANGRENTIER y STRUBICH).

H. *Sulfonal*. — Recomendado eficazmente por algunos autores y muy discutido por otros, el sulfonal, sin embargo, merece citarse entre los medicamentos hipnóticos. Sin gusto ni olor, á la dosis de 1 á 3 gramos calma al enfermo, cuyo sueño determina al cabo de una hora y media á cuatro horas. La insolubilidad de este medicamento hace lenta su absorción, de modo que con bastante frecuencia el efecto hipnótico que se produce persiste mucho más tiempo que con los demás hipnóticos.

El sueño que determina es sosegado, durando aproximadamente una hora.

Kast aconseja que se tome este medicamento muy finamente pulverizado en 200 centímetros cúbicos de un líquido caliente, preferentemente la leche ó el caldo durante la cena, pues de este modo el ácido clorhídrico, las peptonas y las sales del estómago facilitan su disolución.

El sulfonal, administrado de este modo, sólo en muy raros casos provocaría trastornos en las vías digestivas, y hasta en los mismos enfermos cardíacos su uso continuado no tendría ningún inconveniente.

Sin embargo, el sulfonal, como todo medicamento activo, puede tener sus inconvenientes, así como también sus peligros: trastornos gástricos, cefalalgia, semicoma, trastornos motores. Hasta se han llegado á citar cinco casos de muerte.

Si bien á algunos autores como Julia y Ruschervegh el empleo del sulfonal en el tratamiento de los estados maníacos les ha dado buenos resultados, no ha ocurrido siempre lo mismo, y así Marandon de Montyel refiere varios casos en que sus efectos distan mucho de reunir las ventajas que se atribuyen al medicamento. Estas diferencias en los resultados son debidas, según Julia, á la inferioridad del sulfonal francés con respecto al sulfonal alemán, que es mucho más puro.

En definitiva, pues, mientras las estadísticas no sean más convincentes y demostrativas, no hay motivo, al parecer, para que pueda reemplazar ventajosamente al cloral como agente sedante.

I. *Metilal*. — Mucho se ha discutido también acerca las propiedades hipnóticas de este medicamento; y en opinión de Marandon de Montyel no es más que un hipnótico débil, cuyos efectos serían más bien ayudar

ó coadyuvar al reposo que no proporcionarlo en realidad al organismo rebelde.

La dosis activa es de 1 á 4 gramos. Inferior al cloral, puede estar indicado para los enfermos que padezcan de una afección cardíaca.

Dujardin-Beaumetz recomienda la siguiente fórmula contra el delirio agudo:

Metilal.	1 gramo
Jarabe de grosellas.. . . .	40 —
Agua destilada.	10 —

M. s. a.

J. *Duboisina*. — La duboisina, administrada por la vía hipodérmica en forma de sulfato, puede considerarse como un excelente sedante, capaz de calmar en todos los casos la agitación maniaca, y muy frecuentemente de cambiar en tranquilidad absoluta la sobreexcitación más violenta.

Para evitar que el enfermo se habitúe rápidamente al medicamento, Marandon de Montyel recomienda que se emplee en la manía aguda á dosis interrumpidas; convendría comenzar por dosis diarias bastante fuertes, 2 miligramos como minimum y 3 como maximum.

En la manía aguda, la duboisina parece ser menos activa que en la manía crónica, pudiendo prescribirse en esta última afección á dosis continuadas.

Desgraciadamente, en casi todos los individuos, y de un modo especial en los estados maniacos que se presentan en el decurso de la parálisis general, la duboisina, á pesar de un régimen especial bien confortante, determina una grave alteración en los cambios nutritivos, lo que en realidad constituye una seria contraindicación para su empleo continuado.

K. *Hipnal*. — El hipnal, combinación del cloral y de la antipirina, parece reunir las propiedades terapéuticas de esos dos importantes medicamentos. El hipnal se administra á la dosis de 1 á 2 gramos, y aun cuando los efectos observados recuerdan mucho los que produce el cloral, el hipnal tiene sobre éste la ventaja de no ser de gusto desagradable y poder administrarse durante mucho tiempo sin provocar la intolerancia gástrica.

L. — Otros medicamentos se han indicado también como susceptibles de dar buenos resultados en el tratamiento farmacológico de los estados maniacos, como el uretano, el hidrato de amileno y la cloralosa; pero sus efectos no justifican por ahora su empleo.

En resumen, los nuevos medicamentos que acabamos de examinar ¿reunen todas propiedades terapéuticas innegables? ¿han sido aceptados definitivamente en terapéutica? La afirmación sería verdaderamente prematura.

Cierto que su número podría ser menor, pero es indudable también que existe cierto interés en no quedar desarmado en el caso de fracasar algún medicamento, y en determinadas circunstancias podrá apreciarse la ventaja de conocer agentes terapéuticos que, casi todos ellos sinérgicos, pueden sustituirse y también ayudarse mutuamente.

2.º Medicación tónica

La sobreexcitación de la actividad psicofísica determina rápidamente el desgaste de los elementos nerviosos, y las pérdidas de fosfatos son abundantes cuando la vida nerviosa se desarrolla con exceso. Conviene, por consiguiente, compensar el agotamiento de las fuerzas orgánicas y procurar la renovación integral de los tejidos por medio de una medicación tónica apropiada.

Esto quiere significar que es preciso mostrarse muy reservado en el empleo de los medicamentos expoliantes, y además que la *sangría*, á que se aficionaron tanto los antiguos, están contraindicadas en los estados maníacos. A duras penas podrá recurrirse, tratándose de ciertos individuos congestionados, á algunas aplicaciones de *sanguijuelas* y *ven-tosas*.

Los *revulsivos* han perdido asimismo la importancia que antes se les concedía; esto no obstante, en ciertos casos de manía crónica próxima á la demencia, y en individuos fuertes y vigorosos, podrá aplicarse un vejigatorio ó un sedal.

3.º Purgantes

En los comienzos de la manía, se observa á veces un estado saburral de las vías digestivas que reclama el empleo de los purgantes. También podrá estar indicada una derivación en el tubo digestivo, siempre que haya tendencias á congestionarse el cerebro.

D.—TRATAMIENTO HIGIÉNICO

El régimen y la higiene desempeñan un papel importante en el tratamiento de la manía.

1.º Alimentación

Ante todo debe darse á los enfermos una *alimentación* abundante, de fácil digestión, rica en albúmina y en hidrocarburos, para satisfacer su apetito, que en general está muy desarrollado. En caso de complicación febril, dará buenos resultados la dieta láctea.

Algunas veces se observan maníacos que en el curso de su delirio rehusan toda clase de alimento, influídos por una idea delirante, temor de envenenamiento, ilusiones, alucinación sensorial, etc. Aunque no es muy frecuente que su obstinación sea duradera, puede ser necesario recurrir por un tiempo más ó menos largo á la alimentación con la sonda, so pena de ver debilitarse rápidamente el enfermo. Por el contrario, ha de vigilarse asimismo la habitual bulimia de los maníacos: vale más darles comidas frecuentes y á la vez poco abundantes.

Es necesario proscribir todas las bebidas excitantes, lo mismo las bebidas fermentadas que las destiladas: la leche, el agua, las limonadas y las infusiones son las bebidas más convenientes.

2.º Vestidos

Se procurará á los maníacos los vestidos convenientes según la estación: en efecto, por poco sensibles que sean estos enfermos á los cambios de temperatura, no dejan por ello de estar expuestos á los efectos que dichos cambios pueden determinar en el cuerpo humano.

Un punto capital y de importancia es que los vestidos del maníaco permitan con toda facilidad dar libre curso á su necesidad irresistible de movimiento; por tanto, todos los medios de contención, trabas en los pies y en las manos, camisola de fuerza, silla de fuerza, etc., deben suprimirse en absoluto: esta es la verdadera profilaxia que ha de oponerse á las complicaciones de la manía, entre otras el furor maníaco.

La camisola de fuerza es aún más perjudicial cuando, en el curso de la enfermedad, aparece la fiebre, signo precursor de un delirio agudo ó

síndrome de una complicación orgánica. En estos casos, casi puede decirse que todo maníaco febricitante que se le aplique la camisola de fuerza es hombre muerto (Magnan).

En algunos casos, los maníacos desgarran ó destrazan sin consideración todas sus ropas, se arañan ó lastiman sin cesar ó se entregan á la masturbación de un modo continuo; á veces también, víctimas de una excitación de las más violentas, no tienen ya conciencia de sus sensaciones internas y se ensucian y hasta encuentran una inexplicable satisfacción en embadurnarse con sus excrementos y en vivir en estado de la más aflictiva degradación. Estas complicaciones de la excitación maníaca exigen modificaciones especiales en el vestido. En tales condiciones, si no se cuenta con suficiente número de individuos para sujetar á cada momento al enfermo, se puede recurrir con ventaja al empleo de envolturas de fuerza. Este último medio, que no debe ser confundido, á pesar de la analogía del nombre con la camisola de fuerza, es un vestido completo, para la parte superior del tronco y las piernas, fabricado todo de una pieza con tela fuerte y abrochado en el dorso.

Las mangas de este vestido ó traje de fuerza, que son muy largas, pueden ser cerradas conteniendo la mano y, si es necesario, pueden sujetarse á dicho vestido en la parte correspondiente á la región externa del muslo: de este modo los brazos quedan paralelos al eje del cuerpo, el tórax conserva su libertad en la mecánica respiratoria, y el enfermo, libre de ir y volver, puede aún verificar algunos movimientos de las manos y de los brazos, puesto que las mangas son suficientemente anchas; pero en cambio está imposibilitado para masturbarse, como también para destrozarse la ropa. Por inofensivo que sea este traje de fuerza, sólo debe emplearse por orden del médico.

A los enfermos que incesantemente se descalzan y destrazan sus zapatos, se les colocarán unas medias-botinas que pasen de los maléolos y vayan sujetas á la pierna por una tirilla de cuero cerrada con un perno.

3.º Habitación

Los maníacos dormirán en habitaciones suficientemente amplias y aireadas, en las que habrá un individuo vigilando constantemente. Permanecerán la mayor parte del día al aire libre en anchos patios donde puedan andar, gesticular y declamar con completa libertad.

El aislamiento celular llega á ser, en ciertas circunstancias, de necesidad absoluta, especialmente para algunos maníacos epilépticos que en sus

accesos de furor se hacen extremadamente temibles: la celda estará en comunicación directa con un patio especial para el enfermo aislado, y éste permanecerá durante el día al aire libre todo el tiempo que lo permita el estado de la atmósfera. La secuestación celular debe ser vigilada atentamente, debiendo durar lo menos posible y ser empleada junto con otros medios adecuados para abreviar el período de agitación y la duración de la reclusión.

El aislamiento celular deberá, según parece, ser en breve sustituido por el régimen de la «permanencia en cama».

En efecto, desde hace algunos años se ha tratado mucho en Alemania, en Rusia, en Suiza y en Holanda, y muy recientemente en Francia, del régimen hospitalario, de la permanencia en cama para las formas agudas de la locura y de un modo especial para la manía.

El maniaco colocado en la cama continúa naturalmente agitándose; tira sus almohadas y su travesero, rechaza las mantas y las sábanas, levantándose con frecuencia. Pero al cabo de dos ó tres días, con todo y seguir agitado, acaba por no dejar ya la cama, y una simple orden ó advertencia basta para que si intenta levantarse de nuevo se acueste prontamente.

Los enfermos conservan, merced á la influencia de la imitación, al aspecto del hospital, sus cualidades humanas, que bien pronto degeneran cuando se emplea la secuestación solitaria en las celdas; el *gatismo* por el suelo, cosa obligada de la permanencia en las celdas, llega á desaparecer por completo, lo propio que el embadurnamiento con los excrementos y la orina; el *gatismo* en la cama queda reducido al minimum, y desaparece si se tiene cuidado de conducir á tiempo los enfermos al retrete.

Acostado el maniaco, y una vez dormido, experimenta un verdadero reposo, y estos momentos de sueño son en extremo reparadores. Al despertarse, comienza á hablar, á gesticular, y casi siempre se sienta en la cama y, sin bajar, logra con los movimientos de sus brazos, de su cabeza y de su cuerpo, satisfacer la necesidad de movimiento que le domina.

En los casos de agitación considerable y ruidosa, se hace acostar al enfermo, sólo durante la noche, en una habitación aislada contigua al dormitorio general.

El sistema de tener en cama á los alienados en los actuales momentos tan sólo se vislumbra en el horizonte de la terapéutica mental. Cualquiera que sea la influencia de la «permanencia en cama» sobre la duración de las psicosis agudas, y por ahora esta duración no parece disminuir, este sistema tendría el mérito indiscutible de procurar la posibilidad de renunciar al aislamiento celular de los alienados.

En efecto, en todas las clínicas en que la «permanencia en cama» se ha puesto en práctica, las celdas han resultado por completo inútiles, absolutamente desocupadas.

Este hecho de la supresión de la celda entraña una cuestión aún no resuelta de un modo absoluto, pero del mayor interés, tanto desde el punto de vista del tratamiento humanitario del alienado como en lo referente á la organización de los asilos.

4. Ejercicio

Tan pronto como disminuye la excitación y comienza el maníaco á presentar algunos momentos de relativa calma, se podrá encauzar su necesidad exagerada de movimiento y utilizarla para las faenas domésticas, sobre todo para los trabajos al aire libre.

Nunca se habrán recomendado lo suficiente las ventajas de la vida al aire libre en el tratamiento de la excitación maníaca: sorprende ver con qué rapidez el ejercicio muscular prolongado al aire libre hace desaparecer las tendencias más desagradables de la excitación maníaca, y de un modo especial la necesidad de meter ruido, que es una causa de trastorno para todos los que habitan en el asilo.

Algunas horas de trabajo manual al aire libre sustituirán con ventaja todos los medicamentos destinados á procurar el sueño y á estimular el apetito.

5. Higiene intelectual y moral

Las relaciones con el enfermo han de ser benévolas, pero firmes. El médico ha de evitar toda clase de oposición, conservar siempre una paciencia tranquila, ser claro y preciso en sus prescripciones y decir siempre la verdad, á fin de no tener que contradecirse. Si las razones no ejercen influencia alguna en el ánimo del alienado durante el período estacionario de la afección, en el período de descenso, al contrario, sanos consejos, observaciones justas y fundamentadas, pueden impresionar favorablemente al enfermo, merecer su confianza y conseguir la desaparición de todo el conjunto de ideas delirantes. Siempre que fuere posible, convendrá despertar en el enfermo el sentimiento de las conveniencias, y si la conciencia adquiere más lucidez, se puede á veces actuar sobre ella con advertencias ó exhortaciones.

El tratamiento moral debe aplicarse especialmente como disciplina y pedagogía médica en las manías crónicas y en las manías con debilitación intelectual, en las que este tratamiento es el principal medio terapéutico.

Cuando el estado maniaco va ya decreciendo, nada producirá mejor resultado, para determinar una derivación en las facultades y sentimientos del alienado, que el estudio moderado, las ocupaciones y distracciones científicas y la música vocal é instrumental. Por último, cuando el enfermo se halle en plena convalecencia, los paseos, los viajes pueden ser considerados como útiles complementos del tratamiento.

CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO DE LOS DELIRIOS DE PERSECUCIÓN

(DELIRIO CRÓNICO Y DELIRIOS DE LOS DEGENERADOS)

POR

V. MAGNAN

Y

A. PÉCHARMAN

De la Academia de Medicina

Médico de los asilos de alienados
de la circunscripción de París

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones clínicas

Si se tiene en cuenta la suma de dolores morales que cada día originan los contratiempos de la vida, se comprende cuán frecuentes han de ser las ideas de persecución. Sin embargo, pocos son los individuos que se entregan á las sugeriones morbosas de sus estados intelectuales ó afectivos. Es que el hecho de caer en locura supone algo más que la simple evocación de una idea falsa. Para que un individuo atribuya sin examen á palabras insignificantes, á gestos fortuitos, á la tos de un transeunte, á un artículo de periódico, á los términos de un anuncio, una significación malévola, para que atribuya muy naturalmente vagas sensaciones neurálgicas á un envenenamiento, á un maleficio, es de todo punto necesario que todo su sistema cerebral esté á la vez hiperexcitado y lesionado.

Estas condiciones aparecen con bastante claridad en las intoxicaciones, en las demencias orgánicas y en los ictus neuróticos. Cuando las ideas de persecución se observan en un alcohólico, un paralítico general, un epiléptico en estado de mal, se hacen depender directamente del estado

morboso inmediato y tangible; en muchos casos, no obstante, son sólo resultado de aptitudes vesánicas anteriores reveladas por el alcohol, la lesión ó el ictus. Pero el estado provocador domina generalmente la escena, y las ideas de persecución que toman sus caracteres pasan á ser secundarias.

Pues bien, hay casos en que estas concepciones delirantes parecen constituir por sí solas toda la enfermedad; tanto que, si sólo se las considera exteriormente, parecen constituir una entidad morbosa bien definida, una monomanía, como se decía antes, el *delirio de persecución*.

Pero con un examen más detenido, se observa que, en un primer grupo de casos, este delirio primario y parcial depende bien claramente de una base morbosa anterior y generalizada, de la *degeneración mental*.

A.—DELIRIOS DE PERSECUCIÓN DE LOS DEGENERADOS

No debemos tratar aquí de las determinantes etiológicas de la degeneración, ni del estado mental que la caracteriza esencialmente. Recordaremos tan sólo que este estado mental se resume en una palabra: el *desequilibrio* de espíritu, y reconoce por causas la suspensión de desarrollo de algunos centros y á veces la hipertrofia de otros. El funcionalismo normal es sustituido por anomalías del mismo, cuyos aspectos clínicos varían al infinito, según la localización y la intensidad de los trastornos del desarrollo cerebral.

Sobre este estado primitivo pueden, en efecto, establecerse situaciones contingentes episódicas, fijas, reductibles á la obsesión, á la impulsión, á la inhibición conscientes y dolorosamente angustiosas (*estigmas psíquicos*).

De la misma base morbosa pueden originarse también *alucinaciones* y *conceptos delirantes*.

La observación clínica nos enseña que muchos de estos delirios tienen por principal carácter el de aparecer bruscamente, sin preparación alguna, y desaparecer del mismo modo. El delirio puede estar constituido por un solo orden de conceptos (de persecución ó de grandeza, ó místico, etc.), ó al contrario, presentarse *polimorfo* ó *proteiforme*. Puede permanecer puramente intelectual, ser producto de ideas fijas, ó movibles, ó al contrario, depender de alucinaciones múltiples que

origina á veces una gran confusión mental, ocultando toda sistematización.

Además de estas formas agudas, efímeras, la clínica nos presenta otras formas dependientes también de un fondo degenerativo, pero más coherentes, más limitadas y que se prolongan á veces indefinidamente.

Tales son los caracteres de estos tipos morbosos que vamos á esbozar rápidamente. Empero los degenerados en los cuales se observan ideas de persecución sistemática son tan numerosos y tan variables, que es casi imposible una clasificación de estos enfermos en especies bien delimitadas. Indudablemente, como tendremos ocasión de ver, el desequilibrio fundamental imprime á los delirios que sobre él se desarrollan caracteres comunes de génesis y de evolución, pero los elementos puestos en juego (conceptos delirantes, alucinaciones) en esta génesis y en esta evolución, difieren en cada degenerado delirante, é indudablemente también, en cada grado y en cada forma del desequilibrio. Se pueden no obstante establecer dos grandes divisiones, según que las alucinaciones no desempeñen ningún papel ó sea éste episódico y secundario en la génesis y sistematización del delirio, ó que, por el contrario, los trastornos sensoriales dominen la escena y presidan el delirio. Si añadimos ahora que estas dos clases se entremezclan frecuentemente; que en cada una de ellas las ideas de grandeza, hipocondríacas, religiosas, etc., se combinan á menudo con las ideas de persecución, y que en cada una los fenómenos morbosos se desarrollan con notable rapidez, tendremos un conjunto de caracteres que aproximan singularmente estas formas prolongadas y sistematizadas á las formas agudas no sistemáticas.

1.º *Formas principalmente intelectuales, ideativas.*—Del cuadro de estas formas eliminaremos en primer término los *perseguidos-perseguidores*, cuyo delirio es sobre todo un delirio de *reacción*, un delirio de actos, á consecuencia de una exageración paroxística de tendencias intelectuales y morales defectuosas (*mania razonadora y locura moral*). El punto de partida de las reclamaciones de estos individuos es á menudo un hecho exacto; pero existe completa desproporción entre la escasa importancia del motivo invocado y la brusca intensidad de la reacción. En esta sed de venganza por la cual todo lo sacrifican, reside el estigma patológico de tales individuos. Son, pues, desde el primer momento y ante todo perseguidores; sólo parecen obedecer á la idea de hacerse justicia; no tienen alucinaciones, no evolucionan.

Por estos rasgos clínicos se parecen á verdaderos delirantes sistemáticos, que sin duda pasan á menudo á la reacción agresiva, pero son

en el primer momento y ante todo perseguidos. A estos tipos nos referimos en este párrafo.

En estos enfermos, una palabra, una frase común, indiferente, un incidente fortuito sirven de punto de partida al delirio. Una lógica absurda origina prontamente una novela de persecución; los pequeños incidentes de la vida cotidiana son interpretados entonces con arreglo á la idea morbosa; los recuerdos parecen confirmarla. Desde su origen, en efecto, esta idea se apodera tan completamente de la conciencia del sujeto que pronto no deja á las asociaciones de las imágenes y de las ideas más que una vía libre, aquella por la cual le place encaminarlas. Esta idea puede presentarse desde la infancia, á los cinco, ocho, diez años, y á medida que cotidianas ilusiones parecen demostrar su realidad, va imponiéndose con todo el vigor de las adquisiciones hechas en aquella edad, tanto que con frecuencia queda fijada para siempre. Acontece, no obstante, á veces que esta idea abandona por completo al individuo, ó parece dormitar hasta el día en que nuevos incidentes la despiertan. En la vida tropezamos á cada paso con sujetos que, por influencia de una conmoción física ó moral, ó también sin causa aparente, aparte de todo trastorno sensorial, se consideran bruscamente objeto de una persecución que especifican, que la demuestran (falsas interpretaciones), de la que designan el autor y su objeto. Luego, por una higiene severa, ó aun espontáneamente, esta idea desaparece de un modo brusco, cual ha venido. Esta racha delirante sistematizada permite comprender el lazo que une todas las manifestaciones de la degeneración, así las más movibles como las más tenaces, tanto más cuanto este mismo individuo podrá más tarde, si la idea obsesionante reaparece, conservarla definitivamente.

En las formas que acabamos de describir, el delirio sólo se alimenta de ilusiones y de interpretaciones delirantes; á veces, no obstante, sobre todo á consecuencia de fatigas, de transgresiones del régimen, etc., aparecen alucinaciones; pero tales alucinaciones no son en modo alguno suficientes para fijar un sistema definido desde sus comienzos; son ordinariamente pasajeras, y no desempeñan en su evolución más que un papel secundario y borroso; la idea fija y las interpretaciones delirantes constituyen la única base.

2.º *Formas principalmente alucinatorias.* — La fecundidad delirante, el individualismo vesánico del degenerado aparecen aquí con todo su esplendor. Véase si no el comienzo de estas formas.

Después de un breve período de vago malestar, físico y moral, á veces después de preocupaciones que contienen ya en germen el delirio, las alucinaciones surgen y se desarrollan rápidamente.

Unas veces afectan todos los sentidos. Voces que insultan, amenazan, cuentan historias extrañas de las que el enfermo no entiende una palabra. Alucinaciones de la vista, trastornos de la sensibilidad general, alucinaciones psicomotoras se agregan á las alucinaciones auditivas. Al principio confuso, desorientado, el enfermo es incapaz de coordinar sus ideas; mas luego las voces mismas se encargan de dictarle el delirio, ó bien recobra su conciencia y deduce los conceptos delirantes del conjunto de imágenes que se le presentan. Otras veces los fenómenos alucinatorios son más limitados, consistiendo solamente en alucinaciones del oído ó alucinaciones psicomotoras. Por último, á veces no llega hasta las alucinaciones de la vista y á los trastornos de la sensibilidad general que no pueden aparecer los primeros, ni existir aislados, y servir de fenómenos introductores al delirio.

El rápido desarrollo de todos estos fenómenos morbosos, la complejidad que alcanzan en un lapso de tiempo relativamente corto (algunas semanas, algunos meses cuando más), la falta de regla y de gradación en la forma de su aparición, la desordenada producción de todas las imágenes, según el grado de eretismo de sus centros respectivos, y además la evocación del pasado del enfermo, la aparición de su desequilibrio, el conocimiento de sus antecedentes personales y hereditarios, tales son los elementos que permiten establecer claramente la observación clínica y referir, desde los comienzos, estos hechos á su base originaria. El estudio de la evolución del delirio completa este conjunto característico.

En cierto número de casos, en efecto, el delirio, con todo y prolongarse, aun durante años, conserva siempre algo de la confusión del comienzo. El número y la diversidad de las alucinaciones favorecen el desorden de las ideas. Estas pueden aún, es cierto, constituir un sistema; pero la textura embrollada y densa de los elementos que la integran hace en extremo difícil el análisis.

Otras veces, por el contrario, la sistematización es clara y precisa. Del conjunto de alucinaciones, de las asociaciones de ideas y de imágenes, se desprende rápidamente un *complexus* sistemático de conceptos delirantes, que tienden tanto más á fijarse cuanto que encuentran en los trastornos sensoriales pruebas irrefutables y sin cesar renovadas. Y si, partiendo de este comienzo rápido, se estudian las manifestaciones delirantes á través de los años, se observa á menudo que nada viene á añadirse: este sistema es hoy el que era ayer, el que ha sido desde su origen.

Entre estos dos tipos extremos (delirio prolongado *d'emblée* sin sistematización ó sistematización incompleta,—delirio sistemático *d'emblée*), se presentan en la clínica un sin fin de casos intermedios, que pueden

modificar continuamente el número, la variedad, la naturaleza de las alucinaciones y de los conceptos delirantes.

Es que un degenerado permanece sumiso, aun en medio de su delirio, á las sugerencias que le llegan de todas partes, tanto del medio exterior como de su propio organismo (trastornos de nutrición, de circulación, etc.). Y en el curso de un delirio de persecución, cualquiera que sea por otra parte la forma, alucinatoria, intelectual, nuevos episodios del mismo ó diferente matiz (estados melancólicos, hipocondríacos, etc.) pueden bruscamente sumarse á los primeros, combinarse con los mismos ó sustituirlos. Si, por último, se tienen en cuenta los elementos que pueden proporcionar al delirio la educación, la cultura intelectual y moral, el medio en que vive el enfermo, si se consideran por otra parte las formas de reacción, variables en cada individuo, y que á veces modifican tan completamente el aspecto exterior del delirio, se comprende bien cuánta variedad de formas se ofrecen á la observación del clínico.

Este polimorfismo no es nunca tan manifiesto como en los casos en que las *ideas de grandeza* se añaden á las ideas de persecución. Digamos ante todo que estas ideas de grandeza pueden observarse también aisladas en la forma intelectual ó alucinatoria, constituyendo entonces un sistema coherente, pero muy rápidamente desarrollado y completamente constituido desde sus comienzos. Pues bien, en los casos en que estas ideas de grandeza se asocian á las ideas de persecución, la génesis de este nuevo delirio es siempre igualmente rápida. En los casos, por ejemplo, en que el delirio ambicioso parece suceder al delirio de persecución, no hay modificación lenta del fondo morbozo que sustituya poco á poco un delirio al otro, por una filiación deductiva de largo alcance: el delirio de grandezas nace de un modo brusco como apareció el delirio de persecuciones, ya de una idea, ya de una alucinación. Entonces á veces el delirio de persecuciones desaparece, dejando todo el espacio al delirio ambicioso; otras veces, al contrario, los dos órdenes de conceptos delirantes se entrelazan en un sistema mixto que resume su dualidad, y por último, en otros casos evolucionan á la par, aislados, independientes, autónomos, sin establecer nunca conexión. En otros casos, el delirio de grandezas es el más antiguo y le sucede el delirio de persecuciones, formando con él asociaciones parecidas, como ocurre también que los dos sistemas aparezcan y se desarrollen á la vez. Estas combinaciones son, por otra parte, muy numerosas, y podríamos fácilmente multiplicar los ejemplos de ello: nos bastará decir que siempre se observan estos dos grandes caracteres: espontaneidad en la aparición de las ideas delirantes y falta ó irregularidad de la evolución.

Todas las manifestaciones delirantes que acabamos de indicar ofrecen, pues, un conjunto de caracteres comunes, que nos permiten establecer la síntesis, esto es, referirlas á su verdadera base morbosa, á una degeneración mental bajo aspectos *múltiples*, pero análogos.

Si interrogamos, por otra parte, los datos que proporciona el análisis del estado mental degenerativo, hallaremos al punto la explicación de estos caracteres. Los centros corticales de los degenerados son, en efecto, eminentemente excitables, y sólo esperan la ocasión para exagerar las impresiones que reciben. Por otra parte, por razón de la desunión de los estados de conciencia, de la dificultad ó de la incoherencia, de las asociaciones psíquicas que caracterizan á estos desequilibrados, los reductores secundarios de las imágenes faltan ó son muy débiles. De suerte que las impresiones dependientes de la realidad exterior é interior (organismo) pueden ser bruscamente desligadas y deformadas; que las imágenes desarrolladas espontáneamente por una exageración del eretismo cerebral pueden originarse y crecer sin ser suspendidas ni reducidas; que así todas las sugestiones conscientes ó inconscientes de la vida intelectual y afectiva pueden llegar á ser causas de delirio y de delirio *d'emblée*.

Estas mismas disposiciones explican también el porvenir ulterior de estos delirios. Los conceptos delirantes de los degenerados pueden, en efecto, desaparecer como vinieron, á veces muy pronto. Se observan también enfermos que curan al cabo de tres, cuatro años y más. Pero esta curación es siempre relativa, puesto que el fondo de donde nació el delirio continúa existiendo y podría éste aparecer de nuevo, si vuelve á darse una ocasión favorable (épocas fisiológicas de la vida, menopausia, involución senil, afecciones orgánicas, excesos, disgustos, etc.). Por otra parte, la posibilidad de la curación está ella misma sometida á las modificaciones que sufre, por el choque vesánico, el mecanismo intelectual propiamente dicho. Cuando se acentúa la disociación de las ideas, se manifiesta la incoherencia, se debilita la memoria, desde que aparece cierto grado de demencia, se puede decir que este delirante camina á la incurabilidad. Transcurre una larga serie de años sin que se observe mejoría, siquiera pasajera, y se llega definitivamente á la desorganización ó ruina intelectual.

Tales son los primeros tipos de delirio sistemáticos de persecución que la psiquiatría ofrece á nuestro estudio. Y, como acaba de verse, estos delirios no son más que síntomas de una enfermedad cerebral más profunda.

Mas existe otro tipo de delirio de persecución que parece en el primer momento depender de sí mismo, cuando menos en un momento de

su evolución parece representar la entidad delirio de persecución. Pues bien, este delirio forma parte de una especie morbosa perfectamente definida, y á la que uno de nosotros ha dado el nombre de *delirio crónico de evolución sistemática*.

B.—DELIRIO CRÓNICO DE EVOLUCIÓN SISTEMÁTICA

El delirio crónico se desarrolla en la edad madura, con bastante frecuencia á consecuencia de disgustos y preocupaciones, en sujetos á menudo hereditarios, pero que hasta entonces no ofrecieron ninguna anomalía intelectual, moral ó afectiva. Por la integridad de su estado mental antes de aparecer la psicosis, estos individuos se diferencian perfectamente de los degenerados. Se apartan también de éstos por la génesis y la evolución de su delirio.

Los delirantes crónicos están al principio inquietos, preocupados. El menor malestar experimentado (pérdida del apetito, ligero empacho gástrico, inaptitud para el trabajo, insomnio, etc.), es el punto de partida de interpretaciones delirantes. En vez de creerse enfermos, están prontos á culpar á los demás de sus vagos sufrimientos. Porque el mundo exterior aparece en su concepto cambiado, extraño, y hasta hostil. Se consideran objeto de una atención malévola, y con el espíritu en lo sucesivo vigilante, van, durante tres ó cuatro años, dudando, titubeando siempre, aceptando y rechazando á su vez las ilusiones y falsas interpretaciones á que da lugar dicho estado.

La alucinación del oído aparece, por último, denotando la entrada del enfermo en el segundo período: el de persecución confirmada. Si han sido necesarios años para pasar de la simple aprensión á la alucinación, se necesitan todavía más años para que el trastorno sensorial alcance esta complejidad, que se observa casi en el origen del delirio en los degenerados (diálogo, repetición del pensamiento, etc.). El enfermo se queja de que se le insulta, se le acusa, se le ultraja indignamente. Luego poco á poco este *ser* indeterminado desaparece para ser sustituido por perseguidores ya precisados: son éstos los vecinos, los médicos, los jesuitas, es la policía, la Internacional. De deducción en deducción el enfermo acaba por descubrir el autor responsable de estas persecuciones: con una convicción que se impone en él cada día más firme y tenaz, ya no duda, se vuelve después de haber huído y se defiende, ataca. Es que también sus enemigos no se han contentado ya con amenazas meramente platónicas; le han electrizado, vapuleado, quemado (alucinaciones de la sensibilidad gene-

ral); le han violado (alucinaciones genitales); le han mortificado con horribles hedores (alucinaciones del olfato); han querido envenenarle (alucinaciones del gusto). Es de notar que el enfermo no ve casi nunca á sus perseguidores: las alucinaciones de la vista no forman parte esencial del delirio.

Con la doble impulsión de la edad y de la prolongada concentración delirante, la resistencia cerebral disminuye. Y en este mismo momento, al cabo de diez, doce ó quince años de delirio de persecuciones, aparece el delirio de grandezas. Los enfermos cambian entonces de modo de ser, se han convertido en príncipes, emperadores, grandes hombres; exigen millones que se les adeudan, se proclaman «de raza infalible y tres veces real», etc. Van de este modo saliendo cada vez más de lo posible para entrar en lo inverosímil. Pero entonces se acentúa todavía más la disociación de las ideas, y el patrimonio intelectual acaba en la demencia.

He aquí, pues, una psicosis cuyo desarrollo no puede ser justificado por los defectos primitivos del estado mental. ¿Cómo explicar entonces su aparición, su progresión pertinaz y fatal y su transformación tardía?

En el degenerado, ya hemos visto que la hiperexcitabilidad y el desequilibrio del espíritu, dependientes de disposiciones congénitas, dan lugar al rápido predominio del concepto delirante. Pues bien, el delirante crónico no entra en locura sino previa una muy larga preparación, y parece que este primer período sea el resultado de una modificación orgánica sorda y lenta, que se revela en la conciencia en forma de estado afectivo, de malestar moral. A este estado afectivo se asocia el estado intelectual que, en el equilibrio del pensamiento, parece sumarse á aquél lógicamente: la idea de persecución. Esta idea aumenta el desorden, la inquietud asombrada de la conciencia, pero ésta no la acepta en seguida. Porque en este sujeto hasta entonces bien equilibrado, el primer paso hacia el error va seguido de una reducción de la ilusión naciente. El estado afectivo persiste, no obstante, y progresa, porque también progresa y persiste el probable trastorno orgánico subyacente. A consecuencia de acciones y de reacciones sucesivas, la idea de persecución se presenta de nuevo á cada instante en la conciencia, tanto que ésta cede poco á poco, hasta que un día, pero dos, tres ó cuatro años después del comienzo, cuando se han vencido todas las resistencias, cuando el eretismo cerebral alcanza su apogeo (alucinaciones), se rinde definitivamente al delirio. Este entonces se manifiesta, pero siempre de un modo lento, progresivo y lógicamente hasta el día, muy distante todavía, en que disminuyen las asociaciones cerebrales.

En este momento (pasados diez, doce ó quince años), se quebranta la

síntesis de persecución; las concepciones de carácter contrario entran en juego, y como los juicios, las ideas generales y los recuerdos son en menor número, aquéllas se extienden rápidamente. El optimismo, la tendencia á no temer ya más vejaciones, ni odios se juxtaponen á las ideas de persecución. Por último, llega el instante en que el enfermo, por la sola acción de su mecanismo mental, de perseguido se convierte en ambicioso; y si aparece entonces una alucinación reveladora, no es en realidad otra cosa que la *fórmula* (Garnier) de esta nueva y vaga modificación del fondo psíquico.

En resumen, el delirio crónico, siguiendo su curso ordenado y progresivo, recorre cuatro fases ó estadios perfectamente definidos y que se suceden en orden invariable: estadios de incubación, de delirio de persecuciones, de delirio de grandezas y de demencia. Es decir, que en estos casos también el delirio de persecuciones no es más que un síntoma.

II

Tratamiento

De las precedentes consideraciones clínicas se puede deducir que el delirio de persecución es siempre un síntoma, y por esto, si se quiere instituir un tratamiento racional, será preciso remontarse, en primer término, á la afección cerebral generadora, á las causas que han producido la afección, y por último, á los procesos que de esta afección han podido hacer surgir el delirio. Ahora bien, aun cuando poseamos todos esos elementos de diagnóstico y sepamos con certeza de dónde procede el delirio, un factor dificulta siempre la intervención terapéutica: es el factor anatómico.

Examinemos, por ejemplo, lo que sucede en las lesiones circunscritas ó difusas de los centros nerviosos donde podremos apreciar mejor el enlace sucesivo de los elementos que acabamos de mencionar. Las causas de irritación crónica del cerebro (alcohol, sífilis, fatiga, etc.), obrando en ciertas condiciones, determinan una esclerosis más ó menos extensa del órgano. A medida que la lesión progresa, van desintegrándose paralelamente las facultades. Por último, en el cuadro de esta demencia pueden aparecer episodios delirantes. Causas irritativas, lesión y demencia forman tres eslabones de una cadena indisolublemente unidos: supuestas esas causas y las condiciones que favorecen su acción, la lesión anatómica sigue

indefectiblemente, y habiendo lesión la demencia es fatal. Con todo, los delirios de por sí, son contingentes y variables, pudiendo existir ó dejar de existir, en términos que si bien la demencia es uno de sus factores necesarios, no es su factor suficiente y entre la demencia y el delirio se intercalan otros elementos (predisposición y causas ocasionales). Con una higiene física y moral continuada, es posible calmar la irritabilidad cerebral y alejar al mismo tiempo las causas que han podido favorecer la aparición de las concepciones delirantes; en esas condiciones, el delirio podrá desaparecer, pero persistiendo la demencia, pues ésta depende directamente de la lesión anatómica.

Esos diversos puntos convenía señalarlos, puesto que vienen en apoyo de las consideraciones que motivan el estudio del tratamiento de los delirios en la degeneración mental.

Hasta aquí ignoramos completamente en qué consiste el factor anatómico con el que hemos debido tropezar en las demencias orgánicas. Pero la clínica se encarga de instruirnos sobre el particular, y merced á ella, conocemos los agentes productores de la degeneración, sean hereditarios ó adquiridos, así como también el resultado de los procesos degenerativos: el desequilibrio de espíritu del paciente. En la actualidad el enlace ó relación anatómica nos es desconocida; pero, por los signos funcionales que observamos y por su analogía en toda la serie degenerativa, desde el idiota hasta el degenerado superior, estamos en el caso de poder afirmar que, en las formas superiores, como se ve en la idiocia, donde están más acentuadas, hay lesiones cerebrales y anomalías de estructura y de desarrollo. Y de estas lesiones precisamente, todavía indefinibles, provienen al mismo tiempo la excitabilidad cerebral y la incoherencia de las asociaciones, de donde, á su vez, pueden surgir los delirios. Vagos y á menudo absurdos en el idiota y en el imbecil, cuyo fondo psicológico es parecido al de la demencia, tienen mayor precisión y estabilidad en el débil y en el degenerado superior. Pero en todos esos individuos, aunque los delirios derivan de esta base, hace falta también la causa provocadora que los ha producido. Así, pues, no podemos abrigar la pretensión de oponernos en absoluto á los caprichos del desequilibrio mental resultante de una lesión inmutable y fija, que además tampoco conocemos. Hemos de contentarnos con crear alrededor del degenerado una especie de atmósfera física y moral que limite todo lo posible las ocasiones del delirio, ó aplicar todos nuestros esfuerzos á atenuarlo y reducirlo una vez haya éste aparecido; cosa que se obtiene indirectamente calmando la irritabilidad del cerebro, sobre todo por medio de la acertada aplicación de las reglas generales de higiene.

La invalidez cerebral, demencial ó degenerativa, es un terreno propicio y favorable para el desarrollo de toda clase de concepciones delirantes. Los cerebros válidos, por el contrario, presentan formas simples de locura, de curso cíclico determinado, en las que los trastornos de la inteligencia propiamente dicha constituyen una parte muy restringida (manía, melancolía, locura intermitente, ciertos estados alucinatorios). Sin embargo, los delirantes crónicos, cuya psicosis se desarrolla gradualmente en un conjunto tan complejo de trastornos intelectuales y sensoriales, se recluyen entre estos individuos. Con todo, el delirio en estos enfermos procede de una alteración profunda, lenta y progresiva del substrátum orgánico del pensamiento, que acaba, en último término, por hacerse incurable. Ahora bien, nosotros ignoramos en qué consiste esta modificación cerebral, *necesaria* para que el delirio se establezca; apenas si sospechamos las causas (predisposición y causas ocasionales mal definidas), y por ello nos vemos obligados á presenciar la evolución progresiva del delirio, del que, á falta de una indicación específica, sólo podemos atenuar la actividad por medio de un tratamiento sintomático apropiado.

A. — TRATAMIENTO DEL DELIRIO CRÓNICO

El delirio crónico comienza, como hemos dicho, por un largo período de incubación. Muy raras veces, sin embargo, le es dado al alienista poder observar y cuidar á enfermos delirantes crónicos que se hallen en este período, pues la mayoría de los individuos que van á consultarle lo han ya pasado y entrado en el de pleno delirio sistemático (alucinaciones auditivas é ideas de persecución). Esto es debido generalmente á que los que rodean al enfermo á duras penas llegan á creer en su enfermedad; se habla de irritación, mal humor y desconfianza, atribuyéndose estas modificaciones á los disgustos, pesares y reveses; y se olvida á veces á sabiendas que ha habido nerviosos ó alienados en la familia y no se piensa ni se quiere pensar en la locura.

El delirante crónico que se encuentra en el segundo período, necesita sobre todo calma ó reposo cerebral. Es preciso, por lo tanto, guardarse bien de tiranizarlo moralmente, de insistir demasiado en sus concepciones delirantes y de llevarle, con pretexto de distraerle, en medio del bullicio donde su irritabilidad cerebral halla á cada paso ocasiones de exacerbarse. Necesario es también prescindir de esas formas terapéuticas que, con la idea de descongestionar el cerebro, no hacen más que debilitar al paciente, irritarle más todavía y contribuir á alimentar sus molestas pre-

ocupaciones. Tal sucede, por ejemplo, con el empleo de las *sangrías*, *purgantes*, *tártaro estibiado*, *duchas* administradas de una manera sistemática y con los medicamentos administrados á dosis masiva (*bromuro*, *morfina*, *cloral*, etc.), que fatigan el enfermo sin reportarle ningún provecho. Lo que conviene ante todo, lo repetimos, es el reposo cerebral más completo, lo que se consigue sustrayendo al enfermo de toda ocupación absorbente, evitándole la más pequeña inquietud y emoción; cambiándole de medio, donde sea al mismo tiempo cuidado y mantenido; regulando cuidadosamente su higiene alimenticia, y combatiendo oportunamente los desórdenes cerebrales elementales, insomnio, sobre todo los trastornos digestivos, circulatorios, que se producirían. Pero la mayor dificultad estriba muchas veces en someter al enfermo á esta higiene. Para obviarla, es conveniente que el médico obre por sí solo, independientemente de la familia, siempre dispuesta á paralizar ó dificultar su acción; su papel puede resumirse en estos términos: inspirar confianza al enfermo, imponerse sin dureza, siempre con prudencia y suavidad, ser sobrio en las discusiones y juicios acerca de su delirio, sin que por esto deje siempre de declararlo erróneo y enfermizo, y buscarle distracciones atractivas (conversaciones, trabajo ú ocupación variada y fácil).

Acontece algunas veces que la enfermedad, en el primer período y en los comienzos del segundo, se detiene, á pesar de lo cual se continuará la higiene cerebral durante largo tiempo. En efecto, aun cuando la inquietud haya desaparecido, apareciendo á su vez la calma, la alegría y la confianza, no por esto queda libre de la recaída, que, por desgracia, es bastante frecuente, y entonces la enfermedad sigue su curso progresivo.

Así que el enfermo se vuelve peligroso, esto es, cuando señala y nombra al autor de sus persecuciones y puede presentar reacciones violentas, es necesario intervenir sin vacilaciones, reclusiéndolo, pues de la amenaza al hecho media tan sólo un paso que se franquea muchas veces con sobrada rapidez. Por lo demás, la reclusión ofrece la doble ventaja de colocar al paciente al abrigo de las causas de excitación que encuentra fuera y de impedir sus agresiones. Constituye, por tanto, una medida que mira por sus intereses al propio tiempo que atiende á la seguridad pública.

En el asilo, el afecto y la persuasión juiciosa y prudente habrán de presidir las relaciones del médico con sus enfermos.

El método de la intimidación, con tanta decisión defendido y aplicado por Leuret, no tiene hoy más que un interés histórico. Sabido es que el médico de Bicêtre aplicaba al enfermo una ducha durante la cual «le obligaba á hablar razonablemente,» á renegar de sus convicciones deli-

rantes, logrando por este sistema doloroso, "arrancarle palabras de retractación, si bien contrariando su voluntad."

La coerción física (camisola y fijación) tiende hoy á desaparecer de las prácticas de los asilos, con tanto mayor fundamento, cuanto que además de los accidentes (heridas, fracturas, asfixia, etc.), abusos y negligencias á que está expuesta, produce en el delirante crónico el más deplorable efecto moral. ¿Cómo dudar, en efecto, que en esta época del delirio en que los menores gestos y signos bastan para sugerir al enfermo la idea de enemigos imaginarios, el delirante crónico verá un nuevo enemigo en el que le quita su libertad física y parece entregarle en manos de sus habituales perseguidores? Y con mayor razón todavía ¿qué confianza podrá despertar el médico al enfermo si en vez de consolarle y prodigarle palabras animosas, le hace sujetar, por el contrario, como si se tratara de un culpable ó un malhechor? ¿No cabe suponer, por último, que causando este nuevo suplicio á seres ya tan atormentados puedan originarse ideas de suicidio ó de venganza que quizás no se hubieran manifestado? Con bastante frecuencia vemos excitarse y hacerse peligrosos delirantes crónicos por la influencia de sus alucinaciones. Entonces, sin violencia, les hacemos conducir á una habitación aislada y, pasada la fase de excitación, vuelven otra vez á reunirse con los demás enfermos. ¿Qué sucedería en estos casos, si en vez de tratarles de ese modo, se les pusiera la camisola ó se les sujetara? Seguramente se resistirían, lucharían, golpearían á sus guardianes, y merced á esta excitación sobreañadida, sus alucinaciones tomarían un carácter más agudo, y de un enfermo relativamente fácil de calmar se haría un loco furioso que no vería en el médico más que el más encarnizado y terrible de sus perseguidores. Olvidase también con sobrada frecuencia que cuidamos á enfermos y alienados perseguidos, es decir, á individuos que son acreedores doblemente á nuestras consideraciones y á los que han de evitarse nuevas penas y sufrimientos.

Practicado ya el aislamiento, con el *non restraint* como medida general, ¿es posible mejorar y curar la enfermedad con una medicación más directa? Ya hemos dicho que no existe medicación propiamente específica, á pesar de lo cual se ha intentado combatir directamente algunos síntomas y de un modo especial las *alucinaciones*. Citaremos, por simple recuerdo, la *trepanación*, que un médico extranjero no ha temido emplear recientemente para practicar la escisión de los centros corticales auditivos. El *método de Hiffelsheim* es más inofensivo y consiste en someter al enfermo á una corriente voltaica débil, teniendo aplicados constantemente los polos en los oídos del mismo. El aparato se compone

de una serie de pequeñas pilas reunidas formando círculo, que rodea la cabeza del enfermo á la manera de un cinturón: se deja colocado durante varias semanas, y la corriente eléctrica atraviesa la masa encefálica en todo su espesor. Este aparato no es muy cómodo y además es necesario mojarlo cada dos horas con agua salada ó acidulada. Experimentado primeramente este sistema en la Salpêtrière, en la clínica de Baillarger, no ha dado los satisfactorios resultados que algunos casos favorables en un principio habían hecho esperar.

Moreau, de Tours, propone combatir las alucinaciones por medio de agentes terapéuticos que, como el *datura stramonium* y el *haschich*, provocan también alucinaciones. Esto venía á ser una aplicación del método sustitutivo; y se pretendía cambiar las alucinaciones espontáneas por otras provocadas y fáciles de hacer desaparecer por la supresión del medicamento. En un principio, el método pareció producir buenos efectos, pero los datos ulteriores no han confirmado su eficacia, resultado que podía preverse *a priori*, pues el alcohol, que determina también trastornos sensoriales, no hace más que exacerbar los del delirante crónico.

El *arsénico*, preconizado por Lisle, no cura tampoco las alucinaciones; sin embargo, como veremos, la medicación arsenical da buenos resultados cuando su administración está indicada por el estado general del individuo.

Se ha intentado también combatir los trastornos de la sensibilidad general, pero sin que el éxito fuera más duradero: la mejoría es sólo pasajera, y la medicación instituida pierde rápidamente su eficacia. Schüle aconseja el empleo del *opio*, el *bromuro de potasio*, la *electrización* y la *hidroterapia*. Krafft-Ebing recomienda igualmente la *morfina*, y las sales de *bromo* á dosis elevada, que también emplea para combatir las alucinaciones auditivas. Una después de otra se han probado también las sales de *quinina*, la *antipirina*, la *exalgina*, la *atropina*, etc.; por medio de esos agentes se calman á veces de un modo pasajero algunos síntomas, mejoría que puede indudablemente atribuirse á la sedación del elemento dolor sobreañadido y á la desaparición momentánea de las verdaderas neuralgias, que el enfermo explicaba en medio de su delirio. Este, sin embargo, continúa del mismo modo, y si el dolor disminuye, es debido á que, como dice el enfermo, los enemigos cesan por un momento en sus maquinaciones ó intrigas.

Las sales de bromo y el *alcanfor* empleados contra las alucinaciones genitales, atenúan pero no extinguen completamente los accidentes.

Mas, aun cuando no existe un tratamiento del delirio crónico que pueda hacer desaparecer por completo una psicosis tan arraigada en la mente de los pacientes, no es menos preciso tratarlo guiándose, no por consideraciones teóricas, sino por las indicaciones que derivan del estado del enfermo y de los períodos de la afección, ó sea que cada individuo reclama su tratamiento particular.

Los *tónicos*, el *hierro*, la *quina*, los *alcalinos* y el *arsénico* pueden emplearse ventajosamente cuando están indicados por el estado general del enfermo. Inútil es insistir acerca la importancia de una rigurosa *higiene*: en efecto, con bastante frecuencia esos alienados, atormentados por sus ideas de envenenamiento, se alimentan mal y de un modo insuficiente é irregular, ó ingieren á veces alimentos de difícil digestión, de donde provienen trastornos digestivos que son causa á su vez de una exacerbación de las ideas delirantes. Por esto convendrá procurar la regularidad en las comidas y deposiciones, prohibiéndoles los platos indigestos, las salsas demasiado fuertes, así como el uso del alcohol, de los licores y del café y ordenarles un paseo después de cada comida. Si el enfermo rehusa alimentarse ó toma los alimentos en cantidad insuficiente, no hay que vacilar en el empleo de la sonda esofágica. Los emunctorios de las toxinas normales y patológicas, riñones é hígado, deberán ser examinados cuidadosamente, así como vigilar las funciones circulatorias, y en las mujeres combatir enérgicamente las afecciones uterinas y los trastornos de la menstruación. No hay que desdeñar tampoco los detalles más insignificantes, que todos tienen su importancia, pues suprimiendo todas las causas de malestar, se evitan también las ocasiones del delirio, y por más que no pueda hoy abrigarse la pretensión de curar esta psicosis, es posible de este modo mantenerla en un estado de mediana intensidad.

Algunas veces, en el curso del delirio crónico, sobreviene la excitación con una mayor actividad de los trastornos sensoriales y del delirio. Estos episodios, de menor intensidad que el acceso maniaco, pueden á veces atribuirse á algunos de los trastornos funcionales de que hemos hablado, y el mejoramiento de esos trastornos basta en algunas ocasiones para que desaparezca la excitación. Casi siempre, sin embargo, se desconoce su determinismo y hay que reducirse á la estricta medicación sintomática, estando entonces indicadas las *sales bromuradas* y los *baños tibios* simples ó alcalinos.

En resumen, pues, en la terapéutica del delirio crónico hay que atender exclusivamente á una importante indicación, cual es la de procurar al enfermo la mayor calma ó reposo cerebral posible. Y esta indicación se cumple, físicamente, merced á un régimen y á agentes medicamentosos

apropiados á cada caso, y psíquicamente, por medio del aislamiento, el *non restraint*, una ocupación ordenada y escogida, si fuese posible, y dirigiendo prudente y acertadamente al enfermo.

B. — TRATAMIENTO DE LOS DELIRIOS DE PERSECUCIÓN
EN LA DEGENERACIÓN MENTAL

La degeneración mental, según su definición, consiste en un estado de decaimiento cerebral destinado á transmitirse y á acentuarse de generación en generación hasta que se extinga la especie ó individuo degenerado. Lo referente al tratamiento de esta enfermedad está, pues, subordinado á una importante cuestión profiláctica, que interesa en grado sumo al porvenir de la sociedad, y á decir verdad, ésta es la que preside en la terapéutica de la degeneración mental. Aquí, sin embargo, sólo nos incumbe tratar de la intervención en el caso de delirio de persecuciones. Ahora bien, si recordamos lo expuesto en las consideraciones generales, veremos que esa intervención es singularmente restringida y siempre indirecta, reduciéndose á apartar todas las ocasiones que puedan provocar el delirio, ora provengan del mismo individuo, ora del exterior, mejorar, con medios higiénicos y terapéuticos, las condiciones de nutrición y funcionalismo del cerebro, y regularizar la actividad del espíritu por influencias morales bien dirigidas: tales son las indicaciones generales de este tratamiento.

La *reclusión* es la primera medida que habrá de tomarse, pues con ella se libra al enfermo de las influencias del exterior y se le rodea de los cuidados médicos continuados que son del caso. Por otra parte, no es posible en pocas horas instituir el tratamiento del delirio degenerativo; ante todo importa, más quizás que en cualquier otra circunstancia, evitar las medicaciones sistemáticas ya hechas, pues antes de obrar es necesario conocer al enfermo, por lo menos tanto como su delirio. La manera de reaccionar, su carácter y emotividad deben ser minuciosamente estudiados, así como hay que examinar y calcular también con el mayor cuidado las recíprocas influencias de los dos elementos físico y moral del sujeto.

En estos casos principalmente deben tomarse en consideración los trastornos físicos y psíquicos más ligeros, combatiendo asimismo las perturbaciones somáticas (digestivas, circulatorias, genitales, etc.) De este modo se consigue hacer más normal la vida cerebral, y, por medio de una terapéutica calmante, que sea al mismo tiempo dietética, farmaco-

lógica y moral, se logra muchas veces la disminución y la desaparición del delirio.

No hay para qué insistir acerca la *terapéutica somática, dietética y medicamentosa*, pues, poco más ó menos, es la misma que la del delirio crónico. Recordaremos solamente que nunca se pecará por demasiada prudencia en la administración de los medicamentos. Esos cerebros, siendo extraordinariamente irritables, conviene que apenas sientan la influencia de los tóxicos. En algunos casos, por ejemplo, se ha recomendado por modo sistemático el uso de la *morfina*, sin recordar que los morfínomanos se reclutan sobre todo entre los degenerados. Preciso es, por consiguiente, que en la medida de lo posible se recurra siempre á los agentes físicos para combatir las complicaciones que acostumbran producirse (insomnio, agitación, etc.): en la mayoría de los casos, los *baños templados*, más ó menos prolongados según el estado del enfermo, la envoltura con la *sábana mojada* y un poco de *bromuro* y de *cloral* serán suficientes.

En cuanto al *tratamiento moral*, no cabe exponerlo en forma didáctica, ya que puede muy bien afirmarse que sus reglas varían con cada individuo y en cada período de la enfermedad, pues sólo con el tiempo y la frecuencia de ver enfermos llegan á aprenderse. En la degeneración mental, como ya hemos visto, el delirio alcanza muy rápidamente su completo desarrollo. El papel del médico en los comienzos del delirio es poco menos que pasivo; está reducido á armarse de paciencia, á no contrariar las convicciones delirantes y á procurar por todos los medios posibles ganarse la confianza del enfermo. Poco á poco, y á medida que vaya sondeando más el interior moral del paciente, cuyos aspectos y resortes irá conociendo, podrá probar de modificar las ideas delirantes, siempre con tacto y mesura, bromeando amigablemente y no contradiciéndolas con rudeza. Ocupando al enfermo en un trabajo sencillo, gradual y ordenado (talleres, oficinas, labores del campo), se completa la tarea ú obra moral del médico. Por último, cuando el enfermo ha recobrado del todo sus facultades (y los hay que reconocen sin dificultad el carácter patológico de sus ideas), se suscita la cuestión de si puede salir del asilo.

Por vía de ensayo, cuando acabe el enfermo de verse libre de su delirio, podrán someterse á su consideración casos reales que sea capaz de interpretar acertadamente. Conviene, no obstante, mostrarse prudente y no permitir que salga sin asegurarse antes de su entero conocimiento por medio de un estudio minucioso y detallado de las reacciones y actos habituales del sujeto, pues siempre es de temer la posibilidad del disimulo.

Si á pesar de los cuidados de que se rodea al enfermo, en vez de

ceder el delirio, se descubren además síntomas de debilitación mental, es decir, de incurabilidad, puede intentarse todavía salvar algunos destellos de su inteligencia. Para eso, sólo en los asilos puede conseguirse algo, pues al permitir la regulación metódica de la vida física y moral de esos degenerados, ocuparlos ordenadamente (labores del campo, por ejemplo), y someterlos siempre á una tutela facultativa experimentada, pueden evitarse y curarse los trastornos somáticos y los períodos de exacerbación delirante que acentúan todavía la degeneración mental.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO DE LA MELANCOLÍA

POR

ANT. RITTI

Médico de la Casa nacional de Charenton

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales acerca las afecciones melancólicas

«La alienación, ha dicho en alguna parte Guislain, es ante todo una lesión de la sensibilidad; en su esencia, no consiste en un trastorno de la razón, de las ideas, del espíritu...

»Bien considerada, la alienación es un dolor; y así decimos que primitivamente es una *frenalgia*, un dolor del sentido que es el punto de partida de las afecciones y emociones.»

Estos principios generales, tan bien desarrollados por el gran alienista belga, son principalmente aplicables á las afecciones melancólicas, en las que se observa, no sólo en su origen sí que también en el curso de su evolución, el trastorno cenestésico más ó menos profundo, caracterizado por una sensación consciente ó inconsciente de malestar, inquietud, impotencia y dolor vago interno.

Numerosos son los casos en que la enfermedad consiste únicamente en esa cenestesia dolorosa; pero, las más de las veces, en este terreno morboso se desarrollan síntomas intelectuales, perturbaciones de la voluntad, y hasta trastornos sensoriales que, aumentando la sensación penosa primitiva, pueden llevar al enfermo á la desesperación más violenta ó á la

resignación sufrida y también al completo estupor. A esos trastornos cerebrales se añaden siempre desórdenes orgánicos, que importa tener presente, sobre todo desde el punto de vista del tratamiento, puesto que de su conocimiento pueden derivar importantes indicaciones terapéuticas.

Las afecciones melancólicas, como todas las enfermedades mentales, sólo se desarrollan en un terreno abonado en cierto modo por la predisposición hereditaria ó adquirida.

Esta predisposición puede permanecer por mucho tiempo latente, despertándose únicamente por la influencia de causas llamadas con razón ocasionales, de las que unas son realmente ligeras y á veces de ínfima importancia, y otras, por el contrario, violentas, produciendo un verdadero traumatismo físico ó moral.

Muy extensa sería la enumeración ó reseña de todas las causas ocasionales que han sido consideradas como capaces de provocar la melancolía; de todos modos, conviene hacer hincapié en el importante papel que desempeñan las emociones morales deprimentes, los disgustos de familia, las pasiones tristes, etc. Las intoxicaciones (alcohólica, morfínica, cocaínica), las enfermedades infecciosas (fiebre tifoidea, paludismo, influenza, tuberculosis, etc.), así como las enfermedades diatésicas, neurosis, etc., deben considerarse igualmente susceptibles de determinar la melancolía en los individuos que han heredado de sus ascendientes, ó de sí mismos, según la expresión de Lasègue, una predisposición para las afecciones mentales.

II

Sintomatología general

Al estudiar las afecciones melancólicas se observan cinco órdenes de síntomas que se enlazan y suceden en la forma siguiente: trastornos del sentimiento y de la actividad voluntaria, trastornos de la inteligencia y de los sentidos especiales y por último modificaciones del estado físico.

1.º *Trastornos del sentimiento y de la actividad voluntaria.*—El trastorno inicial, el fondo ó esencia de las afecciones melancólicas, su principal síntoma, es la *depresión dolorosa*. En un principio, consiste en un dolor vago, indeterminado, del que el enfermo tiene perfecta conciencia y trata de explicarse refiriéndolo ya á una idea, ya á un hecho anterior á su existencia. Pero sean cuales fueren los motivos que el enfermo da de su dolor, no atribuye á ellos su desgracia; si sufre, no

es «porque crea y esté convencido también de haber ofendido á Dios, cometido pecados ó perdido su fortuna, sino más bien porque ya no se siente el mismo, porque no puede realizar lo que desea y le es imposible sacudir el yugo.» (Schüle).

Estos estados cenestésicos dolorosos pueden determinar en las manifestaciones externas de los enfermos resultados muy opuestos: en unos se observa una verdadera concentración de todo su ser, desde la simple apatía hasta el más completo estupor, al paso que en otros, por el contrario, es una especie de expansión que se traduce en desórdenes de la actividad, gritos, gemidos, ansiedad y á veces también en la más violenta angustia (Cotard).

Uno de los fenómenos más penosos que sufre el melancólico y que contribuye más á aumentar su depresión dolorosa, es la disminución ó debilitación de la voluntad; tiene el profundo sentimiento de no querer, ó mejor no poder ya querer, de no poder decidirse. Esa falta de voluntad (*abulia*) que le pone de manifiesto su absoluta impotencia ó irremediable desgracia le ocasiona verdaderos accesos de desesperación.

Esta falta de voluntad y de energía para obrar, que se observa sobre todo en los melancólicos concentrados impide que esos enfermos cometan, con tanta frecuencia como los expansivos, actos violentos, como el suicidio y el homicidio.

«Los alienados expansivos con mayor facilidad se determinan á obrar que los enfermos concentrados. Estos últimos pueden meditar durante largo tiempo un acto violento, suicidio ú homicidio, pero no pasan á vías de hecho que no sea bajo la influencia de una excitación cualquiera, espontánea ó tóxica.» (Cotard).

De todos modos hay que reconocer que los actos violentos é impulsos peligrosos, como el asesinato y el suicidio, son frecuentes en los melancólicos considerados en conjunto, y por lo tanto deben ser juzgados en este concepto como alienados peligrosos para ellos mismos y para la seguridad pública. En el párrafo siguiente se verá que esos actos violentos son casi siempre provocados por ideas delirantes.

2.º *Trastornos de la inteligencia.* — Es indudable que, bajo la influencia de la depresión dolorosa, están de ordinario debilitadas ó retardadas en los melancólicos las funciones intelectuales. En casos extremos, la actividad intelectual llega á estar completamente abolida; lo más común, sin embargo, es que esa actividad, por debilitada que esté, determina luego una indecisión ó vaguedad más ó menos duradera de las ideas delirantes que son como la exteriorización del sentimiento doloroso interior. «Una

vez hallada la explicación, se fija continuamente en el espíritu, y en él se graba." (Schüle).

Las ideas delirantes, de índole siempre triste, son muy numerosas y variadas, haciéndose difícil, por consiguiente, clasificarlas en categorías ó grupos bien definidos; conviene señalar en este lugar las más frecuentes.

A. — Ideas de *humildad* y de *indignidad*; D. — Ideas de *ruina*; C. — Ideas de *culpabilidad* y de *castigo* ó *maldición*; D. — Ideas de *persecución*; E. — Ideas *hipocondríacas*; F. — Ideas de *negación*, y á veces también G. — Ideas de *orgullo* y de *grandeza*.

Algunos enfermos se creen incapaces de hacer nada bueno; se sienten impotentes y presa de un profundo desaliento, sólo buscan las ocasiones de humillarse y hasta de anularse completamente. Concíbese que ese estado, cuando se acentúa algún tanto, les lleve á creerlo todo perdido, á imaginarse que están arruinados, deshonorados y á inquietarse por su porvenir y el de sus hijos, etc. — Otros se acusan de faltas imaginarias, de crímenes odiosos, de que son la vergüenza y la deshonra de la familia. Pronto van á ser detenidos, juzgados y condenados. Han faltado á todos sus deberes para con Dios y cometido los pecados más monstruosos; están necesariamente condenados al infierno, pues nunca podrán serles perdonados sus pecados y el demonio se los ha de llevar. — Otras veces predominan las ideas de persecución, lamentándose los enfermos de que se les daña, desprecia y acusa de toda suerte de fechorías; ó bien están dominados por ideas hipocondríacas, quejándose entonces de experimentar sensaciones anormales en la cabeza ó en otras partes del cuerpo. — En algunos casos también se caracterizan por sus ideas de negación: no tienen nombre, ni edad, ni son nada, y están faltos de padres y de familia; todo ha desaparecido, nada queda, ya no son nada, ni tienen alma, etc. — Esas ideas delirantes van á veces acompañadas de ideas de orgullo, grandeza y enormidad. Así los hipocondríacos consideran que los males que sufren son extraordinarios y que nadie ha pasado las enfermedades que ellos padecen.

Ejemplo, ciertamente, de delirio ambicioso son también los enfermos que se creen ser la causa de los males de este mundo, los que están poseídos de ideas de inmortalidad ó se llaman á sí mismos Satanás y el Anticristo, ó los que sienten en su interior un poder dañino, pero sobrehumano.

3.º *Trastornos sensoriales.* — Los trastornos sensoriales más frecuentes son las *ilusiones* y las *alucinaciones*. Todos los sentidos se afectan. Algunos enfermos ven los espectáculos más terroríficos; oyen

amenazas y las más groseras injurias; sienten olores sulfurosos y cadavéricos y perciben un sabor nauseabundo ó tóxico.

Los trastornos de la sensibilidad general son muy numerosos; la analgesia es algo frecuente y favorece la mutilación que algunos de estos enfermos se causan á sí mismos con una tenacidad y encarnizamiento que no habría medio hábil de evitar; las mucosas están anestesiadas y la anestesia de las primeras vías digestivas puede ser muchas veces la causa de la repulsión de los alimentos.

Las ideas delirantes y los trastornos sensoriales impelen á los melancólicos, como ya hemos dicho anteriormente, á cometer actos peligrosos. Para librarse de la deshonra ó del suplicio que les espera se sienten impulsados al *suicidio*. Los hay que no tienen otro deseo que acabar con una existencia tan dolorosa, pero les falta valor y fuerza; lo intentan vanamente sin poder lograr su objeto. Otros, por el contrario, como si fueran presa de un paroxismo melancólico, se ahorcan, se dan de puñetazos ó se matan con extraordinaria rapidez.

Algunos melancólicos,—especialmente los que están atormentados por ideas de culpabilidad, ó también los delirantes religiosos,—tienen tendencia al *homicidio*; se han visto casos de enfermos que matan con el fin de ser condenados y de morir en el patíbulo; otros dan muerte á sus padres ó á sus hijos, suicidándose después, para librar á sus seres más queridos de la deshonra y de la vida miserable que habrían de sobrellevar.

Otro síntoma, que casi siempre suele observarse en los melancólicos, es la *repulsión de los alimentos*, la *sitiofobia*. Los hay que se niegan á comer porque creen estar arruinados y no podrían pagar el importe de las comidas que se les suministren; otros no se consideran merecedores de los platos que se les sirven por ser demasiado buenos; varios quieren hacer penitencia, algunos temen ser envenenados, y no falta quiénes obedecen ciegamente á una voz que les prohíbe comer, ó bien, obsesionados por la idea del suicidio, quieren dejarse morir de hambre. Por último, ciertos melancólicos se hallan en tal estado de postración muscular, de aniquilamiento ó extenuación física, que les es absolutamente imposible toda acción y movimiento; teniendo delante los alimentos, son incapaces de servirse de sus manos para llevárselos á la boca; únicamente no oponen ninguna resistencia á las tentativas que se hacen para darles los alimentos del mismo modo que si se tratara de un niño.

4.º *Síntomas somáticos*.—El estado físico de los melancólicos presenta un conjunto de caracteres especiales y perfectamente deslindados que bastan por sí solos para formular el diagnóstico.

En primer término, es de notar la expresión de la *fisonomía*; en

efecto, la cara que ponen los melancólicos es uno de los primeros síntomas que llaman la atención del observador. Sus rasgos, dolorosamente contraídos, expresan la constante preocupación de los individuos tristes ó bien reflejan la ansiedad, el terror ó la desesperación; las cejas están fruncidas, arrugadas; la mirada es fija, con los ojos bajos mirando al suelo. La actitud general del enfermo denota postración; los movimientos son lentos, torpes, como impedidos ó dificultados; arrastran los pies al andar y es manifiesta su antipatía por toda clase de ejercicio; de modo que es necesario estimularlos constantemente para que se decidan á vestirse, á andar, á moverse y á hablar.

En el estupor, es todavía más característica la actitud y la inmovilidad más completa: los enfermos parecen unas estatuas, quedando inmóviles en cualquier parte que se les coloque y los rasgos fisonómicos están como petrificados, expresando el terror.

Unas veces los miembros están flácidos, obedeciendo á todos los movimientos que se les imprimen, y otras oponen alguna resistencia, cierta rigidez y hasta tienen tendencia á contracturarse.

La voz del melancólico es débil, confusa, monótona y temblorosa, hasta el punto de que con frecuencia es difícil comprenderlos cuando se ha logrado hacerlos hablar; pues lo más común es que guarden silencio y es necesario esforzarse, hacer cierta presión para conseguir algunas veces que salgan de este obstinado mutismo.

En los melancólicos angustiosos la actitud general es distinta; se mueven constantemente, no pueden permanecer en un mismo sitio, van siempre de una parte á otra, quejándose, gimiendo, lamentándose y prorrumpiendo siempre en las mismas exclamaciones de desesperación. A veces, presa de una especie de paroxismo, profieren gritos agudos, verdaderos aullidos, se arrancan los cabellos y están completamente desesperados; en otros casos, se les ve hacer movimientos automáticos, y siempre los mismos: algunos están frotándose continuamente las manos, la frente ó la cara, y otros se rascan con las uñas algunas partes del rostro, hasta hacerse salir sangre,—de preferencia la parte alta de la frente, en el arranque de los cabellos, las alas de la nariz, el lóbulo de la oreja, etc.—y otros también se excorían ó desgarran los dedos alrededor de las uñas.

Los trastornos de la *circulación* no hacen falta nunca en los melancólicos. En efecto, todos estos enfermos presentan enfriamiento de las extremidades con tendencia á la cianosis. Las manos están frías, lívidas y azuladas; lo mismo sucede en la cara, nariz y orejas; con frecuencia se observan edemas en los maléolos y hasta á veces en los pies. Estos sínto-

mas deben sin duda atribuirse á los trastornos de la hematosi y de la vasomotilidad.

El *pulso* presenta alternativas bien manifiestas según el estado general del paciente, la intensidad y forma del delirio, y según existan ó no también alucinaciones. «En general, existe un grado más ó menos pronunciado de estenia arterial, que reduce el calibre de los vasos y cambia su normal elasticidad en una mayor ó menor rigidez. La frecuencia del pulso varía en grandes proporciones. Es tanto más lento cuanto más profunda y antigua es la depresión, y tanto más frecuente cuanto más agudo, angustioso y alucinatorio es el delirio.» (Cullerre).

La *respiración* sufre importantes alteraciones, que han sido muy bien estudiadas por Marcé, principalmente en los casos de estupor. «Las inspiraciones, en lugar de verificarse con natural desahogo y regularidad, y acompañarse de una regular dilatación de la cavidad torácica, así como de un murmullo vesicular perceptible á la auscultación, pierden completamente sus caracteres fisiológicos. El tórax apenas se dilata y el murmullo vesicular está á veces de tal manera debilitado, que con dificultad se percibe: en algunos casos, después de seis ó siete inspiraciones muy débiles, sigue una inspiración más fuerte: en otros, la inspiración es generalmente corta, pero se verifica á sacudidas, como si se compusiera de varias inspiraciones pequeñas secundarias.»

Marcé señala igualmente la desproporción entre el número de inspiraciones y el de las pulsaciones. Esta relación, que en estado normal es de una á cuatro, desciende mucho más en los melancólicos que á menudo sólo tienen una respiración por cada cinco ó seis pulsaciones.

De esta desproporción deriva la falta de equilibrio entre la cantidad de sangre que el corazón envía al pulmón y la cantidad de aire inspirado, y de aquí también, por consiguiente, el trastorno constante de la hematosi y la falta de oxigenación, que se traducen al exterior por los síntomas de refrigeración, cianosis, etc., anteriormente indicados.

Las *funciones digestivas* están siempre alteradas en los melancólicos. Ya los comienzos de su afección se caracterizan generalmente por un empacho gástrico persistente. Muchos de estos enfermos tienen los labios y las encías fuliginosos y las ventanas nasales pulverulentas; la lengua está seca ó con una capa de saburra.

El apetito generalmente ha disminuído, siendo muy poca la cantidad de alimentos que puede hacérseles tomar, y, como hemos visto, la mayor parte de los melancólicos, á consecuencia de su delirio, llegan hasta rehusar por completo toda clase de alimentos.

El apetito puede también alterarse, como se observa en algunos de

esos enfermos que comen sus excrementos. ¿Pero esta *coprofagia* no es una verdadera *pica*? ¿Este acto tan repugnante no es más bien el resultado de concepciones delirantes? Así sucede en la mayoría de los casos: «Los melancólicos, en efecto, comen sus excrementos como una penitencia y expiación, ó porque creen que de no hacerlos desaparecer se exponen á las mayores calamidades, ya también porque se figuran recuperar las fuerzas vitales que pierden constantemente en el acto de la defecación.» (Cullerre).

La digestión se verifica con lentitud, y de un modo incompleto la asimilación; de lo que resultan un enflaquecimiento progresivo, pérdida considerable del peso del cuerpo, y finalmente, un profundo decaimiento del organismo.

La *constipación* es casi de regla en los individuos melancólicos; y debe atribuirse ora á una parálisis intestinal, ora á la poca cantidad de alimentos ingeridos, ora á la falta de secreciones intestinales, ya finalmente, y esto es más raro, á las concepciones delirantes; esos enfermos no quieren ir al retrete, pues temen ser vistos en posición indecente, porque creen cometer pecados, etc.

El *gatismo* no es raro en los melancólicos, pero por lo común se presenta en forma episódica. Es debido á una parálisis momentánea de los esfínteres ó á un acto inconsciente, á la abstracción de los enfermos por sus ideas delirantes, ó también á la anestesia de las mucosas uretral y rectal.

Las *secreciones* están alteradas en cantidad y calidad. — El sudor, por ejemplo, falta algunas veces, por lo que se seca la piel, que se vuelve fría y rugosa. — Los cabellos y las uñas se vuelven secos y quebradizos, creciendo unos y otras más lentamente. — La orina es escasa y sedimentosa, contiene en mayor abundancia fosfatos térreos (Mairet) y su grado de toxicidad es distinto del normal. — En el hombre, la secreción espermática disminuye notablemente, y los espermatozoides son mucho menos abundantes. — En la mujer, es lo común la supresión de las reglas, excepto en la época de la menopausia, en que á veces sobrevienen hemorragias que contribuyen á agravar todavía más el estado de los enfermos.

Las *funciones sexuales*, principalmente el instinto genésico, están abolidas durante el período melancólico; no obstante, algunos individuos tienen verdaderos paroxismos genésicos durante los que se entregan con verdadero furor á la masturbación.

El *insomnio* es uno de los síntomas más penosos de la melancolía, y puede ser extraordinariamente rebelde y alcanzar un grado excesivo á pesar de todos los recursos de la terapéutica. Algunos enfermos permane-

con semanas enteras y hasta meses sin dormir; están tranquilos en su cama, sin moverse, pero sin cerrar los ojos. Otros logran descansar algunas horas, despertándose después bañados en sudor y con gran angustia. El retorno del sueño, aun cuando vaya acompañado de pesadillas, constituye un buen síntoma, que denota la próxima convalecencia. Efectivamente, á veces «en la convalecencia todas las concepciones delirantes, los temores y los remordimientos persisten todavía durante el sueño, á pesar de haber ya desaparecido de la mente del individuo en estado de vigilia, y en un período de tiempo más ó menos largo vuelven á aparecer por la noche, y así hasta llegar á su completa desaparición.» (Schüle).

III

Formas de la melancolía

El estudio de las afecciones melancólicas, por lo que respecta á la agrupación de los síntomas y á su evolución, nos permite, dados los conocimientos actuales, establecer cinco grupos perfectamente delimitados: 1.º la melancolía simple con conciencia, llamada también hipocondría moral con conciencia; 2.º la melancolía angustiosa; 3.º la melancolía senil; 4.º los perseguidos melancólicos ó la melancolía con ideas de persecución; 5.º por último, la melancolía con estupor.

Estas distintas variedades de la melancolía, como todas las enfermedades mentales, pueden ser agudas y crónicas; continuas, intermitentes ó remitentes.

A. — MELANCOLÍA SIMPLE CON CONCIENCIA

En esta primera forma, el síntoma predominante, y hasta puede decirse casi exclusivo, es la depresión general, física y mental. Los enfermos se dan cuenta de su estado morboso: tienen profunda é íntima conciencia de su impotencia, apatía ó indolencia, pero son incapaces de reaccionar por sí mismos. Todo les es indiferente: descuidan su *toilette*, sus negocios, y se arrinconan sin pronunciar palabra, ni moverse, con la cara lúgubre y la mirada triste. Ya no sienten absolutamente afecto alguno por las personas que les eran más queridas, y ni la muerte de sus deudos ó parientes les impresiona.

De lo que se quejan más es de su falta de voluntad (*abulia*). «Quieren y no quieren. Se sienten impulsados á obrar, pero les falta energía para decidirse. En una palabra, carecen de iniciativas y de fuerzas, y permanecen casi siempre inmóviles, faltos de motivos ó estímulos para obrar.» (Falret).

En este fondo cenestésico doloroso se observa, por lo que toca á la inteligencia, vaguedad y confusión en las ideas y cierta lentitud en las concepciones, y, desde el punto de vista emocional, son presa de terrores instintivos durante el día y la noche; temen morir ó ver morir á sus parientes; creen estar arruinados ó temen volverse locos.

Una circunstancia esencial y digna, por tanto, de ser notada es que estos melancólicos se ven impulsados instintivamente á decir ó hacer alguna cosa mala, á proferir palabras injuriosas ú obscenas ó también á perjudicarse á sí mismos. Esos impulsos involuntarios que les lleva al suicidio ó al homicidio, á cometer actos violentos ó á pronunciar palabras inconvenientes, constituyen un verdadero peligro para los mismos enfermos y para los que les rodean. Es necesario tener eso presente, tanto más cuanto que los simples melancólicos con conciencia parecen generalmente enfermos inofensivos y por su misma indolencia incapaces de ningún acto peligroso, y, sin embargo, entre esta clase de enfermos es donde se observan mayor número de casos de suicidio.

A la sumaria descripción que de la melancolía simple hemos hecho, conviene añadir que nunca se observan en ella alucinaciones, y que de ordinario se presenta en forma de *accesos* separados algunas veces por largos intervalos de lucidez.

B. — MELANCOLÍA ANGUSTIOSA

Esta es la verdadera melancolía delirante, también la más frecuente y que se manifiesta con un conjunto de síntomas perfectamente determinados y en cierto modo patognomónicos.

Lo más característico de esta melancolía es la ansiedad ó angustia que se observa ya desde los comienzos de la misma. El enfermo, sin motivo que lo justifique, es presa á intervalos irregulares de una angustia indefinida. Se queja de molestias y dolores en la región precordial ó epigástrica, que consisten en una sensación de constricción, presión ó dolor, que llegando hasta el cerebro, determina el penoso estado emocional de que se lamenta el enfermo.

El estado angustioso está sostenido también por las ideas delirantes

caracterizadas por el terror, el espanto ó el miedo. Al enfermo todo le causa miedo (*panofobia*) y principalmente de lo que va á sucederle; le *van* á detener, á juzgar, condenar y guillotinar; las mayores desgracias *van* á caer sobre él y los suyos, etc.

Estos constantes temores van acompañados de un continuo estado de agitación. El enfermo no puede estar quieto; va y viene días enteros, sin parar, gimiendo, llorando y repitiendo siempre las mismas frases: «¡Oh, Dios mío, Dios mío!... ¡Qué desgracia, qué desgracia!... etc.» Se resiste á hacer todo lo que se le propone, así se trate de vestirse como de desnudarse, de ir á uno ú otro punto, etc.; y si se pretende cambiarle de sitio, se agarra desesperadamente á las puertas, mesas y paredes.

Algunas veces aumenta la intensidad de esta agitación, viéndose entonces atacados de verdaderos paroxismos de terror con alucinaciones terroríficas é impulsiones violentas (suicidio, homicidio, automutilación). Éstas son de temer, por lo demás, en todo el curso de la melancolía angustiosa, haciendo de esa enfermedad una de las más peligrosas afecciones mentales, no sólo para los mismos enfermos, sino también para los que les rodean.

Esta variedad de melancolía, lo mismo que la anterior, puede muy bien curarse, y como se manifiesta por accesos intermitentes, separados por largos muy largos intervalos de salud. Una circunstancia curiosa digna de mencionarse es que todos los accesos sucesivos ordinariamente se parecen; la enfermedad se presenta también en la vejez con los mismos síntomas que en los anteriores accesos, y como en éstos puede igualmente curar, dejando sólo después, y aun raras veces, la disminución intelectual que caracteriza la demencia.

C. — MELANCOLÍA SENIL

En la vejez puede desarrollarse, en individuos que hasta entonces no habían sufrido ningún trastorno mental, una forma de melancolía muy parecida á la melancolía angustiosa del adulto que acabamos de exponer.

En efecto, la melancolía senil va acompañada de una angustia que se convierte á veces en verdadero paroxismo, pudiendo observarse también una violenta agitación. Por lo que se refiere á los trastornos delirantes se manifiestan sobre todo en forma de ideas de ruina, culpabilidad, y algunas veces de condenación, temor respecto del porvenir, etc. La excitación erótica es muy frecuente, acrecentándose á veces de tal modo que se

manifiesta por palabras, gestos, actos, etc. Las impulsiones violentas son muy comunes: los enfermos llegan á vías de hecho con las personas que les rodean, no escaseando tampoco las tendencias al suicidio.

Muchos de los melancólicos seniles, á consecuencia de su agitación, ausencia total de sueño é insuficiente alimentación, no tardan en caer en el marasmo y morir. En cambio hay otros en que la agitación llega á calmarse y la enfermedad continúa en una forma más crónica. Los hay, por último, que logran curarse. El pronóstico de la melancolía senil no es, por lo tanto, del todo desfavorable. Para formularlo, será necesario, como se comprende, tener en cuenta los antecedentes del enfermo, así como también el estado de su salud general y el de sus arterias, los trastornos de la circulación, las lesiones cardíacas, renales ó de otra clase, que deben considerarse como complicaciones graves.

D. — MELANCOLÍAS CON IDEAS DE PERSECUCIÓN Ó PERSEGUIDOS
MELANCÓLICOS

En los *perseguidos melancólicos*, recientemente descritos (Ballet, Séglas), los delirios de persecución y melancolía están asociados ó combinados. Estos enfermos, que constituyen una especie clínica bien determinada, se distinguen de los delirantes perseguidos propiamente dichos por caracteres especiales.

«Como todos los enfermos perseguidos, acusan á los demás, quejándose de sus maquinaciones é intrigas; pero ante todo se acusan á sí mismos, no ocultando que ellos han dado motivo á la persecución y que han de ser los primeros en sufrir las consecuencias; son, pues, *victimás*, pero *culpables*, y no como los perseguidos ordinarios, *victimás inocentes*» (Ballet).

Estos enfermos presentan, pues, un delirio melancólico de indignidad, culpabilidad, autoacusación, con preocupaciones hipocondríacas, así como también alucinaciones de la vista, del oído, de la sensibilidad general y alucinaciones psicomotoras, asociado todo con las ideas delirantes de persecución perfectamente sistematizadas.

Si los perseguidos melancólicos apenas son peligrosos para los demás —aunque con frecuencia lo sean— lo resultan sobre todo para ellos mismos. La idea del suicidio llega muchas veces á obsesionarlos, pasando muy fácilmente á vías de hecho.

No es tampoco rara la curación de esta clase de melancolía, pero parece depender de la índole del delirio dominante. Así, pues, el pronós-

tico es mucho más favorable en los casos en que predominan las ideas melancólicas que en los en que preponderan marcadamente las ideas de persecución.

E. — MELANCOLÍA CON ESTUPOR

El *estupor melancólico* constituye el último grado de la melancolía (Baillarger), y si bien, en la apariencia, esa clase de enfermos sólo revelan estupidez, hay en ellos realmente un delirio interno del que pueden darse cuenta después de su curación.

La fisonomía estúpida del melancólico es característica: sus rasgos contraídos, sombríos; la frente arrugada, la mirada profundamente triste, á veces terrorífica; ojos fijos, pupilas dilatadas, denotando el conjunto de su rostro intensas preocupaciones dolorosas, molestas y hasta aterradoras. El enfermo queda inmóvil y fijo, en la actitud muchas veces de una persona que trata de escapar de un peligro que ve venir; los músculos están también tensos y ligeramente contracturados en el sentido de la flexión. No siempre los músculos tienen esta rigidez y entonces obedecen sin dificultad á los movimientos que se imprime á los miembros; pero sucede en esos casos, que éstos conservan durante algún tiempo las actitudes en que se les ha dejado (*estado cataleptiforme*).

El enfermo en su actitud inmóvil guarda el más completo mutismo, ó bien sólo responde con monosílabos. De vez en cuando, sin embargo, el melancólico estúpido pronuncia algunas palabras ó gesticula; pero estos son episodios pasajeros y el enfermo no tarda en sumirse de nuevo en su inmovilidad y mutismo. Esos gestos y esas palabras bastan con todo para demostrar que la inteligencia no está abolida y que, bajo la apariencia exterior de inercia de las facultades, existe una actividad mental pronunciada.

El delirio intenso determinado por el estado de estupor, que el enfermo puede explicar perfectamente después de su curación, es de suyo esencialmente triste y aun terrorífico, siendo mantenido y también provocado por las alucinaciones del oído, de la vista y de la sensibilidad general. El enfermo pierde por completo la noción del tiempo y del lugar, y parece, en cierto modo, hipnotizado por el cuadro imaginario que se desarrolla á su presencia, por las visiones aterradoras que le atormentan. Después, como por una especie de parálisis de la voluntad, que le impide superponerse á los males imaginarios que sufre, se encuentra hasta cierto punto clavado en el sitio, sin fuerzas ó energías para gritar, pedir socorro y defenderse.

A pesar de esa parálisis que, al parecer, constituye un síntoma predominante, vese á veces acometido de rápidos impulsos de destrucción y entonces se arroja desde de una ventana ó de un punto elevado, ó bien se da de cabeza contra la pared, ó apoderándose de un instrumento cualquiera al alcance de su mano, se hiere con verdadero furor.

En la melancolía con estupor es donde se observan, con mayor intensidad y en su completo desarrollo, los síntomas somáticos descritos anteriormente: analgesia, pulso pequeño, frecuente y filiforme; respiración retardada, superficial y, por lo tanto, insuficiente; extremidades frías, violáceas, y también edematosas; temperatura inferior á la media; retardo de la nutrición, adelgazamiento, caquexia; constipación, gatismo, disminución de las secreciones, á excepción de la saliva que á veces está considerablemente aumentada (*sialorrea*); supresión de la menstruación (su reaparición indica de ordinario la curación próxima).

La melancolía con estupor, que comienza muchas veces bruscamente después de una emoción moral violenta, puede también desaparecer del mismo modo. La curación es muy frecuente. Sin embargo, el pronóstico será grave, cuando el estupor se prolonga más allá de un año ó si se convierte en intermitente.

IV

Tratamiento general de las afecciones melancólicas

En el tratamiento de las afecciones melancólicas hay que tener en cuenta dos clases de indicaciones: unas generales, que se aplican á todas las formas de la melancolía y otras especiales, que hacen referencia á cada una de las distintas formas de esa enfermedad mental. En este capítulo examinaremos las primeras ó sean las indicaciones generales.

1.º La primera cuestión que debe resolver el médico ante un melancólico es la de saber si conviene tratarlo dejándolo con la familia ó es necesario y también indispensable separarle de su medio ordinario y recluirlo en un establecimiento especial, en una palabra, si el *aislamiento* se impone. Esa cuestión no hace mucho tiempo todavía no ofrecía ninguna clase de dudas, pues se consideraba que era de imprescindible necesidad sustraer á esos enfermos de su medio habitual y colocarlos en un establecimiento especial donde puedan recibir los cuidados que su estado reclama.

A pesar de las objeciones que se han hecho al principio del aislamiento, objeciones cuyo valor teórico cabría discutir indefinidamente sin hallar una solución que satisfaga á todos, no es posible dudar de que la primera indicación terapéutica que se impone, cuando hay que tratar un melancólico, es el aislamiento, es decir, sustraer el alienado «á sus antiguos hábitos, alejándole de los puntos donde vivía, separándole de su familia, amigos y criados; rodeándole de personas desconocidas ó no allegadas y cambiando completamente, en una palabra, su manera de vivir.» (Esquirol).

El aislamiento puede ser incompleto, dejando, por ejemplo, que el enfermo continúe en su habitación, de la que se apartará tan sólo la familia, sus amigos y los criados que le servían; ó también colocando al enfermo en otra casa distinta de la suya y rodeándole de personas que no le sean conocidas.

Ínútil es decir que esa forma de aislamiento está casi sólo al alcance de las familias ricas ó acomodadas; y conviene añadir también, que generalmente los resultados no corresponden á los gastos que ocasiona.

Necesario es, pues, concluir con Esquirol que, en los casos de melancolía, el mejor modo de obtener el aislamiento del enfermo, aquel «á que se recurre casi siempre, ya porque está más al alcance de todas las fortunas y también porque se disponen de todos los medios de tratamiento, consiste en colocarle en una casa ó establecimiento especialmente destinado al tratamiento de las enfermedades mentales.»

Importa, por lo tanto, separar ante todo al melancólico de su medio habitual, que vendría á recordarle siempre las causas de su delirio; pero hay que tener presente también que el enfermo, por sus preocupaciones tristes, angustias y continuos temores, es peligroso para sí mismo, que con harta frecuencia se ve acometido de la idea del suicidio, para lo cual aprovechará la primera ocasión que se le presente, y que rehusa por lo común tomar los alimentos, debiendo entonces someterse á un régimen especial.

Cierto que se dice que separando al melancólico de su familia, privándole del afecto de los suyos, etc., para rodearle de personas y cosas desconocidas, se aumentan sus tristes preocupaciones, congojas y temores; pero en realidad, es esto un sentimentalismo exagerado que conviene combatir, pues con él no se logra más que retardar el tratamiento racional y, en su consecuencia, la curación del enfermo. Esquirol, cuya autoridad indiscutible ha de consultarse siempre en esa importante cuestión, dice acertadamente á este propósito:

«Algunas veces, al verse en lugar desconocido y rodeado de personas extrañas, se apodera el miedo del alienado. Ese miedo, cuando no se convierte en verdadero terror, produce rápidos y saludables efectos; obra como un agente sedante, modera la excitación nerviosa, sosiega al enfermo y le dispone para sentir mejor las nuevas influencias á que está sometido, y se hace más accesible á los consejos que puedan dirigírsele; á veces, especialmente en la lipemania (melancolía con delirio), los enfermos suspicaces y desconfiados se creen abandonados de sus familias y amigos, y están convencidos de que se les ha condenado á sufrir malos tratos, tormentos, toda suerte de pruebas y experiencias y la muerte. Prodigándoles toda clase de cuidados, obsequios y atenciones, asegurándoles un porvenir dichoso y que recobrarán la libertad, se consigue vencer su desesperación, renaciendo en ellos la esperanza y la confianza. El contraste entre el abandono presumido, el temor de un fin funesto que en breve se le espera, y la solicitud afectuosa de personas desconocidas, determina una lucha interior de la que la razón sale victoriosa.»

De acuerdo, pues, con la inmensa mayoría de los médicos alienistas, no vacilamos en afirmar que, excepción hecha de ciertos casos especiales excesivamente raros, el aislamiento en un establecimiento ó asilo especial destinado al tratamiento de las enfermedades mentales, es el primer medio curativo que debe aplicarse á las afecciones melancólicas. Más todavía; es hasta indispensable que el aislamiento se verifique ya desde los comienzos de la enfermedad, pues las probabilidades de curación disminuyen á medida que aquél se retarda, como lo prueban con sobrada elocuencia las numerosas estadísticas reunidas acerca de este punto. No es, por lo tanto, al aislamiento sino á las dilaciones en llevarlo á la práctica que debe atribuirse la incurabilidad de gran número de alienados.

El aislamiento ¿debe comprenderse en el sentido de una verdadera y completa secuestación? ¿Una vez ingresado el melancólico en el asilo de alienados, ha de separársele del mundo, de su familia y amigos? ¿Debe cesar toda correspondencia con ellos verbal ó escrita? ¿Habrà de privársele de recibir visitas ínterin no mejore su estado mental? No lo creemos así; antes al contrario, en la mayoría de casos será conveniente para el melancólico que pueda ver á su familia, á sus amigos, y relacionarse con ellos por cartas; de esta manera, no se ve abandonado de los seres queridos y no puede agregar á sus preocupaciones tristes y concepciones delirantes el disgusto que le causaría la indiferencia de los que le son más queridos. No nos oponemos, pues, para nada, á que sean visitados los melancólicos de nuestra clínica, y estamos completamente convencidos de

que, por punto general, lejos de dificultar la curación ó mejoría de nuestros enfermos, contribuyen, en cierto grado, á acelerarla.

Indudablemente se dan casos raros en que la absoluta reclusión ó sequestración se imponen, porque la presencia de la familia y amigos agrava el estado mental de los enfermos, exacerbando asimismo sus congojas y agitación. Estos casos no son, repetimos, más que excepciones, las cuales, si bien es cierto que han de tenerse en cuenta y estudiarse atentamente, no destruyen en lo más mínimo el principio general que hemos establecido, afirmando la conveniencia y utilidad de permitir la comunicación de los alienados melancólicos con el mundo exterior por medio de las visitas, correspondencia, etc.

¿Cuál ha de ser la duración del aislamiento? ¿Permanecerá el melancólico en el asilo hasta su completa curación ó, por el contrario, será conveniente devolverlo á su familia, dejarle en libertad, tan pronto se inicie la mejoría? Difícil es contestar de una manera categórica á esos extremos, y sobre esta delicada materia, vamos á exponer los resultados de nuestra propia experiencia.

En los casos de melancolía con ideas obsesionantes de suicidio, nunca se prolongará bastante la duración del aislamiento, que permite la vigilancia constante y continua de dichos enfermos. ¡Cuántos melancólicos, en efecto, disimulan—pareciéndose en esto á muchos perseguidos—su delirio para obtener la libertad, de la que en seguida abusan para matarse ó para realizar actos peligrosos para la seguridad de los demás! La libertad de tales enfermos antes de su completa curación ha de considerarse, pues, como una salida prematura y un peligro para la seguridad pública.

Nos ha sido dable observar melancólicos, hasta delirantes, que después de una permanencia un tanto prolongada en nuestra clínica, no beneficiando ya con el tratamiento á que estaban sometidos, han sido devueltos á sus familias, casi siempre solicitado por los mismos enfermos. Este reingreso en el medio familiar, después de una permanencia en un asilo de alienados, producía un efecto altamente beneficioso: los enfermos, saliendo del asilo en vías de curación, volvían á visitarnos pasado algún tiempo completamente curados.

Los casos de este género que hemos podido observar no son por desgracia bastantes en número para que podamos deducir de ello consecuencias prácticas. ¿Y por qué ocultarlo? Si bien es verdad que se han obtenido algunos resultados satisfactorios, también hay otros desfavorables: algunos melancólicos que han salido prematuramente del asilo tienen que reingresar al cabo de algunos días, ó de algunas semanas, por haber

abrumado á su familia con sus exigencias delirantes, sus actos desordenados, á veces peligrosos. Importa, pues, estudiar con cuidado cada caso en particular, teniendo en cuenta no sólo el estado del enfermo, si que también el del medio al que va á ser trasladado.

Este último punto es de importancia hasta para el melancólico convaleciente ó curado. Sea cual fuere la clase de la sociedad á que corresponda, sea rico ó pobre, el melancólico curado ó sólo en convalecencia, necesita una atmósfera moral especial que le sostenga, le impida sucumbir de nuevo á su delirio, alejándole de toda causa de desfallecimiento y de recaída. Esto es sin duda más factible para el alienado rico que para el pobre. La familia del primero encontrará fácilmente medios para allanarle ó evitar todas las dificultades de la vida, para procurarle distracciones compatibles con su estado (viajes, permanencia en el campo, distracciones variadas, etc.); no se puede decir lo mismo con respecto al alienado indigente.

Para los melancólicos que han salido curados ó mejorados de los asilos públicos, se ha propuesto con razón la creación de sociedades de patronato. Esta idea verdaderamente filantrópica es debida á Falret padre, quien la llevó á cabo en 1841. Esta sociedad, fundada así en París para los alienados pobres que salieren de la Salpêtrière, existe aún hoy día bajo la dirección de nuestro venerado maestro y amigo Julio Falret. El fin que persigue es, según sus propios estatutos, «el precaver, en cuanto sea posible, á los alienados curados contra la miseria y sus funestas consecuencias, darles consejos, ayudarles á buscar una ocupación conveniente, ilustrar á las personas que les rodeen acerca la conducta que con ellos hay que seguir y prevenir las recaídas por el alejamiento de las causas, y, desde la aparición de los primeros signos, con el empleo de medios físicos y morales.»

Nunca serán bastante ponderados los servicios prestados por la Sociedad de patronato fundada por Falret padre, y los que prestarían sociedades análogas agregadas en cierto modo á todos los asilos de alienados. ¡Cuántas recaídas no se evitarían! ¡cuántos actos de desesperación también por parte de desgraciados alienados melancólicos, hoy día entregados á sí mismos, á sus propias fuerzas, y también á veces á la miseria!

2.º El melancólico una vez aislado en el asilo, deberá someterse á un tratamiento que ha de tener por objeto:

- 1.º Calmar su sistema nervioso y luchar contra la depresión;
- 2.º Mejorar el estado general y estimular la nutrición;

3.º Combatir el insomnio, lo propio que todas las complicaciones que pueden sobrevenir por parte de las diversas funciones orgánicas.

Para calmar el sistema nervioso y conseguir el reposo ó calma cerebral y motor del melancólico, uno de los medios que resultan más eficaces es el *reposo en cama*. Este sistema de tratamiento de las afecciones melancólicas, preconizado por primera vez hace más de medio siglo por Guislain, y empleado en estos últimos tiempos metódicamente y con resultado por los médicos alienistas alemanes y rusos (véanse los trabajos de Schüle, d'Illenau; de Clemens Neisser, de Leubus; de Bernstein, de Moscou, etc.), ofrece ventajas tan manifiestas, que algunos autores llegan á considerarle como un verdadero específico contra la melancolía.

El tratamiento por la *permanencia en cama* parece, en efecto, estar indicado en esos enfermos que presentan todos los síntomas de una gran depresión física y moral. La posición horizontal facilita no sólo la circulación cerebral, sino también la circulación general; el corazón late con mayor fuerza, la temperatura se eleva, y la cianosis y el enfriamiento de las extremidades van desapareciendo poco á poco. Las fuerzas se recobran al mismo tiempo que se calma la excitación y disminuye el estupor. El sueño es mejor y más reparador y los enfermos parecen estar sanos.

Algunos médicos — y entre ellos nos contamos — opinan que conviene hacer levantar al enfermo todos los días algunas horas, con un doble fin higiénico; en primer lugar, para obligar al melancólico á dar un corto paseo, y luego con el objeto de que pueda levantarse la cama, airearse.

Este sistema de tratamiento ofrece algunos inconvenientes, que se logran fácilmente obviar. Existen algunos enfermos, sobre todo los melancólicos agitados, que se oponen obstinadamente á permanecer tendidos en la cama; pero teniendo cerca de ellos un guardián que les obligue á volverse á acostar así que se levanten, se logrará poco á poco habituarles á la posición horizontal.

Otros inconvenientes son también el *gatismo* y la constipación. Para lo primero, existen los cuidados de limpieza que son necesarios á todo enfermo que permanece en cama; contra lo segundo, bastan algunos laxantes.

De hecho la permanencia en cama facilita la vigilancia de los melancólicos, siendo con ello sumamente raras las tentativas de suicidio; pero se comprende muy bien que las horas de reposo deberán ir disminuyendo progresivamente, á medida que mejore el estado mental de los enfermos y entren éstos en convalecencia.

4.° El reposo en cama no excluye en modo alguno los demás medios de tratamiento, debiéndose emplear, simultáneamente, todos los agentes sedantes del sistema nervioso. El más común y usado, y que produce excelentes resultados, son los *baños tibios* prolongados. El agua debe permanecer á la temperatura constante de unos 32° C.; deben también colocarse en la cabeza del enfermo compresas mojadas en agua fría. La duración de los baños podrá ser, para los melancólicos agitados, sin ningún inconveniente, de dos horas, siendo de utilidad ensayar la alimentación á los enfermos mientras toman su baño.

Después de los baños siguen las *duchas*. Los procedimientos hidroterápicos más generalmente empleados son: la ducha en forma de lluvia, y la ducha en círculo, y después la ducha en chorro á lo largo de la columna vertebral. Estos medios producen sobre todo buenos resultados en los casos de depresión melancólica con analgesia y anestesia cutánea; constituyen el mejor excitante; por la reacción que determinan, aumenta la actividad de la circulación, se mejora la nutrición y el enfermo recobra sus fuerzas generales.

Con el reposo en cama, los baños y la hidroterapia, en las variedades de melancolía, lo que es más importante, aun antes que toda medicación farmacológica, es la *alimentación*, y una alimentación ordenada y conveniente. Es necesario someter el enfermo á un régimen dietético razonado, dándole alimentos ligeros, no excitantes. Generalmente los melancólicos tienden á alimentarse lo menos posible, conviniendo excitarles á que coman y procurando satisfacer sus caprichos; pero no se deberá dejar pasar ninguna comida sin obligarles á tomar algún alimento, á fin de habituarles á la regla general.

En los casos de rehusar en absoluto la alimentación, de sitiofobia, el médico deberá investigar la causa de esta repulsión. Sabido es que, en los alienados melancólicos, puede ser determinado por razones psíquicas, tales como ideas de suicidio, temores de envenenamiento, alucinaciones imperiosas, ideas religiosas de mortificación, etc., en otros casos, por el contrario, la causa es realmente física, pudiendo la sitiofobia ser debida ya á una verdadera anestesia de la sensación de hambre, ya á un estado patológico de las primeras vías digestivas (capas biliosas ó mucosas de la lengua, etc.), punto de partida de ilusiones del gusto, etc.

En este último caso, el remedio puede ser muy sencillo; un *purgante* ó un *vomitivo* administrados convenientemente hacen desaparecer la causa, y devuelven el apetito al enfermo. No ocurre lo mismo en los otros casos, pues el conocimiento de la causa no nos proporciona el remedio. Sea como fuere, una vez bien establecido el diagnóstico, cuando el médico comprue-

be que la sitiofobia es debida á un concepto delirante ó á una anestesia de la sensación de hambre, será necesario tratarlo debidamente: ¿deberemos recurrir sin tardanza á la alimentación forzada, ó bien, como aconsejan algunos autores, no recurriremos á ella hasta haber agotado todos los medios morales que estén á nuestro alcance, intimidación, ruegos, etc., ó bien conviene todavía contemporizar, empleando medios más sencillos, como dejar constantemente los alimentos al alcance del enfermo, que acaba por dejarse tentar?

Todos estos medios pueden tener su eficacia, dependiendo necesariamente del grado de la enfermedad. Algunos melancólicos acaban por ceder y comer, gracias á las súplicas y hasta únicamente ante la amenaza de la sonda. Cuando resultan impotentes los medios morales, ¿debe recurrirse á la sonda sin tardar? No es posible establecer respecto de este punto reglas absolutas; es siempre necesario atender á las circunstancias especiales, á la situación individual de cada enfermo. De todas maneras se puede sentar en principio que se puede retardar algunos días el recurso de la alimentación forzada cuando se trata de enfermos bien nutridos, que tienen fuerza y están gruesos; que, al contrario, en melancólicos debilitados, enflaquecidos, no se debe contemporizar y para no agravar su estado físico y por ende su estado mental, ha de recurrirse cuanto antes á la alimentación forzada.

Se da el nombre de *alimentación forzada* á la introducción, valiéndose de medios artificiales, de los alimentos en las vías digestivas.

El medio más sencillo, el más comúnmente empleado, es la sonda esofágica.

Para usarla, es ante todo necesario lograr la inmovilidad del enfermo. Existen casos en que la cosa es fácil, cuando el melancólico permanece, en cierto modo, pasivo, cuando no opone resistencia alguna; basta entonces que los enfermeros le sujeten los brazos y las piernas y que se le inmovilice la cabeza. Pero cuando se trata de un melancólico agitado, que á todo se resiste resuelto á dejarse morir de hambre, bregando con todas sus fuerzas, es mucho más sencillo, para evitar luchas penosas y las contusiones consecutivas, ponerle la camisola y luego hacerle sujetar las piernas y la cabeza. La operación de introducir la sonda resulta así más fácil.

La sonda esofágica debe ser siempre de materia blanda y flexible; su diámetro no pasará de 5 milímetros, debiendo ser sus paredes perfectamente lisas é ir provista en su extremo inferior de uno ó más bien dos amplios orificios dispuestos lateralmente: una sola abertura terminal hace más doloroso el paso de la sonda, y se oblitera por otra parte muy fácilmente. El extremo superior estará ligeramente dispuesto en forma de

embudo á fin de que pueda adaptarse al aparato que ha de contener el líquido alimenticio.

La introducción de la sonda puede efectuarse por la boca ó las fosas nasales.

A. — *Cateterismo por la boca.* — Es el modo operatorio más sencillo y también el más fácil de emplear, cuando se logra hacer abrir la boca y colocar un cono de madera, por ejemplo, sujetado por un ayudante, para mantener separadas las mandíbulas. Una vez abierta la boca de este modo, la operación ofrece pocas dificultades. Basta deprimir la lengua del enfermo con el dedo índice izquierdo, que se puede insinuar hasta la epiglotis; luego, haciendo deslizar la sonda á lo largo de este dedo, se la conduce hasta la pared lateral y posterior de la faringe, para no lastimar la laringe ni penetrar en ella, y se inclina en seguida de nuevo el instrumento en la dirección de la línea media. Este tiempo de la operación debe ejecutarse con precaución y rapidez, á fin de no dificultar la respiración, que deja de impedirse una vez la extremidad de la sonda ha rebasado el cartílago cricoides y ha ingresado en el esófago.

Ínútil es añadir que el operador deberá, antes de proceder al cateterismo, mojar sus manos en un líquido antiséptico y untar el instrumento con vaselina boricada.

B. — *Cateterismo por las fosas nasales.* — Estando el enfermo sentado ó acostado y mantenido en la mayor inmovilidad, se introduce la sonda, de antemano untada con vaselina boricada, por una de las aberturas nasales; llegada á la cara posterior del velo del paladar avanzando por el suelo de las fosas nasales, deberá encorvarse en ángulo agudo, salvar la laringe y seguir la pared posterior de la faringe, que la conduce al esófago. Durante este trayecto, el instrumento encuentra varios obstáculos, que importa conocer y saber franquear.

Desde luego es necesario tratar de nuevo del paso por las fosas nasales, que puede á veces ser difícil, ya porque las dos aberturas nasales presenten una estrechez congénita, ó bien porque una de ellas sea más estrecha por efecto de una desviación del tabique; en este último caso, bastará utilizar la ventana del otro lado. Pero cuando son estrechas una y otra, Marcé aconseja que sin titubear «se introduzca la sonda con alguna fuerza, corriendo el riesgo de fracturar los cornetes anteriores ó de provocar una hemorragia, que no ofrece nunca gravedad.» Puede ocurrir también que el enfermo, en previsión de la operación que se le va á practicar, se introduzca piedras ú otros cuerpos extraños en las fosas nasales; bastará un examen atento para reconocerlo y una pinza para la extracción de aquéllos.

El segundo tiempo de la operación es cuando el extremo de la sonda llega á la pared posterior de la faringe y debe encorvarse. Con bastante frecuencia, sobre todo si la sonda es nueva y no ha servido, el obstáculo en dicho punto es tal, que obliga á renunciar á la operación por el temor de producir un desgarró de la faringe. Se remedia este inconveniente teniendo la precaución de encorvar el extremo de la sonda antes de la operación.

Una vez franqueado este punto, el cateterismo puede ofrecer serias dificultades, que importa tener siempre presentes. Puede, en efecto, acontecer:

1.º Que el extremo de la sonda se insinúe en una de las muchas lagunas que presenta la mucosa de la faringe en la parte superior: si se empuja entonces el instrumento sin precaución, puede perforarse la mucosa, el instrumento invade el tejido celular que separa aquélla de la columna vertebral, proviniendo de ello inflamaciones retrofaríngeas y accidentes mortales... Baillarger cita un caso de este género: en un enfermo, introducida la sonda, en vez de enfilar el esófago, perforó la faringe; la inyección alimenticia fué seguida de una hinchazón enfisematosa considerable, de supuración, y el alienado murió al cabo de cinco días. En la autopsia se encontró un desgarró de la faringe y una infiltración purulenta que llegaba hasta el diafragma.

2.º Que la sonda sea demasiado blanda, ó que el paciente haga esfuerzos violentos ya con la lengua, ó bien contrayendo los músculos de la faringe, y entonces el instrumento, en vez de descender formando ángulo agudo, puede doblarse desde luego sobre sí mismo, y regresar por la nariz, ó más bien por la boca, donde puede ser cogido y cortado con los dientes.

3.º Por fin, una última dificultad es que, ya por la resistencia violenta del paciente que contrae los músculos de la faringe ó bien por una especie de espasmo de estos músculos, la sonda no pueda seguir avanzando.

Para obviar estos inconvenientes, se ha ideado todo un arsenal de mandriles para las sondas, los que, en vez de facilitar la operación, la complican; la experiencia demuestra que con paciencia y hábito se logra casi siempre la introducción de la sonda sin necesidad alguna de recurrir á ninguno de estos mecanismos suplementarios. Se puede también, para evitar los inconvenientes enumerados, emplear la sonda ideada por J. Cotard.

«Esta sonda difiere de las sondas usuales en que lleva en su extremo un pico encorvado, de una longitud aproximadamente de 2 centímetros y

formando con el resto del instrumento un ángulo obtuso de unos 150 grados. Este pico no ofrece ninguna dificultad para el paso á través de las fosas nasales, y presenta las siguientes ventajas: la sonda penetra sin ninguna resistencia en la faringe, no es necesario ejercer presión de ninguna clase como ocurre con las sondas ordinarias, que deben encorvarse á la salida de las fosas nasales para tomar la dirección de la faringe...

«Una vez el pico de la sonda ha ingresado por completo en la faringe, el operador lo advierte por los movimientos de lateralidad que, siendo imposibles en las fosas nasales, resultan fáciles en la faringe. Si se continuase la operación impeliendo simplemente la sonda, el pico de la misma vendría á enfilarse directamente el orificio de la laringe, como ocurre con suma frecuencia con las sondas ordinarias. Es necesario entonces imprimir á la sonda un movimiento de rotación sobre su eje; el pico, en vez de entrar en la laringe, se dirige lateralmente y hacia atrás, y resulta imposible el ingreso de la sonda en las vías aéreas.»

En los casos en que existe un estado espasmódico de los músculos de la faringe, en aquellos en que estos músculos están violentamente contraídos por la voluntad del enfermo, se puede, cuando la sonda ha llegado á la entrada de la faringe, inyectar por el pabellón algunas gotas de aguardiente usual. Este líquido irritante provoca inmediatamente un movimiento reflejo de deglución, arrastrando la sonda, que es ligeramente empujada al mismo tiempo por el operador (Sizaret).

La sonda ha franqueado la faringe y ha penetrado luego más profundamente. Tiene grandísima importancia saber si está realmente en el esófago ó bien si acaso se hubiese deslizado por la laringe; puesto que la inyección de líquido alimenticio en las vías respiratorias tendría muy graves consecuencias.

¿Cuáles son los síntomas que nos permitirán reconocer que la sonda se ha introducido en la laringe? Esta falsa maniobra da lugar á efectos inmediatos: produce sofocación, accesos de tos, afonía, la cara se pone roja, vultuosa, se observan, en una palabra, todos los síntomas de la asfixia. No se puede titubear en semejante caso, es necesario retirar la sonda y comenzar de nuevo la operación hasta que, por último, introducido ya el instrumento en el esófago, no se observe trastorno alguno de la respiración.

Para introducir los alimentos, se emplea ordinariamente ó bien una jeringa ó un irrigador cuyo tubo se enchufa á frote suave con el pabellón de la sonda, ó ya más simplemente un embudo. Los dos primeros procedimientos, aunque ofrecen algunas ventajas, —entre otras la de la celeridad,—se alejan quizás demasiado de las condiciones requeridas para la deglución normal, y pueden, empleados sin precaución, determinar la

distensión brusca del estómago. El embudo resulta al parecer en todo preferible: los alimentos caen así, por su propio peso, con cierta lentitud, y no cabe el temor de producir una brusca distensión del estómago.

Cuando se retira la sonda, es muy conveniente obturar el pabellón con el pulgar, para evitar de tal suerte que algunas gotas de líquido que quedan en la sonda penetren en la laringe determinando accidentes de irritación.

Por la sonda esofágica pueden inyectarse alimentos muy variados. El punto principal es que sean bastante nutritivos para sostener la economía, y bastante fluidos para que se deslicen fácilmente por la sonda. Este doble resultado se logra propinando leche, chocolate, caldos más ó menos concentrados ó caldos con yemas de huevo en disolución; podría también añadir á la leche ó al caldo un poco de sémola ó de tapioca muy fina, pero podría ocurrir que se formaran grumos obturando la sonda, siendo pues, preferible añadir en tal caso jugo de carne machacada.

Como regla general, la alimentación forzada deberá, en cuanto sea posible, aproximarse á la alimentación racional, componiéndose el líquido alimenticio de todos los materiales reconstituyentes de la economía. Por tanto, no bastará el administrar alimentos azoados y feculentos, conviene añadir también sustancias grasas, con preferencia el aceite de hígado de bacalao; luego en concepto de alimentos de ahorro puede añadirse también, en ciertos casos, un poco de alcohol, café ó té, etc.

Es necesario aprovechar la introducción de la sonda para dar al mismo tiempo á los enfermos, que de otro modo no las tomarían, las sustancias medicamentosas que se les hayan prescrito.

El cateterismo esofágico deberá practicarse dos ó tres veces al día, en los melancólicos sitiofóbicos; generalmente, á no existir indicaciones especiales, bastará con dos veces, siendo de un litro y medio á dos litros la cantidad de alimentos ingeridos.

Para reparar las fuerzas del melancólico, es conveniente añadir á su alimentación — sea ésta voluntaria ó forzada — algunos medicamentos reconstituyentes, como los *ferruginosos*, los *glicerofosfatos*, el *arsénico* en forma de licor de Fowler.

Para despertar el apetito, estará indicada la administración de *amargos*, *quina*, *tintura de nuez vómica*.

4.º Deben combatirse con cuidado la *constipación* y los demás *trastornos digestivos*. Nosotros consideramos que la primera obligación del médico, al tratar un alienado melancólico en sus comienzos, cuya lengua sea saburral y se sienta su aliento, es la prescripción de un *purgante*

enérgico. Luego ulteriormente, si el enfermo sufre constipación, se le ha de obligar á que tome metódicamente y todos los días purgantes salinos á pequeñas dosis, agua de *Hunyadi Janos*, ó agua de *Rubinat*, por ejemplo, ó también ordenarle enemas simples.

Contra los trastornos gastro-intestinales de mayor consideración, contra la dilatación del estómago, que puede dar lugar á la autointoxicación, será conveniente proceder al *lavado del estómago* (Régis, Bettencourt-Rodrigue), y practicar la antisepsia de las vías digestivas. De este modo se logrará también con frecuencia hacer desaparecer la anorexia y aun la sitiofobia, pues pueden ser una y otra debidas á trastornos de los órganos digestivos.

5.º El síntoma más penoso y también el más tenaz de la melancolía en todas sus formas es el *insomnio*. Para combatirlo, se emplea á menudo y sucesivamente toda la serie de medicamentos hipnóticos sin obtener resultado notable, ó ni siquiera muy satisfactorio. Es indudable que el reposo en la cama, los *baños* dados por la tarde, hasta los baños de pies, son procedimientos con los que á veces se logra determinar el sueño, aun en los enfermos más refractarios. Pero más ordinariamente es necesario recurrir á los medios farmacológicos, de los que son los más eficaces el *cloral* á la dosis de 1 gramo á 1^{er},50; el *paraldehido* desde 3 gramos al principio hasta 5 y aun 6 gramos; el *sulfonal*, de 1 á 2 gramos. Estos medicamentos deberán administrarse á primera hora de la noche á las nueve, por ejemplo, en una taza de leche azucarada; dándolo con este vehículo los enfermos lo rechazarán menos que si se administraran en poción. En los casos de alimentación forzada, el medicamento se administrará á los enfermos por la sonda, al propio tiempo que la última comida del día.

En la enumeración anterior de los medicamentos hipnóticos no se hace mención alguna de los *opios*; reclaman, en efecto, un estudio especial, ya que el opio, según expresión de Schüle, es «el rey de los medicamentos en los melancólicos.» Y el mismo autor añade: «El objeto del tratamiento es siempre calmar el órgano cerebral. Para disminuir la depresión moral ó hacerla desaparecer, para regularizar la marcha de las ideas y aminorar la influencia de la idea delirante sobre las demás ideas, de modo que la percepción adquiera de nuevo su juego normal (despertamiento de la atención), este tratamiento debe ser continuo; de este modo se logra la curación. El reposo del nervio por medio del opio es como la inmovilidad de un miembro dentro de un aparato. El secreto de la terapéutica por el opio consiste en el *empleo metódico* de este medicamento.»

Este medicamento puede administrarse en cualquiera de sus formas, de dos maneras distintas: á dosis moderadas y fraccionadas ó á dosis elevadas progresivamente.

A dosis moderadas y fraccionadas, el opio parece indicado sobre todo en las variedades tórpidas de la melancolía, en los enfermos debilitados, con circulación general retardada, con adormecimiento de la actividad cerebral. Si se administra á tales enfermos el extracto tebaico, por ejemplo, á la dosis de 8 á 12 centigramos al día, en una poción para tomar en seis veces, con intervalos de dos horas, se consigue hacerles recobrar el sueño, tonificar el sistema nervioso, disminuyendo á la vez la extremada sensibilidad. Se observa además que la circulación general, la del cerebro sobre todo, se reanima, y como consecuencia una mayor actividad y lucidez en los conceptos, más animación en los actos (Engelken, Guislain, Marcé).

En la mayoría de casos, se recurre á las dosis progresivamente elevadas, ya al interior, ó bien en forma de inyecciones hipodérmicas.

Al interior, se administran el *extracto de opio* ó el *láudano*.

El primero de estos dos medicamentos deberá prescribirse en un principio á la dosis de 5 centigramos; luego progresivamente se llega á 8, á 10 centigramos, á 15, y hasta á 20. A esta dosis se obtiene generalmente un afecto calmante y, según frase de Krafft-Ebing, "psíquicamente anestesiante." A veces, según observación de algunos autores, para obtener un resultado favorable, es necesario aumentar la dosis hasta 50 centigramos; pero sólo en raros casos será necesario emplear tan fuertes dosis.

El extracto de opio deberá prescribirse, no en píldoras, que quizás el enfermo dejaría de tragar, sino en un vehículo líquido, administrando las dosis en dos veces, por la mañana y por la tarde.

Cuando se ha llegado á la dosis máxima, no conviene en modo alguno suprimir bruscamente el opio, sino que es necesario ir progresivamente disminuyendo la dosis.

Por lo que se refiere al láudano, cuya eficacia será estudiada más adelante en el tratamiento de la melancolía angustiosa, convendrá asimismo ir progresivamente elevando las dosis y disminuirlas de igual modo.

Para el método hipodérmico, se recurre al *clorhidrato de morfina* (Aug. Voisin, Schüle). Las ventajas de este método son, en diversos conceptos, considerables, sobre todo cuando se trata de actuar con prontitud, y cuando el enfermo se opone enérgicamente á tomar el medicamento por la vía bucal. Se empleará también este método, con preferencia á todos

los demás, en los casos en que se presentan dolores periféricos, en los accesos paroxísticos de ansiedad y angustia.

Igualmente que el opio y el láudano administrados al interior, las dosis de morfina que se inyectan deben ser progresivas. Se comenzará por 0^{er},01, á fin de estudiar la tolerancia y la susceptibilidad del enfermo; luego se irá aumentando progresivamente la dosis, ateniéndose, claro está, á la acción del medicamento, hasta 6, 10, 20 centigramos y aún más. Se continuará, durante algún tiempo, la dosis alta, hasta haber conseguido la calma deseada; luego se disminuirán también progresivamente las dosis.

Las dosis máximas que se han de inyectar en las veinticuatro horas, varían según los autores. Schüle asegura que es raro tener que llegar á 20 centigramos; Cullerre afirma que es inútil aumentar las dosis más allá de 40 á 50 centigramos al día y alcanzar el límite tóxico para obtener todos los efectos que este medicamento es susceptible de proporcionar. Aug. Voisin, que ha hecho un estudio especial de este método de tratamiento, manifiesta que las dosis máximas deben variar según las formas de la melancolía. «La lipemanía con alucinaciones y estupor de las jóvenes, se cura casi siempre con la dosis de 9 á 10 centigramos al día; la lipemanía simple con 3 á 5 centigramos. La lipemanía con gemidos exige altas dosis (de 50 á 70 centigramos) al día.»

Consideramos que, en lo referente á las dosis máximas, es imposible establecer una regla general; varían, en efecto, según los individuos y también según la forma de su delirio. Conviene, pues, obrar con precaución, teniendo en cuenta las indicaciones que deriven de la susceptibilidad de cada enfermo y de los síntomas morbosos que ofreciere. Es cierto, en realidad, que las dos variedades extremas de la melancolía, la simple depresión melancólica y la melancolía angustiosa con agitación constante, parecen mejorar y hasta curar bien, merced al tratamiento morfínico: empleando para la primera dosis mínimas del medicamento, y para la segunda, dosis elevadas.

Es evidente que si el estado melancólico va acompañado de una lesión cerebral cualquiera, si es la expresión sintomática de una locura epiléptica ó de una de las formas de la parálisis general, el tratamiento morfínico estará absolutamente contraindicado. Lo propio en los casos en que existiere ateroma arterial.

Los efectos de las inyecciones de morfina en los melancólicos no pueden ponerse en duda. De igual modo que las diversas preparaciones opíadas al interior, pero con mucha mayor rapidez de acción, producen los siguientes resultados:

1.° La calma, la disminución de la hiperexcitabilidad psíquica y de la angustia precordial;

2.° La excitación de los nervios vasomotores y, por tanto, la reducción del calibre de los vasos;

3.° Una acción trófica sobre el sistema nervioso central; se facilita la nutrición y hasta se observa que los enfermos sometidos al tratamiento opiado ponen de nuevo carnes.

Este método de tratamiento ofrece siempre algunos inconvenientes que deben tenerse presentes. En primer lugar, los vómitos: aparecen muy pronto, á las dos ó tres horas de la inyección en los primeros días de tratamiento; pero, al cabo de algún tiempo, estableciéndose el hábito, no se repite el estado nauseoso aunque se inyecten elevadas dosis. Aug. Voisin aconseja, para impedir los vómitos, que se haga beber al enfermo, una hora antes de la inyección, una poción con 1 ó 2 gramos de cloral; pero es preferible hacerle tomar pequeños trozos de hielo.

Otro inconveniente es la constipación. Esta no es constante, puesto que, por el contrario, puede acontecer que una inyección subcutánea de morfina de 2 á 3 miligramos determine evacuaciones abundantes. La constipación, si aparece, puede combatirse fácilmente con purgantes ligeros y repetidos con frecuencia.

Pueden también producirse incidentes más graves, ya inmediatamente después de la inyección, ya una ó dos horas después: son los fenómenos de suspensión del corazón y de la respiración. El enfermo palidece, sufre desvanecimientos, su vista se nubla, disminuyen los latidos del corazón, el pulso se hace pequeño y filiforme, aparecen sudores fríos y por último la pérdida del conocimiento. En estos casos es necesario recurrir á *fricciones* excitantes, á la *respiración artificial*, á la *excitación eléctrica* de los nervios frénicos, y después á los estimulantes del sistema nervioso, como el *café*.

La patogenia de estos accidentes ha sido interpretada de diversos modos. En los casos en que aparecen inmediatamente después de la inyección, se ha atribuido á que la inyección del líquido medicamentoso se ha practicado en una vena, al *choc*, ó también á la parálisis refleja de los centros nerviosos de la médula espinal, determinada por la misma puntura. Cuando los accidentes sólo tienen lugar algunas horas después de la inyección, se trata de un verdadero envenenamiento, que se deberá combatir según las reglas dictadas en semejante circunstancia.

En cuanto á los abscesos ó flemones á consecuencia de las punturas, se evitarán las más de las veces tomando, al hacer la operación, todas las

precauciones antisépticas actualmente en uso y empleando también siempre soluciones de morfina recientemente preparadas.

Pero con el uso continuado de ese medicamento ¿no es de temer la morfínomanía? Este peligro es poco probable y se citan muy pocos casos de melancólicos que se hayan vuelto morfinómanos por el tratamiento con las inyecciones hipodérmicas de morfina. Esto depende, á nuestro modo de ver, de que ese tratamiento, aplicado á enfermos aislados en establecimientos especiales, era dirigido por el médico, que les iba desacostumbrando progresivamente, les administraba al interior un sucedáneo, llegando así á la convalecencia y luego á la curación de los mismos, sin darse cuenta hasta cierto punto de la suspensión de la morfina.

6.º En estos últimos años se ha ensayado añadir á los medios de tratamiento indicados, otros que no han dado los buenos resultados que de ellos se esperaba, pero merecen, sin embargo, ser mencionados.

Entre ellos, hay que recordar el método de las *inyecciones de jugo testicular* inventado y preconizado por el profesor Brown-Séquard y que tanta fama logró en 1889. Al profesor Mairet (de Montpellier) se le ocurrió aplicarlo al tratamiento de la melancolía, consignando en un trabajo publicado en 1890, los resultados obtenidos, á la verdad, muy poco demostrativos. Practicó el experimento en cuatro enfermos con estupor, y si bien las inyecciones de líquido testicular produjeron una hiperexcitación del sistema nervioso afectando la inteligencia, la sensibilidad y la motilidad, fué sólo pasajera, cesando algunos días después de las inyecciones. Además de esta acción inmediata, determinan otra más duradera, que consiste en una acción tónica, reguladora de la circulación y de la nutrición. En definitiva, pues, los resultados terapéuticos son nulos, ya que los enfermos vuelven rápidamente á su estado anterior al suspenderse las inyecciones.

En 1893, Cullerre ensayó en alienados de su clínica, entre los que se contaban algunos melancólicos, la *transfusión nerviosa* preconizada por Constantino Paul. Practicaba cada dos días una inyección de substancia gris, al 1 por 5, á la dosis de 4 gramos.

La mejoría que se obtenía era principalmente física: aumentaba el apetito del enfermo, recobraba la fuerza muscular y engordaba rápidamente. La transfusión nerviosa, aplicada en las afecciones melancólicas, puede, por tanto, considerarse como un estimulante de la nutrición, como un remedio esencialmente tónico, pero no como una indicación contra el elemento psicópático en sí mismo.

Idénticas conclusiones pueden aplicarse á las inyecciones á base de

fosfato de sosa, recomendadas por Crocq, hijo, y Francotte, que han ensayado sistemáticamente Legrain y Bourdin en los alienados. De sus experimentos deducen los últimos, que esas inyecciones no logran modificar el estado psíquico de los enfermos, pero que influyen "directamente ó mejor quizá de un modo indirecto sobre la salud física."

En resumen, así las inyecciones de líquido testicular ó fosfático como la transfusión nerviosa, tal como hoy se entienden, no pueden, á lo que parece, ser consideradas como una forma de tratamiento de la melancolía, y sí sólo como un coadyuvante para obtener en ciertos casos la mejoría de la salud física del enfermo.

7.º A los diversos procedimientos físicos que acabamos de enumerar, ha de agregarse el *tratamiento moral*, que ofrece algunas indicaciones de las que el aislamiento es la más importante. Como ya se ha tratado de él anteriormente, no hay necesidad de volver á insistir sobre lo mismo.

Otra indicación, no menos importante, es la concerniente á las relaciones del médico y de las personas que rodean al enfermo con éste. Lo que se procurará en primer término es prodigar al melancólico la mayor suma de cuidados y solicitud, demostrarle el interés que por él nos tomamos y procurar merecer su confianza. Mientras la enfermedad esté en su período agudo, serían completamente inútiles las discusiones acerca de sus convicciones delirantes, y las críticas y hasta las exhortaciones podrían resultar contraproducentes al fin que nos proponemos. En este primer período de la afección, como ha dicho muy bien Schüle, "no hay más que interesarse de una manera sincera y prudente por la suerte del enfermo, procedimiento que despierta su confianza, mostrándole que el médico comprende su dolor y así, con actos más que con palabras, logra inspirarle confianza y hacerle también confiado. No hay, pues, que discutir sus ideas delirantes, ni intentar refutarlas, antes bien aceptarlas, aunque haciéndole notar que están en contradicción con la realidad, y permanecer firme y tranquilo ante los ensayos de demostración que intenta el enfermo. El punto capital, lo que conviene ante todo, es ganar su confianza."

En ciertos melancólicos, como ya se ha dicho antes, es necesario evitar lo más cuidadosamente posible toda excitación exterior, cualquiera intervención intempestiva de amigos y parientes, siguiendo en estos casos el médico la conducta que le dicten las circunstancias, pues sólo á él corresponde señalar el momento en que podrán los enfermos salir de su aislamiento necesario y recibir visitas; pero convendrá inspeccionar

con mucho cuidado los resultados de las primeras entrevistas, pues de ser desfavorables, no podrán renovarse hasta pasado un nuevo período de aislamiento. No es raro que los mismos enfermos soliciten de nuevo la visita de aquellos á quienes habían recibido mal la primera vez, y con los que se muestran después más afectuosos y atentos.

De no menor importancia en el tratamiento moral es la indicación de combatir la ociosidad de los enfermos. Nada más difícil por otra parte. No hay que pensar en hacer trabajar al melancólico en estado de estupor, ni al melancólico angustioso que no puede estar parado y gime constantemente; pero es menester animar para el trabajo al melancólico simple, abúlico, el que es incapaz de hacer algo ni de quererlo hacer. Sin necesidad de importunarle, pueden muy bien aconsejarse al principio algunas ocupaciones fáciles y sencillas, especialmente las que exigen algún movimiento. El procedimiento que da muchas veces buenos resultados es colocarlos en medio de otros trabajadores, pues si los primeros días permanecen impasibles, sin que al parecer se interesen por lo que pasa á su alrededor, poco á poco salen de su entorpecimiento, y llevados del instinto de imitación, acaban por trabajar como los demás. Ejemplos de este género los podrían citar, sin duda, todos los médicos alienistas.

Estas ocupaciones (trabajar en los campos, en los jardines, los hombres; coser, lavar, etc., las mujeres) resultan sobre todo eficaces en el tratamiento de la melancolía cuando los enfermos han salido del período agudo de la afección, ó entran en convalecencia.

Otro tanto puede afirmarse respecto de las distracciones. Generalmente se cree que la melancolía es un «estado de ánimo» especial susceptible de modificarse por las distracciones y los juegos; que bastan los espectáculos ó funciones alegres y las diversiones agradables para que desaparezcan la tristeza, la inquietud y los tormentos del melancólico. Y sin embargo, nada más falso que esta suposición y nada más difícil también que desvanecer esta creencia del público incompetente. Así, pues, el médico se halla continuamente solicitado por las familias de los melancólicos para buscar distracciones variadas al enfermo, en la creencia de que sólo ellas podrán hacerle salir de su estado de apatía ó estupor, en que obstinadamente se encierran. La regla de conducta que ha de seguir el médico en estas circunstancias está bien trazada: oponer un *veto* formal á las reclamaciones de los parientes, reservándose para sí el fijar la hora y el momento en que podrán convenir las distracciones al enfermo confiado á su cuidado, pues obligar á éste fuera de tiempo equivale á torturarlo inútilmente y á redoblar su agitación y concepciones delirantes.

Sean cuales fueren las distracciones no resultan, lo repetimos, verda-

deramente útiles hasta que declina el período agudo de la melancolía, ó bien cuando el enfermo ha entrado en el de plena convalecencia. Sólo entonces cabe esperar buenos resultados de los paseos fuera del asilo, de las comidas en familia, de los espectáculos, de las salidas provisionales del asilo y también de los viajes. No se olvide, sin embargo, que, aun en los melancólicos que parecen estar convalecientes, conviene siempre ser desconfiado, pues ¡cuántos no hay que disimulan sus concepciones delirantes y se aprovechan de la libertad que se les concede para poner en práctica sus ideas de suicidarse!

V

Indicaciones terapéuticas especiales para las diversas variedades de melancolía

Las indicaciones terapéuticas generales descritas en el capítulo precedente se aplican á todas las variedades de la melancolía; pero hay, además, otras especiales para cada una de ellas, en las que importa detenerse.

A.—MELANCOLÍA SIMPLE CON CONCIENCIA

En los melancólicos con conciencia sólo se impone la reclusión y el aislamiento en los casos en que muestran tendencias al suicidio, ó también cuando la depresión física y moral es de tal naturaleza, que es imposible hacer seguir á los enfermos un tratamiento metódico, por la resistencia que oponen á los individuos de su familia.

En el tratamiento de la melancolía con conciencia, lo mismo que en el de todas las variedades de la melancolía, puede recurrirse á dos clases de medios terapéuticos:

- 1.º Los que responden á las indicaciones que se deducen de las diversas funciones de la economía;

- 2.º Los que tienden directamente á combatir la depresión.

Por lo que se refiere al *tratamiento físico*, conviene ante todo y principalmente levantar las fuerzas del enfermo, primera indicación que se cumple por medio del reposo en cama, alternando con paseos al aire libre, una alimentación regular y variada y con los tónicos y los excitantes.

Para combatir la tensión dolorosa del sistema nervioso, se recurrirá al tratamiento por los *baños* prolongados (de una á dos horas de duración) á la temperatura constante de 28 á 32°, ó también á las prácticas *hidroterápicas* en forma de duchas sobre la columna vertebral ó, lo que va mejor, con la sábana mojada. Por punto general, los enfermos repugnan esta clase de tratamiento, pero vuelven de su acuerdo casi siempre después de haberlo seguido algún tiempo, y como experimentan sus beneficiosos resultados, se someten luego á él muy de su agrado.

Importa vigilar muy atentamente la reacción que en esos enfermos se produce, facilitándola cuanto sea posible por medio de fricciones secas, ejercicio, y envolviéndolos con mantas de lana. Esta reacción es tanto más difícil de obtener cuanto que se trata de individuos decaídos, escasamente alimentados y que se obstinan en no moverse; razón de más, por consiguiente, para procurar que se verifique en las mejores condiciones posibles.

En cuanto al insomnio, si no se logra vencer con los baños y la hidroterapia, habrá de recurrirse al *opio* ó á otro medicamento hipnótico: el *sulfonal*, la *cloralosa*, etc.

El *tratamiento moral* puede ser de verdadera eficacia en esta forma de melancolía, con la condición, sin embargo, de no apresurar las cosas. Ciertamente, los melancólicos con conciencia parecen ser los más susceptibles de mejorar bajo la influencia de lo que se ha llamado la *psicoterapia*; esto no obstante, precisa guardarse bien de combatir directamente las ideas y tendencias morbosas de estos enfermos, discutir las, y sobre todo reírse y burlarse de las mismas. Con semejantes procedimientos, además de perder el tiempo se pierde también la confianza de los enfermos, que es precisamente lo que más conviene obtener. No es necesario tampoco sondear ni entrar en explicaciones respecto de sus ideas, pues esto fuera darles seguramente pie para entretenerlas y quizás para desarrollarlas.

El método de tratamiento moral preferible es la *diversión psíquica*, que se proporciona á los enfermos con el trabajo, las distracciones, conversaciones, paseos, etc. Dicho se está que todos esos medios, que cabe variar hasta el infinito, deben amoldarse á las circunstancias, lugares, carácter de los individuos, etc.; y de la acertada elección de los mismos, así como de su aplicación metódica, dependerá muchas veces el éxito de la terapéutica mental aplicada por el médico.

B. — MELANCOLÍA ANGUSTIOSA

En esta variedad de la melancolía, que se caracteriza sobre todo por la agitación constante y ansiedad que revela el enfermo, la indicación principal consiste en procurar la calma y disminuir el dolor físico y moral del mismo.

Con este objeto, habrá de prescribirse el *reposo en cama*, los *baños prolongados* de dos horas de duración, aplicando compresas de agua fría sobre la cabeza; y, en primer término, se emplearán los *opiados*, que en esta variedad de melancolía producen magníficos resultados.

En estos casos también están indicadas las inyecciones de *clorhidrato de morfina*, según el método de Aug. Voisin indicado anteriormente; pero si el melancólico angustioso no es sitióforo, ni se niega á medicarse, será preferible administrar el láudano al interior, tratamiento recomendado por Pierret, de Lyon, y por Belle y Lemoine.

El *láudano* se administra á dosis progresivas; se comienza por V gotas y se aumentan cada día otras cinco, pudiéndose llegar así á C y también CC gotas, sin que se presenten accidentes que sean de temer. Belle y Lemoine, aunque no han tenido ocasión de administrar más de CC gotas por día, pues siempre obtenían la mejoría antes de llegar á esta dosis, afirman que no vacilarían en pasar de esta cifra si fuese verdaderamente necesario.

El *láudano* ni á dosis elevadas llegaría á provocar accidentes, pudiendo á lo sumo determinar algún malestar gástrico de poca importancia. Por lo que toca á la constipación, no se produce nunca si se toma la precaución de prescribir al enfermo diariamente ó cada dos días un laxante, como, por ejemplo, un vaso de agua de Hunyadi-Janos.

Sea cual fuere la cantidad de láudano empleada, habrá de darse en porción, que se tomará en dos veces, una por la mañana y otra por la tarde.

Además del reposo en cama, del tratamiento por los baños prolongados y del láudano administrado al interior, es necesario fijarnos de un modo especial en la *alimentación* del enfermo. Conviene, en efecto, que coma mucho y con regularidad é importa también averiguar los gustos del enfermo para satisfacerlos.

La hidroterapia tiene su verdadera y plena eficacia en el período de declinación de la enfermedad, cuando se ha mejorado la salud física del

individuo; las duchas que se prescriban deberán ser, con todo, de muy corta duración.

Por lo que respecta al tratamiento moral de la melancolía angustiosa, sería completamente inútil durante el período agudo de la enfermedad, pues en toda esa fase el melancólico es de ordinario incapaz de sostener la más sencilla conversación, quejándose y moviéndose continuamente y sin poder fijar la atención en ninguna cosa. Será menester, por lo tanto, aguardar á que la dolencia vaya declinando para aplicar con eficacia las reglas del tratamiento moral, que, en esos casos, no difieren de las que acabamos de indicar para la melancolía con conciencia.

C. — MELANCOLÍA SENIL

En esta variedad de melancolía conviene atender sobre todo, desde el punto de vista terapéutico, á la nutrición y actividad vital debilitadas, lo que es tanto como decir que la mayor parte de las indicaciones derivan de los síntomas somáticos.

El *reposo en cama* se impone en la melancolía senil más que en ninguna otra variedad de melancolía, en términos que salvo algunas horas durante el día en que podrá tomar el aire, el descanso habrá de ser casi continuo. Los baños se prescribirán muy de tiempo en tiempo y de corta duración; la hidroterapia está contraindicada.

Lo que importa principalmente es levantar las fuerzas del enfermo merced á una alimentación propia y ordenada, haciéndole tomar al mismo tiempo preparados de *quina*, *vino* y *café*.

En los casos de debilidad física muy pronunciada, se obtienen muy buenos resultados con las inyecciones hipodérmicas de las soluciones siguientes:

1.º Solución de Lutón, de Reims:

Sulfato de sosa	10 gramos
Fosfato de sosa cristalizado.	5 —
Agua destilada.	100 —

Disuélvase. 5 centímetros cúbicos.

2.º Solución de Huchard:

Cafeína.	aa.	5 gramos
Benzoato de sosa		
Fosfato de sosa.		10 —
Agua purá esterilizada		100 —

Disuélvase. 5 á 10 centímetros cúbicos.

Esta solución sirve también como tónico del corazón y diurético.

Para combatir el insomnio, tan rebelde en los viejos, se emplearán las preparaciones *opiadas*, ó bien la *cloralosa*, el *sulfonal*, etc.

Poco hay que decir del tratamiento moral, que se reduce á evitar al melancólico senil toda causa de excitación y de irritación; suprimir las visitas de los individuos de su familia á quienes tenga ojeriza, como sucede con harta frecuencia, y emplear los medios de persuasión más eficaces para hacerle comer, recurriendo á la sonda esofágica cuando se niega obstinadamente á alimentarse.

En los casos, que no son raros, en que los melancólicos seniles presentan síntomas de albuminuria ó de diabetes, se les someterá á un régimen y tratamiento apropiados.

D. — MELANCOLÍA CON IDEAS DE PERSECUCIÓN Ó PERSEGUIDOS MELANCÓLICOS

En los enfermos de esta clase es cuando principalmente se impone el aislamiento, ya desde los comienzos de la afección, en un establecimiento especial, y esto no solamente por razón del peligro que para ellos tienen sus ideas delirantes, sino también desde el punto de vista de la seguridad pública. Así, pues, convendrá vigilarlos siempre por sus ideas de suicidio y también porque, dominados por sus ideas de persecución, pueden convertirse en homicidas ó por lo menos pasar á vías de hecho con las personas que les rodean.

El tratamiento físico de los melancólicos perseguidos presenta las siguientes indicaciones:

Cuando rehusan los alimentos, se procurará primero persuadirles, exponiéndoles la necesidad de emplear en otro caso la sonda, y si al cabo de veinticuatro horas no se ha logrado todavía convencerles, se procederá á la *alimentación por medio de la sonda* esofágica. Sucede muchas veces que basta una sola prueba para que el enfermo se decida á comer como los demás.

Contra la constipación pertinaz pueden utilizarse muy diversos *purgantes*; lo preferible es obligar al enfermo á que tome todas las mañanas, durante algun tiempo, un vaso de agua purgante (*Hunyadi-Janos* ó *Birmensdorf*).

Con los *baños* generales templados de una á dos horas de duración se combate la excitación, y el insomnio con los medicamentos *hipnóticos* ya indicados.

La *hidroterapia* sólo podrá prescribirse en el período de la convalecencia.

Respecto al tratamiento moral, los perseguidos melancólicos, más que los de otras clases, son dignos del mayor interés. En efecto, estos enfermos son á la vez *víctimas* y *culpables*; sienten la necesidad de confiar á alguien lo que les pasa y experimentan un verdadero alivio al hacerlo. Así es que con ellos principalmente deberá el médico armarse de paciencia, escuchando sin contradecirles el relato de sus miserias y sufrimientos. Poseionado que esté de sus secretos y de sus preocupaciones delirantes, le será más fácil adquirir sobre ellos el ascendiente necesario y obrar, en consecuencia, de un modo útil para su estado mental.

E.—MELANCOLÍA CON ESTUPOR

La primera providencia que ha de tomarse en los casos de melancolía con estupor es el *aislamiento*, con más una vigilancia continua é incesante, pues, como ya hemos visto, el melancólico estúpido se siente arrastrado, obedeciendo en cierto modo á impulsos de su interior, á poner en práctica las ideas de suicidio que casi siempre le dominan.

El tratamiento físico consistirá en primer lugar en el reposo en cama, que parece ser el medio preferible para prevenir las infiltraciones, la cianosis de las extremidades producida por el retardo de la circulación y para combatir la lentitud de la respiración. Importa después en gran manera vigilar cuidadosamente la alimentación de esos enfermos, recurriendo acto seguido y sin contemplaciones á la sonda esofágica en el caso de que rehusen alimentarse de un modo regular. Conviene, en una palabra, que coman bien y en abundancia. Los excitantes como el *vino*, *alcohol*, *café*, *kola*, etc., están también indicados en semejantes casos y pueden administrarse por la sonda.

Los medios que parecen dar mejores resultados en la melancolía con estupor son los *revulsivos* y los *derivativos*; de estos últimos merecen la preferencia el *áloes* y los *purgantes* de esa clase, y por lo que toca á los revulsivos, han sido especialmente recomendados los *vejigatorios* en la nuca y los *sedales*. El vejigatorio «obra no sólo como un revulsivo físico, sino que algunos alienistas lo consideran como un agente de revulsión moral capaz de distraer la atención del enfermo y restablecer la sensibilidad». (CULLERRE).

Con el objeto de combatir la anestesia y la analgesia se han empleado la *urticación* y la *electricidad*; pero lo preferible todavía son los *baños*.

sinapizados. Se dan estos baños «echando de 2 á 3 kilogramos de harina de mostaza en un baño general á 28° C., en el que permanecerá el enfermo de cinco á diez minutos. Será conveniente proteger las partes genitales para evitar una irritación insoportable» (Ball).

En segundo lugar, después de los baños sinapizados, hemos de mencionar, como medio hidroterápico, la envoltura con una *sábana mojada*, con lo que se obtienen excelentes resultados.

Por lo que se refiere al tratamiento moral de la melancolía con estupor, en rigor sólo tiene cabida en el período de la convalecencia. Con todo, ha de recordarse siempre que el melancólico estúpido, á pesar de su indiferencia por todo lo que pasa á su alrededor, no es en realidad tan *extraño* al mundo exterior como parece, pues oye muy bien lo que se le dice. Por consiguiente, el médico, como todas las personas que rodean al enfermo, procurarán no decir nada delante del paciente que pueda aumentar sus preocupaciones morbosas y por lo mismo agravar quizá su estado mental.

Por lo que respecta á las demás indicaciones del tratamiento moral, siendo solamente aplicables en el período de convalecencia, apenas difieren de las que han sido precedentemente indicadas. Sin embargo, como la melancolía con estupor es con frecuencia provocada por un violento trastorno moral, convendrá, en la medida de lo posible, evitar al convaleciente toda emoción demasiado intensa que pueda perturbar su sistema nervioso.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO DE LA LOCURA INTERMITENTE

(CIRCULAR, DE DOBLE FORMA, ALTERNAS, ETC.)

POR

V. MAGNAN

Y

A. PÉCHARMAN

De la Academia de Medicina

Médico de los asilos de alienados
de la circunscripción de París

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones clínicas

La manera de sucederse los accesos aislados de manía y de melancolía ha servido durante mucho tiempo para caracterizar algunas psicosis. Se han descrito así, y se describen todavía, una *mania periódica* y una *melancolía periódica*, según que los accesos que, en un lapso de tiempo determinado, se producen en un mismo individuo, presenten la forma maniaca ó la melancólica. En 1854, Baillarger y Falret describieron simultáneamente un nuevo tipo morboso, que se caracteriza por la sucesión más ó menos ordenada, en un mismo individuo, de los accesos maniaco y melancólico. Mas así como para Baillarger el ciclo estaba constituido por la sucesión de dos períodos: manía, melancolía (acceso), intermitencias; — manía-melancolía (acceso), intermitencia, etc., para Falret existía á veces una intermitencia entre las dos fases de los accesos, manía y melancolía.

Baillarger denominaba á su tipo morboso *locura de doble forma* y Falret al suyo *locura circular*. Otros autores, como Delaye por ejemplo, iban todavía más lejos que Falret, pues admitían que una larga intermitencia podía intercalarse entre la fase maniaca y la melancólica, designando á este nuevo tipo con el nombre de *locura de formas alternas*.

La discusión quedaba así reducida á las relaciones entre las fases del ciclo y la intermitencia; pero examinando casos completos que se extiendan á gran número de años, se ve claramente que estas relaciones son variables, presentando cierta fijeza solamente en un corto período de tiempo. Y estudiando más detenidamente el asunto, podemos encontrar muchas otras formas de locura, pues el estado maniaco, el melancólico y la intermitencia pueden agruparse de muy diversas maneras. Y si se quisiera dar nombre á todas estas variedades, encontraríamos no sólo la doble forma, la forma circular, sino también las triples, cuádruples, dobles y triples alternas, etc. Hay más todavía; todas estas variedades pueden presentarse sucesivamente en un mismo enfermo; entonces la misma afección se designa, según las épocas en que ha sido observada, con los nombres de melancolía, manía, locura periódica, locura de doble forma, locura circular, y hasta más adelante con el nombre de manía ó de melancolía crónica, circunstancia ésta que hemos podido hacer notar en varias ocasiones.

Las clásicas descripciones de algunas de estas formas, consideradas como enfermedades distintas, ponen en claro estos hechos, pero no son suficientes para mostrar la relación ó lazo que las une.

Citemos, por ejemplo, los párrafos en que Ritti, en la página 238 de su obra, viene á resumir la evolución de la locura de doble forma.

«La locura de doble forma, dice ese autor, puede en algunos casos comenzar bruscamente (*d'emblée*) y antes de constituirse va precedida de varios accesos melancólicos ó maniacos separados por intervalos de lucidez...» Y más adelante dice:

«Un tercer modo de determinarse es su transformación en otra forma de locura, en manía ó melancolía simple por ejemplo, habiéndose observado algunos casos interesantes...» etc.

Se trata, pues, de una enfermedad que puede tener por punto de partida accesos maniacos ó accesos melancólicos, separados por intervalos lúcidos (intermitencias). Después la doble forma, la circular, las formas alternas, etc., van desarrollándose sucesivamente, y transcurrido mayor ó menor número de años, cuando la enfermedad tiende á la cronicidad, se ve desaparecer lentamente la tendencia á la sucesión de las formas, acabando por predominar una de ellas sobre las demás é instalarse de un modo definitivo; bien es una manía crónica que termina en la demencia, ó una melancolía crónica cuyo fin es también la demencia. De suerte que, para constituir la doble forma, se hace necesario quitar cabeza y miembros á la enfermedad, y el tronco así mutilado se convierte en una enfermedad distinta, exactamente lo mismo que si en el delirio crónico se supri-

mieran por una parte los períodos de inquietud y de persecución y de otra la fase ó período demencial, para ver sólo una enfermedad más reducida: la megalomanía. Además, esta afección general, que se nos presenta bajo diferentes aspectos, no se caracteriza mejor por la manera de sucederse los accesos, que por su intermitencia considerada aisladamente, sino por su total evolución, y aun podemos añadir por el terreno en que se ha desarrollado.

Aplicada la denominación de *locura intermitente*, con todas estas reservas, á este grupo nosológico, ofrece la ventaja de poner de relieve los caracteres especiales del período intercalar, durante el cual la inteligencia queda intacta, por lo menos al principio y en largas fases de la enfermedad. La integridad mental tiene, efectivamente, capital importancia para la determinación de esta especie nosológica, y á nuestro entender sólo deben colocarse en el cuadro de la locura intermitente aquellos individuos en quienes los accesos periódicos, circulares, alternos, constituyen toda la enfermedad, y que, hasta el día en que se manifieste el primer acceso, no han presentado, aun siendo predispuestos, ninguna de las anomalías afectivas, intelectuales ó volitivas que caracterizan la degeneración mental.

Los locos intermitentes no son, pues, degenerados, y si bien es cierto que estos últimos pueden sufrir también accesos periódicos, el elemento esencial lo constituye en ellos la base degenerativa, el desequilibrio característico, y de admitir, por otra parte, á los degenerados en el cuadro de las locuras periódicas, ¿podríamos eliminar de entre ellos los enfermos afectos de lesiones orgánicas, los paralíticos generales, por ejemplo, que pueden presentar accesos periódicos tan bien definidos como los de los degenerados?

Los primeros accesos son las más de las veces accesos aislados maníacos ó melancólicos; las formas melancólicas parecen ser más frecuentes; pero esos enfermos decaídos, fáciles de vigilar en familia, no se recluyen siempre en los asilos. Por excepción la locura intermitente comienza por un ciclo: manía-melancolía ó melancolía-manía; pero aun en estos casos se observan generalmente accesos aislados intercalares. La aparición del acceso se verifica por lo común muy rápidamente, sin presentar el período premonitorio que se nota en los comienzos de los accesos de manía y melancolía simples. A veces el comienzo del acceso se distingue por un fenómeno especial, que se ha comparado con el aura, el cual se reproduce en los demás accesos. Algunos enfermos pronuncian con cierta entonación determinadas imprecaciones, otros silban; los hay también que experimentan alucinaciones de la vista (Schüle), una mujer se viste con un peinador

viejo, después de lo cual bien pronto estalla el acceso, anunciando estos signos también la aparición de los demás accesos.

El acceso afecta de pronto uno de los grados de la manía ó de la melancolía, en el que se sostiene. Cuando existe el ciclo, á los grados de la manía corresponden otros diversos de la melancolía y viceversa, y el paso de una á otra fase se verifica generalmente de un modo brusco, pudiendo en algunos casos no durar más de una hora. El enfermo se acuesta melancólico y se vuelve maniaco durante la noche, y recíprocamente.

El acceso en sí mismo es por regla general uniforme, continuo, sin paroxismos apreciables; es regular, con frecuencia de corta duración y cesa bruscamente del mismo modo que al hacer su aparición.

La *intermitencia* que se observa entonces es por lo común muy larga, siendo posible comprobar la completa integridad de la inteligencia. Después de cada uno de sus primeros accesos, el individuo vuelve á sus tareas ordinarias, ocupando de nuevo el lugar que le corresponde dentro de la familia y de la sociedad, sin que sus facultades intelectuales, sentimientos, inclinaciones, carácter y actos acusen la menor alteración morbosa.

Tales son, muy concisamente expuestos, los primeros períodos de la afección. Esta, sin embargo, va modificándose en el transcurso del tiempo, de modo que á los diez, quince, veinte ó más años de duración, los accesos intermitentes revisten caracteres distintos de los que se observaron en un principio.

Los accesos cambian de forma; á la manía y á la melancolía periódicas suceden las formas alternas, la doble forma, etc. Los accesos se hacen también más largos ó más irregulares: en el curso de un acceso sobrevienen exacerbaciones pasajeras del mismo carácter ó de carácter diferente (ráfagas de manía aguda en un acceso de exaltación maniaca; ráfagas melancólicas en un acceso de manía, etc.).

Los accesos aislados y de corta duración presentan durante mucho tiempo grandes semejanzas, como también las fases homólogas de los accesos cíclicos, y es verdaderamente curioso ver cómo el enfermo á cada acceso y á cada fase del ciclo evoca los mismos recuerdos, expresa iguales ideas é idénticos sentimientos, y con las mismas palabras. Pero á la larga esos accesos, que parecen vaciados en el mismo molde, se modifican y deforman. Van perdiendo algo de su actividad y de su coordinación, de suerte que no es raro que al fin se observen ideas hipocondríacas ó ambiciosas con cierto grado de incoherencia como en las inteligencias en vías de declinación. Por último, los accesos se prolongan, aproximándose

cada vez más y llegando á veces el delirio á ser continuo; así ocurrió en un enfermo de M. Dagonet, que presentaba primero accesos de tres semanas perfectamente idénticos, los que iban seguidos de otras tantas semanas de lucidez, y al cabo de algunos años fueron aproximándose los accesos hasta hacerse continuo el delirio y terminar finalmente en la demencia.

La intermitencia evoluciona en razón inversa del acceso; al paso que éste se acrecienta y prolonga con los progresos de la enfermedad, la intermitencia, por el contrario, va disminuyendo, se abrevia. Y no sólo varía en extensión si que también modifica su carácter. En efecto, al principio, y durante un largo período de la enfermedad, la inteligencia queda intacta, pero con la repetición y la prolongación de los accesos experimenta el individuo algunas modificaciones. La lucidez es todavía completa; mas si sus facultades intelectivas no han disminuído, se observa ya, unas veces, cierta irritabilidad, una activa inquietud que antes no existía; otras veces, al contrario, cierta apatía y negligencia más manifestadas cuando se las compara con el estado primitivo del sujeto. Más tarde, por último, la memoria se debilita, se retardan las asociaciones de ideas y se falsea el discernimiento: el enfermo tiende hacia la demencia. Conviene no olvidar, sin embargo, que han de pasar muchos años para que comience á notarse este decaimiento intelectual, de manera que los progresos de la edad (ateroma) toman tanta parte en la producción de la demencia como la acumulación de los accesos.

Esta es, bosquejada rápidamente, la *evolución* de la locura intermitente. Sólo nos falta señalar en breves términos algunas particularidades etiológicas. Hemos dicho ya que los intermitentes eran alienados hereditarios, pues la observación clínica demuestra, en efecto, la influencia activa de la herencia creando una predisposición, que si bien queda latente por mucho tiempo, no deja más ó menos tarde de intervenir enérgicamente, favoreciendo el desarrollo y la reproducción, á menudo sin causa determinante apreciable, de toda clase de accesos de manía y de melancolía. Esta predisposición vesánica, si bien no en tanto grado como en los degenerados, obra más enérgicamente que en los delirantes crónicos, y los locos intermitentes, desde el punto de vista etiológico, pueden considerarse incluidos entre los dos grupos.

Merced sin duda á esta predisposición, la periodicidad puede á veces en la mujer, en los comienzos de la enfermedad, depender de la menstruación; no es que exista por esto la locura periódica menstrual, sino únicamente la locura intermitente ó la locura de los degenerados, según la naturaleza del terreno ó individuo que reacciona.

Reunidos todos estos elementos etiológicos y sintomáticos, podemos definir la locura intermitente diciendo que es: *una especie patológica, que se manifiesta por la repetición, en individuos con predisposición latente y hasta entonces sanos de espíritu, de accesos maníacos ó melancólicos aislados ó diversamente combinados, pero presentando siempre una evolución y caracteres generales comunes que los unen entre sí y los distinguen al mismo tiempo de todas las demás formas de locura.*

II

Tratamiento

Dados los conocimientos clínicos que poseemos acerca de la locura intermitente, la primera indicación que se impone, una vez establecido el diagnóstico, es la de prevenir el retorno de los accesos.

A. — Ahora bien; ¿existe un específico contra este elemento primordial de la locura intermitente, ó, en otros términos, disponemos de medios para conjurar las crisis y disminuir su frecuencia? Opinamos que, en el estado actual de la ciencia, podemos resolvernos por la negativa. El *sulfato de quinina*, antiperiódico por excelencia, ha sido frecuentemente empleado, pero sin responder por sus resultados á lo que de él se esperaba.

Se han citado algunos casos de curación de la locura de doble forma con el sulfato de quinina; pero examinados atentamente, parece que no se trataba de la locura intermitente, sino de accesos maníacos y melancólicos dependientes de la degeneración mental. Por lo que á nosotros corresponde, hemos tenido varias veces ocasión de ensayar el sulfato de quinina en el tratamiento de la locura intermitente, sin que nunca lográramos, cualesquiera que fuesen las dosis del medicamento y la duración del tratamiento, modificación alguna en el curso de la enfermedad.

El *ácido arsenioso*, otro específico de las fiebres intermitentes, no ha dado mejores resultados que el sulfato de quinina. El *haschich* (Brière de Boismont), el *estramonio*, el *opio* (Krafft-Eling), el *bromuro de potasio* (Kraepelin), han sido empleados también sistemáticamente contra la locura intermitente, sin que haya podido comprobarse su acción curativa constante y directa.

A falta, pues, de un específico que permita prevenir el retorno de

los accesos, hemos de procurar los medios racionales de atenuar su intensidad. Con este objeto podemos recurrir á una serie de procedimientos físicos, dietéticos y farmacológicos, que tienden en último término á determinar en el individuo la mayor calma ó reposo cerebral posible.

B. — Desde luego, la *secuestación* se impone en la mayoría de los casos. Es indudable que en las formas depresivas, si no hay impulsiones ni delirio activo, puede muy bien el enfermo continuar viviendo en familia; pero conviene prever los casos en que la forma depresiva observada constituye la fase de entrada de un acceso cíclico, pues entonces, lo mismo que en las formas expansivas, es necesaria la secuestación, tanto para sustraer al enfermo de las causas múltiples de excitación, como para evitar los actos lamentables que podría cometer.

1.º Ya en el asilo el enfermo, debe dejársele en libertad, aunque continuamente vigilado por un personal experimentado. Lo que importa sobremanera es suprimir los medios de sujeción: *basta de camisola de fuerza y de sujeción mecánica en el sillón ó en la cama*. Sujetar un maniaco á pretexto de que puede dañarse á sí mismo ó á los demás, etc.; atar un melancólico para impedir que se suicide, son medidas verdaderamente ilógicas, pues resultan contraproducentes para el fin que con ellas nos proponemos. Los melancólicos que se estrangulan con los lazos de sus camisolas no son raros, y los agitados sujetos á viva fuerza no por esto sienten menos deseos de satisfacer su necesidad irresistible de movimiento. De esto provenían los accesos de furor maniaco que ya no se observan hoy día en los asilos ó clínicas en que el *non-restraint* está en vigor, y de aquí también la lucha del maniaco para desembarazarse del aparato que le sujeta, lucha que causa por una parte una enorme pérdida de fuerzas, y por otra excoriaciones, escaras, flemones, etc. La coerción es, por lo tanto, una medida perjudicial, y aún más cuando en el curso de la enfermedad sobreviene la fiebre, síntoma precursor de un delirio agudo ó síndrome de una complicación orgánica. Poner la camisola á un maniaco ó á un melancólico febricitantes equivale á condenarles casi á una muerte segura.

Los médicos, que hasta el presente empleaban sistemáticamente la camisola de fuerza en el tratamiento de las formas agudas de la locura, creían que no era posible prescindir de este instrumento ó aparato de contención sin exponerse á graves accidentes. La práctica diariamente ha venido á confirmar las numerosas ventajas del *non-restraint*; por esto, la camisola tiende á desaparecer de las prácticas de los asilos.

2.º Pero, como ya dijimos en las Nociones generales de terapéu-

tica (1), se ha avanzado un paso más en el camino trazado por Pinel y Conolly. En Alemania, Rusia, Holanda y Suiza, se sustituye el régimen celular por el régimen hospitalario de la *permanencia en cama*, sistemáticamente aplicado en el tratamiento de las formas agudas de la alienación. Compartimos la opinión de los partidarios de la *reclusión en cama*, que sostienen que, con este procedimiento, disminuye la duración de los accesos, pierden más rápidamente la agitación, el delirio su actividad y la salud general del individuo sale más beneficiada.

El intermitente maníaco colocado en la cama continúa naturalmente agitándose, gesticulando, hablando, gritando y cantando; tira su almohada, su travesero; se descubre, echando fuera de sí las mantas y sábanas de la cama y se levanta gran número de veces; pero al cabo de dos ó tres días, aun continuando en agitación, concluye por no moverse de la cama, ó en caso de verificarlo, vuelve á acostarse pronto por sí mismo con un simple mandato; el enfermo queda así bajo la influencia de la imitación, del ejemplo que le domina y convence, y cuando logra dormirse experimenta un verdadero reposo, ratos de sueño completamente reparadores. Al despertar, vuelve á hablar, gesticular, sentándose casi siempre en la cama, pero sin bajarse, dando satisfacción, con el movimiento de sus brazos, cabeza y cuerpo, á la necesidad de moverse que le domina.

La agitación disminuye por regla general durante la noche, y transcurridos algunos días, el enfermo logra conciliar el sueño varias horas. Cuando la agitación es considerable y sobre todo ruidosa, en vez de dejársele en el dormitorio durante la noche, se le colocará en un cuarto con puerta de ancho postigo para que puedan verse y observarse todos los puntos de la habitación. Allí el enfermo continúa moviéndose, va de una parte á otra, frota las paredes, traslada los colchones del suelo, echándose, por último, en alguno de ellos para dormir más ó menos tiempo.

A los pocos días, la agitación generalmente calma y entonces puede quedar el enfermo en el dormitorio, pues la sala ó cuarto de aislamiento no sirve más que para la noche y aun interinamente.

En la fase melancólica, si sobrevienen ideas de suicidio, debe permanecer en el dormitorio sometido á continua vigilancia, sea cual fuere el grado de angustia y de excitación.

El *non-restreint* y la reclusión en cama constituyen, pues, las dos medidas ó sistemas generales á que debe recurrirse en primer término en la locura intermitente.

3.º Los medios farmacológicos perturbadores empleados para siderar los accesos en sus comienzos no han dado satisfactorios resultados; los

(1) Págs. 718 y siguientes.

vomitivos y los *drásticos* son más bien perjudiciales que útiles. Lo mismo puede decirse de las *emisiones sanguíneas*; en un caso de Baillarger (locura de doble forma), el período maniaco pareció ceder con la sangría, pero persistió el período melancólico; además «la enfermedad se redujo á accesos intermitentes de melancolía profunda, que sobrevenían con intervalos casi regulares, pero continuando á pesar de todo incurable» (Marcé).

La terapéutica, sin embargo, no se halla completamente desarmada respecto de los accesos aislados. Y como es sabido que en la gran mayoría de los casos los accesos aislados son los fenómenos iniciales de la locura intermitente, por esto todos nuestros esfuerzos han de concentrarse sobre este punto, pues es lógico suponer que, atenuando su intensidad y disminuyendo su duración, se pueda prolongar la duración de la resistencia cerebral y alejar la aparición de las modificaciones intelectuales que trastornan la intermitencia y abren paso á la incurabilidad. Veamos primeramente lo que debe hacerse en presencia del acceso maniaco.

4.º El tratamiento consiste en la administración simultánea de *baños templados prolongados* y *bromuro de potasio* asociado al *cloral*.

La duración del baño de 33° C. se calculará por el grado de excitación del maniaco, variando de una, dos, tres, cuatro y cinco horas. Los baños templados prolongados producen una sedación muy manifiesta, y facilitan el descanso á los enfermos. Durante los mismos conviene mantener aplicadas sobre su cabeza compresas de agua fría ó echar sobre la misma, cubierta con un lienzo, un fino chorrillo de agua.

Cuando por la extremada agitación del enfermo no sea posible colocarle en el baño, se podrá substituir por la sábana mojada, que constituye asimismo un medio bastante eficaz de sedación. A este fin, se les envuelve cuidadosamente con la sábana y una manta de lana, siendo también conveniente cubrirles los pies hasta la mitad de la pierna con algodón espolvoreado con harina de mostaza. Sobre la cabeza, se pondrán compresas mojadas en agua fría. Para hacerlos sudar en abundancia, se les dará á beber grandes cantidades de limonadas, de infusiones de tila ó de hojas de naranjo.

Se administrará el bromuro de potasio á la dosis de 3 á 5 gramos en la comida de la noche, y dos ó tres horas después, se harán tomar al enfermo 2 ó 3 gramos de cloral. Administrados de este modo, estos dos medicamentos obran simultáneamente y su acción combinada determina casi siempre el sueño. En efecto, el bromuro, que obra con lentitud, está produciendo todavía su efecto cuando más tarde se administra el cloral, cuya acción es, por el contrario, bastante rápida.

Transcurridos unos diez días, si las noches no son tan agitadas, se suspenderá el empleo del bromuro, y el cloral sólo se dará condicionalmente, es decir, en los casos en que la agitación tienda á aumentar.

El cloral puede substituirse por el *trional* ó el *sulfoal* á la dosis de 2 ó 3 gramos, en obleas de 50 centigramos; pero el cloral nos ha parecido siempre más eficaz.

En el caso de que con esta medicación no se logre ningún resultado, podrá recurrirse á veces al *láudano*, á dosis progresivas, comenzando por XV gotas y aumentando después cada día una gota hasta llegar á 4 ó 5 gramos y también 10 y 15 gramos al día.

Con la *morfina* en inyecciones hipodérmicas á dosis cotidianas progresivas hasta 30 y 40 centigramos no hemos obtenido resultados satisfactorios, y aparte de su poca eficacia en el maníaco, tiene el inconveniente de crear hábitos morfínicos, de que luego es muy difícil librar al enfermo. Mendel recomienda la *ergotina*, con la que dice haber conseguido la cesación más ó menos duradera de los accesos.

La *hiosciamina* y la *digital*, si bien determinan cortos períodos de calma, no influyen para nada en el curso de la enfermedad.

El *emético* dado en poción ha sido también recomendado; pero á causa del estado nauseoso y de la depresión considerable de las fuerzas que provoca, debe considerarse más bien perjudicial; así es que nos abstendremos de usarlo, á menos que existan indicaciones especiales.

5.º Un medicamento muy conveniente y que puede constituir un gran recurso fuera del asilo, sobre todo en los casos en que la locura intermitente comienza por un violento y rápido acceso de manía, es el *clorhidrato de hioscina*, que puede considerarse en cierto modo como el específico del síndrome *agitación*, pues no hay acceso maníaco que pueda resistir, á lo menos de un modo pasajero, á la eficacia de su acción. Con el clorhidrato de hioscina tenemos la seguridad de calmar siempre al maníaco y procurarle algunas horas de sueño. La solución generalmente empleada es la siguiente:

Clorhidrato de hioscina.	0,05 centigramos
Agua destilada de laurel cerezo.	2 gramos
Agua destilada.	23 —

M. s. a. Media jeringuilla de Pravaz de esta solución contiene un miligramo de hioscina.

Cuando se inyecta á un enfermo presa de viva excitación maníaca 1 miligramo ó 1'5 miligramos de clorhidrato de hioscina, no se observa al principio el más mínimo efecto; pero á los cinco ó diez minutos, raras

veces más tarde, calma la agitación y los movimientos no son ya bruscos, ni rápidos, siendo de menor extensión. De vez en cuando y por espacio de algunos segundos, el enfermo queda tranquilo, se para si está de pie y cesa en absoluto de moverse. Su andar es inseguro, vacilante y sus movimientos mal coordinados.

La debilidad muscular y la incoordinación motriz obligan pronto al enfermo á tenderse, y á los quince ó veinte minutos ya no puede levantarse. Prueba todavía de conseguirlo, pero sus piernas pesadas no le sostienen y se arrastra en cucullas por el suelo. Al mismo tiempo disminuye su volubilidad, no habla tanto, guardando de vez en cuando silencio; la voz también se hace cada vez más débil, siendo á veces interrumpida, temblorosa, apagándose del todo á los veinticinco minutos; el enfermo ya no habla ó pronuncia de vez en cuando algunas palabras, que es difícil entender.

Estos fenómenos van acompañados de un estado de laxitud general en el enfermo; si está sentado, se le cae la cabeza sobre el pecho, se le cierran involuntariamente los párpados y acaba por dormirse. Su sueño no parece profundo, pues abre los ojos cuando se le toca, pero vuelve á dormirse pronto; su duración es de cinco á diez horas. Al despertarse, continúa calmado todavía una media hora; pero así que ha cesado la acción del medicamento, la agitación y la locuacidad aparecen de nuevo con tanta intensidad como antes de la inyección. Por regla general, el pulso es frecuente, y tiene también taquicardia, sequedad de garganta, sed y midriasis, que tarda á veces tres días en desaparecer.

6.º Aparte de estos medicamentos, convendrá vigilar el estado general y el de sus fuerzas y, por consiguiente, poner atención en la *alimentación* del enfermo, pues, merced á un buen régimen, será posible reparar las fuerzas que le hace perder constantemente su actividad morbosa. Raras veces habrá necesidad de obligar á los maníacos á que coman, ya que acostumbran á ser glotones; y si así sucediera, no debe titubearse en emplear el *cateterismo* esofágico, so pena de que sobrevenga muy luego una disminución considerable de la resistencia física, lo que daría á no tardar funestos resultados.

Hay que descartar desde luego todas las bebidas excitantes, lo mismo las fermentadas (vino, cerveza, sidra), que las destiladas (aguardiente, coñac, ron, licores). La leche, el agua, las limonadas y las infusiones (*tila, hojas de naranjo, lúpulo*, etc.) son las bebidas mejores para el enfermo.

Esta clase de bebidas, y en especial la leche, están igualmente indicadas en la forma melancólica de que vamos á ocuparnos.

C. — En el acceso melancólico, el estimular la nutrición del paciente constituye la principal indicación del tratamiento.

1.º El régimen dietético habrá de vigilarse muy atentamente, prescribiendo una alimentación nutritiva, de fácil digestión, rica en albúmina, pero no excitante. Muchas veces resulta ésta defectuosa por negarse el enfermo á tomar alimentos; pero antes de recurrir á la alimentación artificial es menester averiguar la causa de esta aversión. Unas veces de origen físico, motivada por una alteración gastrointestinal, por la constipación, desaparece con la mejoría de estos estados; otras veces es de origen psíquico, y entonces, después de agotados todos los medios morales (persuasión, ejemplo, etc.), no cabe otro recurso que echar mano de la sonda esofágica. También será conveniente en algunos casos lavar el estómago antes de dar los alimentos.

2.º Independientemente de la alimentación regulada y escogida, se podrá combatir la desnutrición, el enflaquecimiento y la anemia con una medicación más especial, como son los tónicos, los analépticos, la *quina*, el *arsénico*, el *hierro*, etc. Pero lo que conviene vigilar siempre y con preferencia es el estado del tubo digestivo, pues la mejoría en la lesión mental sucede las más de las veces á la de los trastornos gastrointestinales. Menester es, por consiguiente, luchar contra la constipación, que tan á menudo se presenta en la formas de melancolía, procurando la regularidad en las deyecciones. Al principio podrá administrarse un *purgante salino*, y como ningún detalle es despreciable en terapéutica mental, será preferible que tenga un sabor agradable como el *citrato de magnesia* á la dosis de 40 á 50 gramos y en forma de limonada. Caso de prolongarse la enfermedad, se obtendrá casi siempre la regularidad de las deyecciones por medio de un régimen alimenticio y una higiene apropiados. Además de una nutritiva alimentación se darán también pan de salvado, de centeno, espinacas, acederas, y en general los vegetales que dejan un abundante residuo celulósico. Los frutos maduros, las uvas, las ciruelas pasas y el suero por la mañana producen igualmente efectos laxantes. Cuando este régimen resulta insuficiente, completarán el efecto dietético que se persigue el *ruibarbo* mezclado con *magnesia* en obleas de 20 á 30 centigramos de cada substancia, el *podofilino* en píldoras á la dosis de 2 á 3 centigramos, asociado al *beleño* ó á la *belladona*, y en los enfermos que tienen cefalalgias é hiperemias ó llamaradas á la cara, el *áloes* á la dosis de 5 á 10 centigramos, en píldoras.

El *áloes* y el *podofilino* deben darse por la noche para que produzcan su efecto á la mañana siguiente. Por último, en algunos casos podrán utilizarse con ventaja los enemas con *miel de mercurial* (30 gramos)

ó *glicerina* (2 ó 3 cucharadas) ó bien simplemente los enemas *jabonosos*.

La antisepsia gastrointestinal (*benzonaftol*, *salicilato de bismuto*, *salol*, etc.), se halla también indicada en estos casos para mejorar el estado de las vías digestivas y prevenir las autointoxicaciones secundarias.

3.º Para tratar estas formas melancólicas y obrar más directamente sobre el elemento depresión, ha sido recomendada la medicación revulsiva. Entiéndase, sin embargo, que ha de prescindirse de los vejigatorios, sedales y de las emisiones sanguíneas locales. En los casos sencillos, bastarán las afusiones frías *avinagradas*, la envoltura con la *sábana mojada* y las fricciones estimulantes (*bálsamo de Fioravanti* y *alcohol*); podrán emplearse al mismo tiempo los *baños sulfurosos* y el *baño de Pennes*. Cuando la melancolía es profunda y con tendencia al estupor, lo que nos ha dado mejores resultados son los *baños de aire caliente* cargados de vapores *resinosos*. La operación se hace poniendo virutas de pino Mugho sobre una rejilla colocada encima de una plancha muy caliente y cubierta de arena para impedir que se encienda la resina ó que despidan vapores irritantes. El enfermo permanece sentado ó acostado en la habitación donde se hace llegar el aire cargado de vapores resinosos á una temperatura que varía de 40 á 70° C. Esta temperatura no ocasiona ninguna molestia al enfermo, pero bien pronto se cubre la superficie de su cuerpo de una abundante transpiración; el baño dura de quince á veinte minutos, y va seguido de una ducha en abanico ó inmersión en una piscina; se seca luego al enfermo con cuidado, dándole después enérgicas fricciones ó practicándole el masaje. Los *baños sinapizados*, la estimulación electrocutánea y sobre todo el *masaje* prestan también buenos servicios en las formas estúpidas.

Inútil es ocuparnos del empleo del *protóxido de nitrógeno* como específico de la forma melancólica en su cualidad de gas hilarante. Tampoco nos detendremos á indicar el sistema de alojamiento del alienado en una habitación con vidrieras de color de rosa sobre todo, pues no nos ha dado ningún resultado apreciable.

Para los casos en que sobrevienen paroxismos angustiosos ó insomnio, el *bromuro de potasio* reúne buenas condiciones, aunque deberá emplearse con prudencia para no aumentar la depresión melancólica. Idénticas precauciones han de observarse con los *baños prolongados*.

El *opio*, preconizado por Schüle, resulta en algunas ocasiones conveniente; respecto de las *inyecciones de morfina*, que logran á veces calmar á los enfermos, hay que tomar sus precauciones y ser prudente, pues nos

exponemos á que los enfermos adquieran hábitos ó costumbres nocivos. El *cloral*, el *sulfonal*, el *trional* ó la *cloralosa* bastan, generalmente, para procurar el sueño á estos enfermos, pero su uso debe de vez en cuando suspenderse.

El tratamiento de las formas melancólicas de la locura intermitente se reduce, pues, á estos términos: permanencia en cama, dietética rigurosa y razonada y, en el caso de existir algunas complicaciones (constipación, insomnio, angustia), la medicación sintomática.

4.º Tal es el tratamiento aplicable á los accesos maníacos ó melancólicos de la locura intermitente, ya se presenten aislados, — como en el caso supuesto — ó combinados, esto es, que el ciclo se haya establecido. En esta última circunstancia, sea cual fuere, por lo demás, el tipo de la primera fase del acceso, no existe en realidad un tratamiento capaz de detener la evolución del ciclo y de impedir la aparición de la segunda fase. Esta cuestión se relaciona por otra parte con la de la especificidad de la temperatura; y, como ya hemos visto, no existe medicación propiamente específica de la locura intermitente pudiéndose á lo más atenuar la intensidad de los síntomas tomando las precauciones antes indicadas.

Al entrar el enfermo en el período de la convalecencia, esto es, cuando la intermitencia comienza á manifestarse, el papel del médico no ha concluído todavía, y hasta podría añadirse que en este momento es todavía más importante, pues es cuando cabe instituir eficazmente el tratamiento moral, que completará la acción del tratamiento físico. Dirigiendo metódica y cuidadosamente las operaciones psíquicas, excitándolas sin descanso, pero con moderación, y procurándoles un trabajo ordenado, fácil y atractivo, el estado mental del enfermo se consolidará más pronto, y al mismo tiempo irán combatiéndose las pocas complicaciones que aun persisten (insomnio, por ejemplo). Entonces es cuando se suscita la cuestión de la salida del asilo; pero conviene guardarse mucho, ínterin la integridad mental no se halle del todo restablecida, principalmente si la locura ha tomado la forma cíclica. En este caso, efectivamente, precisa ya tener muy en cuenta la probabilidad de la sucesión de las dos fases, temer por lo tanto la aparición rápida del acceso maníaco, por ejemplo, después del acceso melancólico, y mostrarse muy prudente en dejar salir al enfermo durante este período intercalar, ya que en estas circunstancias no hace más que apresurar la aparición del acceso maníaco.

Fuera ya del asilo, el intermitente deberá someterse á la higiene rigurosa que conviene á todos los predispuestos á la locura; con todo, no se está siempre libre de nuevos accesos, de modo que habrá de aumentarse la vigilancia así que se presenten los síntomas premonitorios, que se re-

producen con una precisión estereotipada al comienzo de cada nuevo acceso.

Las familias, por lo demás, saben ya á que atenerse y toman sus precauciones para hacer tratar al enfermo.

Por último, cuando la cronicidad se ha establecido y la intermitencia sólo existe en estado de período subdelirante, únicamente en el asilo hallará el enfermo los incesantes cuidados de que se halla necesitado.

CAPÍTULO X

TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

POR

E. BLIN

Médico del Asilo de Vaucluse

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Caracteres de la demencia

La demencia en términos generales se caracteriza por la pérdida total ó parcial de las facultades intelectuales morales y afectivas: constituye, por lo tanto, el término de la vida mental, la muerte virtual de los poderes mentales superiores, que va acompañada, después de un tiempo más ó menos largo, del decaimiento físico del individuo.

El término demencia, en el lenguaje de la Patología, tiene una significación mucho más restringida que en el de la jurisprudencia, la que confunde bajo esta denominación todas las variedades de la locura.

En vez de considerar á la demencia como una entidad patológica con existencia propia y bien definida, creemos más lógico admitir, en Nosología, un grupo de demencias que comprende todos los casos, muy diversos por otra parte en los demás caracteres, en que las facultades psíquicas están irrevocablemente perdidas ó en vías de destrucción, sin posibilidad de poderse recuperar, ya sean las demencias primitivas, como las demencias precoces y la demencia senil, ya sean secundarias como las demencias vesánicas consecutivas á cierto número de afecciones mentales crónicas, y las demencias orgánicas consecutivas á la parálisis general, á la epilepsia, al alcoholismo, á la sífilis y á las afecciones orgánicas del cerebro.

Si bien la demencia puede en determinados casos evolucionar sin delirio, con todo, lo que subsiste de las facultades mentales está las más de las veces alterado en su funcionalismo, de suerte que, además de la debilitación intelectual, existe en la mayor parte de las demencias un delirio de variable naturaleza, que afecta las facultades todavía no abolidas y que imprime diferente fisonomía á las diversas formas de la enfermedad.

Cada psicosis imprime su fisonomía especial á la demencia que le es consecutiva, y así las diferentes variedades de demencias vesánicas presentan ciertos caracteres que recuerdan la psicosis primitiva, caracteres de que no hemos de ocuparnos desde el punto de vista terapéutico, limitándonos á hacer meras referencias á los diversos capítulos en que se expone la terapéutica del desórden mental primitivo, de la manía, de la melancolía, del delirio de persecución y de la locura intermitente.

II

Tratamiento de la demencia

No existe propiamente un tratamiento curativo de la demencia, pero podemos procurar la atenuación de sus inconvenientes y combatir, en ciertos casos, su desarrollo.

En efecto, una medida profiláctica general de la demencia vesánica se obtiene tratando la enfermedad inicial en una época muy aproximada á su comienzo: no hay que titubear, por lo tanto, en colocar á los enfermos en un asilo de alienados, siempre que esta medida se imponga, pues el retardo en tomar esta determinación constituye una de las condiciones que más favorecen el paso de la afección mental aguda al estado crónico y después á la demencia.

Para retardar la aparición de la demencia, ó á lo menos para detener los progresos de esta afección, se han empleado revulsivos enérgicos como las *duchas*, *afusiones* frías, *vejigatorios*, *moxas*, *sedales* en la nuca, *fricciones* irritantes, *electricidad*, etc., es necesario reconocer que raras veces estas medicaciones enérgicas han producido un resultado tal que en ellas puedan fundarse algunas esperanzas: la demencia bien comprobada es, aparte de algunas variedades de demencia primitiva aguda, incurable, y la intervención terapéutica debe limitarse en estos casos á proporcionar á los enfermos los cuidados higiénicos propios para su estado, así como también combatir las complicaciones intercurrentes.

A. — ALOJAMIENTO Ó INSTALACIÓN DE LOS DEMENTES

Si la demencia es consecutiva á una afección mental, la cuestión del alojamiento del enfermo se ha resuelto ya al tratar de la enfermedad primitiva.

Pero, si se trata de demencias primitivas ó de algunas demencias secundarias á ciertas afecciones cerebrales, cabe preguntarnos en primer término si el enfermo podrá ser cuidado dentro de la familia ó si, por el contrario, deberá alojarse en una casa de salud.

La reclusión en la demencia no tiene la eficacia curativa que en las afecciones mentales agudas, imponiéndose también menos frecuentemente; la mayoría de los dementes simples pueden ser tratados dentro de la familia.

Conviene, sin embargo, tener muy presente que hasta en períodos de tranquilidad estos enfermos necesitan una constante vigilancia. No podemos dejarnos engañar por la corrección y regularidad aparente con que observan las conveniencias sociales y siguen las costumbres ó hábitos de mucho tiempo contraídos; un enfermo cualquiera que se le ve ir y venir, comer correctamente, ocuparse en trabajos comunes ú ordinarios, jugar con cierta habilidad á juegos complicados, en realidad no es más que un autómatas que obedece á antiguas costumbres, pero ya no tiene memoria, ni juicio, ni voluntad, y es susceptible de realizar, si constantemente no se le dirige, actos criminales ó peligrosos para sí mismo ó para los demás. Así es como algunos dementes, tranquilos y razonables en apariencia, pueden armar discordia por falta de memoria, torpeza ó inconsciencia ó, lo que es más frecuente, realizar actos obscenos, atentando contra el pudor.

Con mucha más razón deberá vigilarse á estos enfermos á medida que vaya progresando la debilitación de las facultades intelectuales y morales.

Si el enfermo está sujeto á frecuentes períodos de excitación, resulta peligroso y difícil seguir tratándolo dentro de la familia, ó porque ésta no puede vigilarle constantemente como necesita, imponiéndose entonces el alojamiento en un asilo especial, en el campo siempre que sea posible.

En efecto, para los dementes es muy necesaria la permanencia al aire libre; por lo tanto, se procurará en lo posible que sus habitaciones estén próximas á jardines que tengan muchos árboles, para que puedan

pasearse y hacer ejercicio sin exponerse demasiado al calor del sol y al rigor de las estaciones; en las casas de salud, se procurará que las galerías cubiertas sean lo suficientemente amplias para que puedan pasearse los enfermos hasta en los días de lluvia.

Si algunos dementes pueden en ciertas condiciones ser cuidados dentro de la familia, muchos de estos seres infortunados se ven privados de esta familia, que pueda cuando, por decirlo así, vuelven á ser niños, prodigarles los mismos cuidados de que se les ha rodeado en los primeros pasos de su vida; también los hospicios y los asilos son poco espaciosos, demasiado reducidos para poder albergar á estos enfermos.

Para remediar esta triste situación, el departamento del Sena tuvo la feliz iniciativa de crear en el departamento del Cher, en Dun-sur-Auron, una colonia familiar, constituida del mismo modo que las que ya existen en el extranjero. Los dementes inofensivos son colocados en familias que, mediante una retribución y con la vigilancia de un médico inspector, se encargan de cuidar y vigilar á estos enfermos. Colocados de tal suerte en buenas condiciones higiénicas y trabajando al aire libre, y según la medida de sus fuerzas, en cualquiera de los múltiples ocupaciones de la vida del campo, estos enfermos, viviendo en un medio de reposo ó calma necesaria á su estado, pueden todavía ser de alguna utilidad á los individuos encargados de su vigilancia.

Esta innovación en el tratamiento de la demencia, que data ya de algunos años, ha producido hasta el presente muy buenos resultados.

B. — CUIDADOS HIGIÉNICOS

Los dementes, al mismo tiempo que son vigilados y conducidos como niños, han de prodigárseles cuidados higiénicos constantes, pertinentes: 1.º á la inteligencia que se va extinguiendo, y 2.º al cuerpo que se va debilitando.

1.º *Higiene intelectual y moral.*—Desde el momento que van disminuyendo ó debilitándose las facultades intelectuales y morales, es muy lógico que no deben dejarse abandonadas á sí mismas. Excepto algunos casos muy raros de demencia general y absoluta, casi siempre subsisten restos de facultades y aptitudes que convendrá ejercitar y mantener, tanto más cuanto si no se tiene todo el cuidado necesario, se corre el peligro de que desaparezcan prontamente.

Según el medio social de estos enfermos, se procurará distraerlos con los viajes, paseos, lecturas, los distintos juegos habituales, sobre

todo los que ponen en ejercicio el cuerpo y el espíritu, como el juego de bolos, el billar y todas las cosas que puedan despertar su atención. La música es también un precioso recurso hasta para los que nunca la hubiesen aprendido, como se ve con los orfeones que se organizan en varios de estos asilos.

Los trabajos manuales son también de la mayor utilidad, principalmente para los individuos que anteriormente ya estaban ocupados; constituyen un excelente medio para regularizar los actos, calmar la agitación, disipar la tristeza y favorecer el sueño; en los asilos, los trabajos en los jardines, los talleres de carpintería, zapatería, pintura, establecidos en beneficio de los enfermos y del propio establecimiento, ocupan á un gran número de dementes. Las mujeres pueden emplearse en las faenas propias de su sexo, como son: coser, lavar la ropa, planchar, la confección y arreglo de los vestidos, etc.

En cada uno de estos casos, el médico ha de buscar si en el naufragio más ó menos completo de la inteligencia ha quedado todavía incólume alguna de las facultades ó aptitudes de la que pueda sacarse algún provecho.

2.º *Higiene corporal*.— Los cuidados que supone la higiene corporal del enfermo van aumentando con los progresos de la demencia.

En primer término, la alimentación ha de ser tónica y reparadora, pues la mayor parte de estos enfermos están debilitados así física como intelectualmente.

Las comidas se darán á horas regulares y más bien frecuentes que abundantes. Los alimentos se tomarán en pequeña cantidad, á pequeños trozos, pues muchos dementes comen desmesuradamente, lo que les expone á comer demasiado ó tragarse los pedazos sin masticar. Esta glotonería ocasiona frecuentemente trastornos asfícticos, que sobrevienen ora por la introducción del bolo alimenticio en las vías aéreas, ora á consecuencia de la paresia de los músculos de la deglución, debida á la aglomeración en la región posterior de la boca de alimentos que no pueden ser ingeridos, y deteniéndose bruscamente á la entrada del esófago, comprimen más ó menos la laringe. En tales circunstancias, habrá de intervenir sin dilación para desobstruir el esófago ó la laringe.

A causa de la paresia intestinal, la constipación es frecuente y muy dificultosa la defecación, y de no administrarse á menudo ligeros *purgantes* y *enemas*, y vigilarse de modo debido, las materias fecales se aglutinan en el intestino grueso, y pueden llegar hasta determinar accidentes que hagan necesaria la intervención por medios mecánicos para proceder á la extracción.

Las funciones de la vejiga deberán también vigilarse, pues la retención de orina obliga muchas veces á recurrir al cateterismo.

Habr  de procurarse igualmente la limpieza del cuerpo y que se observen los cuidados habituales de la *toilette* diaria, tanto más cuanto los dementes son bastante recalcitrantes por regla general para limpiarse   mudarse las ropas.

Para la clase de vestidos se tendrá muy en cuenta la temperatura, evitándose   estos enfermos así los rigores del sol, como las extremas refrigeraciones; en invierno conviene recordar que es muy importante el abrigar   los enfermos, tanto más cuanto frecuentemente están dispuestos   la inercia   inmovilidad.

Llega un momento en que los dementes se vuelven incontinentes, y para retardar en lo posible la aparición del *gatismo*, se les hará orinar   horas regulares y no muy distanciadas; pero más ó menos pronto resulta esta precaución insuficiente, siendo entonces permanente el *gatismo*.

Si estos enfermos est n tranquilos, se les dejará durante el día en sillas agujereadas, procurando observar la más rigurosa limpieza.

Por la noche, se les colocará en camas especiales dispuestas de manera que los enfermos no puedan caerse y los excrementos y la orina no queden en contacto con el cuerpo.

Con el tiempo ir  haciéndose más difícil el poder levantar   los enfermos y su posición en decúbito dorsal prolongada determinará, si no se vigila muy atentamente, la formación de escaras; entonces es necesario multiplicar las precauciones de limpieza, menudear las curas, y caso de ser posible, cambiar frecuentemente de posición al enfermo. En estos casos son de gran utilidad los almohadones de agua.

C. — VIGILANCIA   INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Los dementes, por lo que toca á las funciones de sus órganos torácicos y abdominales, deben ser examinados con frecuencia, pues en la demencia, un carácter del estado orgánico es la escasa reacción general de la economía   las enfermedades intercurrentes, y siendo muy dificultoso el examen de estos enfermos, que casi siempre son incapaces de dar cuenta de sus sensaciones, acontece muchas veces que las afecciones torácicas y abdominales alcanzan ya un grado muy avanzado de desarrollo cuando nos apercibimos de su existencia. Así, pues, el más ligero malestar ha de preocuparnos, sobre todo cuando falta el apetito que de ordinario tienen estos enfermos, pues podemos sospechar el desarrollo de una enfermedad incidental.

Las indicaciones terapéuticas relativas á los trastornos delirantes que pueden complicar la demencia, han sido debidamente estudiadas en los diferentes capítulos que tratan de estos trastornos delirantes; inútil es, por lo tanto, volver á insistir sobre lo mismo.

Sin embargo, por lo que se refiere á la excitación maniaca, una de las complicaciones frecuentes de la demencia, diremos que el *bromuro de potasio*, los *baños tibios* prolongados y el aislamiento constituyen la medicación de preferencia; en efecto, el *opio* no deja de ofrecer sus peligros en los casos en que existen lesiones orgánicas cerebrales, y el *cloral* se administrará en la demencia senil con alguna circunspección, debido al estado del corazón y de los vasos de estos enfermos.

CAPITULO XI

TRATAMIENTO DEL IDIOTISMO

POR

PABLO SOLLIER

Antiguo jefe de clínica adjunto de enfermedades mentales de la Facultad de París

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

Dos son las cuestiones que han de resolverse previamente; es á saber: ¿qué es el idiotismo desde el punto de vista nosográfico y en qué consiste desde el punto de vista anatómico? La solución que se dé á la primera de estas cuestiones nos indicará á qué determinada categoría de individuos se aplican las reglas de tratamiento que vamos á estudiar, y con la segunda sabremos qué podemos esperar del mismo.

Hemos definido el idiotismo, diciendo que es «una afección cerebral crónica de lesiones variadas, producida por trastornos de las funciones intelectuales, sensitivas y motoras, que pueden llegar hasta su abolición casi completa, y cuyo carácter especial, en particular por lo que se refiere á los trastornos intelectuales, consiste en la juventud de los individuos atacados.» Por otra parte, fundándonos en la evolución biológica del idiota y en sus caracteres sociológicos, hemos tratado de demostrar que, desde el punto de vista nosográfico, el idiota se distingue completamente del imbécil, del atrasado y del débil, con los que se acostumbra confundir. Lo que caracteriza, pues, esencialmente al idiota es que lleva una lesión cerebral anatómica, mientras que en las otras clases ó categorías de enfermos con los que sólo tiene de común

el defecto intelectual, la afección es puramente fisiológica. Todo lo que diremos del tratamiento del idiotismo se aplica, por lo tanto, exclusivamente á esta clase bien deslindada de individuos afectos, ya durante el período de la vida intrauterina, ya en los primeros años de su existencia, de una lesión cerebral que ha suspendido en mayor ó menor grado el desarrollo del sistema nervioso y su evolución psíquica. Indudablemente los distintos procedimientos empleados para sacar el mayor partido posible de las escasas facultades de estos individuos serán del todo aplicables á los imbeciles, atrasados y débiles, que no pueden seguir la educación y enseñanza de los niños sanos, y en los que podremos alcanzar grandes resultados. Quien puede lo más puede lo menos. Pero hemos de confesar, en honor de la verdad, que los resultados obtenidos en los imbeciles, los atrasados y los epilépticos ligeros y hasta algunas veces bastante inteligentes, fuera de sus períodos de accesos, son los que han hecho entrever la esperanza, no diremos de la curación, pero sí de importantes mejorías en el idiotismo.

En confirmación de lo expuesto basta, por lo demás, considerar la anatomía patológica del idiotismo y examinar, sin prevención de ninguna clase, los cerebros de los idiotas. En los casos de meningo-encefalitis difusa, de esclerosis lobular ó diseminada, de atrofia cerebral, de reblandecimiento, de porencefalia verdadera ó falsa, etc., cabe realmente preguntarse si no es un verdadero contrasentido emprender la educación de tales cerebros, á menos de admitir la existencia de una inteligencia independiente del encéfalo.

No obstante, como en esa clase de cerebros lesionados es dable obtener, merced al tratamiento, un desarrollo más considerable que abandonados á sí mismos, queda por averiguar hasta qué punto debe intentarse su perfeccionamiento, qué dirección han de tomar los esfuerzos que se hagan y si, bajo múltiples aspectos, no están éstos condenados de antemano á la esterilidad. Es evidente, por ejemplo, que si nos hallamos en presencia de un idiota cuya circunvolución de Broca está esclerosada, es inútil cuanto hagamos ó intentemos, pues todos los medios é ingeniosidad desplegada para hacerle hablar han de fracasar necesariamente.

Las lesiones del idiotismo, por otra parte, tienen también su proceso de invasión y progreso, por lenta que sea su evolución; así es que convenirá averiguar igualmente en qué momento ó período es inútil perder el tiempo intentando desarrollar un órgano en vías de regresión.

Dos son las conclusiones que se desprenden de las precedentes consideraciones anatomopatológicas. Una de ellas es la completa ineficacia é inutilidad, en muchos casos, de los esfuerzos realizados para lograr el des-

envolvimiento de todas ó parte de las funciones cerebrales; y la segunda es la necesidad de que, al lado del pedagogo y del educador propiamente dicho, se halle el médico, único capaz de apreciar el estado anatómico probable del cerebro y de indicar, por consiguiente, hacia qué lado han de dirigirse los esfuerzos del propio educador. No pretendemos con esto volver al procedimiento antiguo y hasta cierto punto justificado del baño forzado en el Eurotas, que se aplicaba á esos seres reducidos á llevar una vida puramente vegetativa, vida corta, por lo demás, en los casos graves, sobrado limitada en los de mediana intensidad para que puedan reportar ningún provecho ni satisfacción de aquello que tanto trabajo ha costado enseñarles, y verdaderamente inútil y embarazosa, sin beneficio para ellos mismos, cuando se prolonga. En los casos sencillos importa, á nuestro entender, desvanecer las ilusiones perjudiciales que á veces se forman y que llevan á malgastar inútilmente, en desproporción con los resultados, tiempo, cuidados y dinero, que estarían mejor empleados en individuos normales. Lo que queremos puntualizar bien es que el tratamiento del idiotismo está siempre esencial y únicamente subordinado al estado anatómico del cerebro, y de una manera más general del sistema nervioso central, y que es preciso fundarse en esto para que los esfuerzos correspondan á los resultados que *materialmente* pueden esperarse ó alcanzarse. La distribución de las lesiones cerebrales varía hasta el infinito, y por lo tanto, es evidente que los detalles del tratamiento deben examinarse para cada caso en particular. Con carácter también especial se presenta para los idiotas la cuestión de la educación individual ó colectiva.

El tratamiento del idiotismo puede ser considerado desde cuatro puntos de vista de muy desigual importancia: profiláctico, quirúrgico, médico y médicopedagógico, los cuales vamos á examinar sucesivamente.

II

Profilaxia del idiotismo

Las indicaciones profilácticas del idiotismo conciernen, ya á los padres, ya también á los niños. En cuanto á los padres, convendría repetir aquí todo cuanto puede decirse á propósito de la herencia nerviosa en general. La herencia similar, en efecto, no existe en los idiotas, pues no son otra cosa que tipos más graves de la degeneración de sus ascendientes. Respec-

to á señalar las taras ó lesiones de estos últimos individuos que más pueden hacernos temer el idiotismo en sus hijos, nada puede afirmarse en concreto y ni las estadísticas de las causas del idiotismo arrojan luz alguna sobre el particular. Entre estos ascendientes encontramos individuos histéricos, alienados, afecciones cerebrales orgánicas, como en todas las demás neuropatías ó psicopatías. Sin embargo, dos afecciones condenan de un modo muy especial al niño á una profunda degeneración, con frecuencia congénita, y son la epilepsia y sobre todo el alcoholismo. El alcoholismo es seguramente la primera y principal causa del idiotismo, ya sea agudo y que en este momento haya tenido lugar la concepción, ó crónico. Los accidentes que pueden sobrevenir en el curso del embarazo constituyen también una causa frecuente de idiotismo.

De lo dicho se desprende que los individuos afectos de taras ó lesiones degenerativas graves deberán observar precauciones muy especiales en la procreación de sus hijos, y una vez verificada la concepción, la mujer ha de rodearse también de cuidados especiales durante el período del embarazo, evitando todo lo que pueda determinarle un trastorno físico ó moral de alguna importancia, y sobre todo precaverse de los traumatismos.

Pero á la verdad, todos estos consejos resultan completamente ilusorios. Y si un médico consigue hacerlos poner en práctica por una familia en que teme el nacimiento de un hijo profundamente degenerado, deberá ocultar hábilmente la verdadera causa á los padres, pues las constantes preocupaciones que despertaría en la madre podrían determinar precisamente un resultado totalmente opuesto al fin que se propuso. La mayor circunspección se recomienda, pues, en estos casos.

Si el niño ha nacido ya lesionado, veremos más adelante los cuidados que se le han de proporcionar. Pero si parece normal, se le pondrá en las condiciones más favorables para su general desarrollo.

En este sentido lo primero que hay que hacer es volverle lo más rápidamente posible á la vida en caso de nacer asfixiado, cosa muy frecuente en los futuros idiotas, sea esta asfixia causa ó efecto del niño. Importa, pues, vigilar de un modo especial á los niños que nacen asfixiados.

Muy á menudo el futuro idiota es un individuo pobre, desmirriado, que frecuentemente ha nacido antes de término. Conviene, por consiguiente, proporcionarle una buena nodriza y no permitir que lo críe la madre, pues muchas veces es de temperamento nervioso y nos exponemos á que la lactancia sea irregular é insuficiente. Es preferible criar el niño al pecho. Algunas veces se ha considerado la leche de cabra sino como

causa del idiotismo, á lo menos de ciertas formas de esta enfermedad; pero nada demuestra que pueda darse crédito á esta aserción.

Los individuos predispuestos á los trastornos nerviosos ó psicopáticos sufren convulsiones desde los primeros años de la vida, y desde este punto de vista es menester vigilarles mucho, tanto más cuanto la menor causa es suficiente para provocar en ellos la eclampsia, que es á menudo el preludio de una meningoencefalitis ó de una epilepsia. Los cólicos, las indigestiones, los vermes intestinales, producen también con frecuencia estos trastornos, y se combatirán inmediatamente, sobre todo con el bromuro, para que no se reproduzcan; mas, por desgracia, hay que reconocer muchas veces nuestra impotencia, ó sea en los casos en que las convulsiones dependen de una lesión incipiente del cerebro.

Necesario es también, en los niños degenerados, evitar los accesos de cólera á que se entregan con la mayor facilidad, ocasionando un estado congestivo del cerebro consiguiente á estos accesos, que generalmente termina por convulsiones, materia abonadísima para el desarrollo de accidentes cerebrales.

No descenderemos á exponer algunas otras precauciones muy comunes, pues en definitiva todo se reduce á afirmar que en los niños de padres muy degenerados ó que entre sus ascendientes ó colaterales cuentan individuos epilépticos, alcohólicos, alienados crónicos, conviene temer el posible desarrollo del idiotismo como consecuencia de una enfermedad cerebral, ó de una complicación cerebral de una afección general, siendo necesario tomar las precauciones que sean del caso, las que si bien á menudo y por desgracia resultan insuficientes ó inútiles, pueden con todo en algunos casos impedir la evolución de los trastornos, cuya gravedad depende del escaso desarrollo del sistema nervioso central. Estas precauciones no son de todos modos difíciles de tomar, y en cuanto á su aplicación si no siempre es eficaz no ofrece ningún inconveniente, lo que ya es bastante en terapéutica.

III

Tratamiento quirúrgico

¿Cabe designar con el nombre de tratamiento el ensayo de intervención quirúrgica fundado en una concepción errónea de la patogenia del idiotismo y también de la más elemental fisiología? La *craniectomía*, de la que el tiempo ha hecho pronta y debida justicia, se apoya, en efecto, en la

opinión emitida en otro tiempo por Virchow, según la cual la microcefalia sería debida á una osificación prematura de las suturas del cráneo. Esta teoría, falsa por lo que toca á los microcéfalos, lo es todavía mucho más respecto de las demás clases de idiotas, que son, por otra parte, los más numerosos. A pesar de esto, se ha aplicado casi indistintamente la craneectomía á todas las formas del idiotismo: este es el primer error. Luego se ha creído que, transformando el cráneo en alcancía por medio de una hendidura ánteroposterior hecha con varias coronas de trépano contiguas, el cerebro adquiriría la expansión ó desarrollo que le impedía la osificación prematura. Pero, ó era necesario para esto resecar la duramadre, y entonces no cabía esperar otra cosa que una hernia del cerebro, ó había que conservarla, y siendo ella inextensible, la hendidura ósea resultaba inútil, y aquí está el segundo error. Por último, lejos de que la hendidura vaya ensanchándose con el transcurso del tiempo á consecuencia del desarrollo del cráneo, se cierra, muy al contrario, por neoformación de un hueso ebúrneo mucho más resistente que el cráneo normal. En esto consiste el tercer error. En el primer momento se abrigan esperanzas de obtener resultados extraordinarios, pues la revulsión que producía la operación y la decompresión del cerebro determinada por la excesiva salida de líquido cefalorraquídeo, causaban una especie de excitación cerebral momentánea, que se tomaba por una mejoría. Desgraciadamente la decepción seguía de cerca á la ilusión que se había formado. Hoy día, la craneectomía está completamente abandonada en el tratamiento del idiotismo; y si debiera aplicarse otra vez, no sería en los cráneos de microcéfalos donde estaría indicada sino más bien á los cráneos de hidrocéfalos con el objeto de dar salida el líquido cefalorraquídeo que distiende el cerebro y en su consecuencia el cráneo, que no puede osificarse convenientemente. Mas ni siquiera en la hidrocefalia cabe esperar apenas buenos resultados, á juzgar por los obtenidos en los casos de hidrorraquis.

En definitiva, pues, no existe verdaderamente tratamiento quirúrgico del idiotismo.

IV

Tratamiento médico

¿Existe siquiera un tratamiento médico del idiotismo? Tampoco; pues como á tal hay que considerar ciertas particularidades en el tratamiento de los idiotas, pero no el del idiotismo en general, que escapa á nuestros agentes terapéuticos.

El papel del médico que ha de cuidar á los idiotas no es por tanto de los más fáciles, correspondiendo más bien al arte veterinario que al médico, en el sentido de que no se consigue por regla general recoger ningún dato sobre los fenómenos subjetivos de esos individuos, y de no ser así, resultan casi siempre equivocados. Es de notar también que las reacciones morbosas ordinariamente difieren mucho de las de los individuos normales; y así no es raro ver idiotas continuar en sus idas y venidas á pesar de sufrir una pneumonía, gangrena pulmonar, fiebre tifoidea, pleuresía purulenta y hasta una meningitis.

Ciertos órganos han de ser muy especialmente vigilados, y entre ellos el aparato pulmonar es de ordinario el que se altera con más facilidad. La tuberculosis ó la congestión pulmonar son las que con más frecuencia determinan la muerte de los idiotas. Por consiguiente, habrá que atender y que ocuparse del pecho de esos enfermos, tan pronto se les vea languidecer ó debilitarse bruscamente. La auscultación será prolongada y repetida, pues acostumbran á respirar muy mal. Las complicaciones pulmonares en el curso de las enfermedades generales se presentan también con mucha frecuencia.

Cosa parecida reclama el aparato digestivo; la mayoría de los idiotas son verdaderos glotones, y en este concepto, convendrá vigilarles para evitar el paso de cuerpos extraños á las vías respiratorias, accidente que se presenta en ellos con bastante frecuencia. El estado deplorable y anormal de su dentición, en general, reclama igualmente ciertos cuidados para facilitarles la masticación.

La enteritis abunda entre los idiotas, no siendo raro que pase, por decirlo así, al estado crónico, llegando á producir á veces abscesos del hígado. Constituye una causa bastante frecuente de caquexia progresiva, que les lleva rápidamente á la muerte. Vigilando su alimentación, que debe ser más bien frugal, y su masticación, se evitan muchas veces esos accidentes por parte del aparato digestivo, los que podrán ser combatidos asimismo por los medios ordinarios. Conviene añadir, sin embargo, que esos medios fracasan á menudo, continuando la caquexia su evolución.

Hay que prevenirse y estar alerta también respecto de la constipación, pues algunos idiotas se olvidan completamente de satisfacer la necesidad de defecar.

Gran número de idiotas y casi todos los imbeciles se entregan en mayor ó menor grado á la masturbación, haciéndose necesario vigilarlos mucho sobre este punto, impidiendo que se entreguen á ese vicio, sobre todo al despertar por la mañana ó durante la noche. Con este objeto se les puede sujetar las manos por la noche con un manguito de tela y se pro-

curará que se levanten por la mañana así que se despierten. De no cohibirseles en una forma ú otra, no tardan en caer, bajo la influencia de esta masturbación automática, pues comienza á menudo desde la edad de un año, en un estado de decaimiento rápido.

A los que son incontinentes, se les sentará en el orinal con la mayor regularidad, por la noche, á la mañana y después de cada comida, manteniéndoles en esta posición hasta que haya concluído la micción ó la defecación. De esta manera se llega más ó menos rápidamente á curarles de ese gatismo, que complica de un modo extraordinario los cuidados que han de tenerse con esos enfermos.

Es necesaria una gran limpieza del cuerpo, puesto que se ensucian con la mayor facilidad. La *hidroterapia* en forma de baños y duchas se ha empleado con muy buenos resultados en la mayor parte de los casos.

El *masaje*, las *fricciones* y los *movimientos pasivos* son de utilidad para los individuos afectos de trastornos musculares, articulares ó paralíticos. Aunque la sífilis sea raras veces causa del idiotismo, se dan casos, sin embargo, en que no es dudosa su influencia, y si bien el *tratamiento específico* no tiene gran eficacia en los casos de sífilis hereditaria que afecta al sistema nervioso, será bueno con todo ensayarlo.

Existe una forma especial de idiotismo, que es susceptible de un tratamiento del todo especial: es la que se denomina *idiotismo mixedematoso*. En efecto, es indudable que esta afección, debida á la ausencia congénita del cuerpo tireoides, se mejora ciertamente y en proporciones á veces muy notables merced al tratamiento tireoidiano. Los casos de Bourneville y de Régis son sobrado elocuentes desde este punto de vista, para que pueda vacilarse en lo más mínimo en acudir siempre al mismo.

Propuesto primeramente por Arnaud (de Saint-Gilles) en 1889 y ensayado luego por Murray en 1891 y Bouchard en 1892, el tratamiento del mixedema fué aplicado por Bourneville en 1893 á los idiotas mixedematosos. Este último administró el *jugo tireoideo*, primero en julepe, después en inyecciones hipodérmicas. Sin embargo, los mejores resultados se han obtenido con la ingestión de glándula tireoides cruda de carnero. Se comienza por medio lóbulo, ó sea un cuarto de glándula, para llegar después á un lóbulo.

Importa conocer los síntomas que entonces se manifiestan, los que parecen sucederse, según Bourneville, en el orden siguiente: desaparición del edema de los párpados, adelgazamiento, elevación de la temperatura rectal hasta 38° y á veces más, temblor, lipotimias ligeras, sudores profusos, debilidad en las piernas, aumento de temblor, taquicardia, vómitos, agitación, excitación, disminución del grosor de la lengua y del color vio-

láceo de los labios, rápido crecimiento de las uñas, desaparición de las costras de la cabeza, descamación de las manos y los pies, que pierden su carácter paquidérmico; coloración cada vez más normal de la piel, diarrea en vez de constipación, flexibilidad en los movimientos, aprehensión menos lenta y marcha más ligera y rápida. El individuo crece y no siente tanto el frío. Las facultades intelectuales están algo excitadas, reemplazando los accesos de cólera al entorpecimiento habitual; sus rasgos de estupidez van desapareciendo, poniéndose su fisonomía más animada y expresiva y aumentando también la aptitud para el trabajo.

Finalmente, cabe aplicar asimismo un tratamiento especial á los *idiotas epilépticos*, que no es otro que el tratamiento habitual de la epilepsia, expuesto en otro capítulo. Cuando la epilepsia es la causa de la debilidad intelectual del niño y no únicamente un síntoma de su estado cerebral, se tiene alguna posibilidad de mejorar también su inteligencia.

V

Tratamiento médico-pedagógico

Entramos á estudiar ahora el único tratamiento capaz, no diremos de curar el idiotismo, pero sí al menos de sacar todo el partido posible de las escasas y débiles facultades de los idiotas.

Antes de proceder á detallar este tratamiento, conviene recordar, aunque sea brevemente, las fases que ha recorrido, desde los comienzos del siglo pasado, la manera ó sistema de educar á los idiotas. Hasta Itard (1801) se contentaban con recluirlos en los hospitales, hospitalización por otra parte que no se comenzó á poner en práctica hasta mediados del siglo xvii con la creación del Hospital General. Itard fué el primero que, á propósito de un idiota conocido en la ciencia con el nombre del *Salvaje del Aveyron*, emprendió todo un sistema de educación intelectual, con un celo y paciencia dignas de mejor éxito, pues los resultados no correspondieron ni con mucho á sus esperanzas. Aunque Itard no considerase á su alumno como un idiota ni presentara su sistema como aplicable á los idiotas, no es menos cierto que debemos atribuirle el mérito del primer ensayo practicado sobre este particular. Esquirol, el primero en distinguir el idiotismo de la demencia, nada intentó para tratarla por considerarla una afección incurable; mas Belhomme, uno de sus discípulos, reconoció que algunos de estos enfermos eran susceptibles de una

mejoría, señalando á este propósito varios medios para obtenerla. En 1828 Ferrus creó en su clínica de Bicêtre una escuela especial con el fin de sacar á los idiotas de la ociosidad. Falret, padre, intentó lo mismo en la Salpêtrière, y por último, P. Voisin traza muy hábilmente los principios que han de presidir en la educación física, intelectual y moral de los idiotas.

Mas con Séguin comienza verdaderamente la era del tratamiento del idiotismo, que expone en su libro: *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*—libro consultado hoy todavía por considerarse el mejor guía para la dirección de los idiotas. Simultáneamente, Guggenbuhl hacía en Suiza lo que Séguin hizo en Francia, creándose varias escuelas especiales en Alemania.

Delasiauve continuó la obra de Séguin, y finalmente, su discípulo, el doctor Bourneville, fundó en Bicêtre una clínica, que puede servir de modelo á todos los establecimientos de esa clase, desarrollando é instituyendo en ella todo un conjunto de prácticas de educación física é intelectual, que examinaremos luego, y que constituyen lo que se ha llamado con justicia el tratamiento médico-pedagógico del idiotismo. M. Boyer, antiguo encargado de la clínica de Bicêtre y de la enseñanza en el Instituto médico-pedagógico de Vitry-sur-Seine, lo ha descrito perfectamente en su interesante Memoria, todavía inédita, que fué premiada por la Sociedad médico-psicológica.

Antes de tratar de los principales puntos de este tratamiento, conviene precisar dos cuestiones que son de alguna importancia.

Constituye en cierto modo la primera, la cuestión previa, es á saber, qué es lo que se pretende obtener en la educación del idiotismo, y la segunda, á quién ha de confiarse esta educación.

Dejamos á un lado, por supuesto, á los idiotas completamente incontinentes, incapaces de andar, de producir ningún sonido articulado, ni de prestar atención á las cosas más sencillas é indiferentes. Todo fuera inútil, evidentemente, en esos seres condenados á una vida puramente vegetativa y cuyo estado de vitalidad es también lo más rudimentario. Pero, refiriéndonos á los idiotas susceptibles de un relativo desarrollo físico é intelectual, ¿qué es lo que debemos procurar en primer término? ¿cuál es el ideal que ha de perseguirse? Creemos, á nuestro modo de ver, que es un error muy craso, así como también una pérdida de trabajo, paciencia, habilidad y hasta de dinero absolutamente inútil, empeñarse en dar á los idiotas, aun cuando no fuese más que los elementos de todas las ramas de una educación completa. Conseguir á duras penas hacer aprender á un idiota las letras del alfabeto, cuando no podrá nunca

reunirlas para leer, ó lograr que lea dos palabras sin que llegue á comprender su sentido, nos parece un resultado de muy poco interés desde el punto de vista práctico, que es, en realidad, lo único que ha de procurarse con el tratamiento.

Desarrollar en el idiota la memoria de cosas que no sabe aplicar con oportunidad, desde el momento que es incapaz de juzgar y raciocinar, nos parece también enteramente inútil, sin que los resultados correspondan tampoco á los esfuerzos empleados. Se trata, pues, de verdaderos seres degenerados que no podrán alcanzar nunca, por más esfuerzos que se hagan, ni el nivel ínfimo del individuo normal; que no se bastarán en ningún tiempo ni podrán dirigirse á sí mismos, y en fin, que jamás serán capaces, por mucho que hayan mejorado, de obtener algún provecho ó sacar partido de las nociones que á duras penas se les habrá inculcado, las que desaparecerán, por lo demás, así que se deje de repetírselas. En estas circunstancias, lo único á que, en nuestra opinión, podemos aspirar es á hacerlos lo menos gravosos posible en el medio social en que viven, contentándonos con enseñarles las nociones precisas para que puedan pasarse en todo lo posible de las personas que les rodean. Si se consigue hacerles trabajar, sobre todo en las clínicas de los hospitales, ya será bastante. En una palabra, hay que hacerles todo lo sociables que quepa, educarlos sin instruirlos, para que no se dé el caso de idiotas que recitan los días de la semana y reconocen diferentes plantas y no saben en cambio vestirse por sí solos.

Máximum de educación práctica y mínimum de instrucción escolar, tal es la fórmula, á nuestro modo de ver, que encierra el *desideratum* del tratamiento del idiotismo.

Esto sentado, ¿á quién confiar esa educación? ¿quién debe dirigirla? Siendo el idiota un enfermo del cerebro, un inválido, es necesario que el examen de sus facultades, así físicas como psíquicas, lo verifique un facultativo, y aun competente, para que pueda señalar á los encargados de su educación qué puntos pueden ser más especialmente atendidos, de qué otros debe prescindirse, ya de momento ó después de algún tiempo en que no se note ninguna mejoría. El plan, pues, ó línea de conducta á seguir es de la incumbencia del médico.

En cuanto á su ejecución, ¿habrá de correr á cargo de un solo maestro, es decir, la educación individual, ó darse, por el contrario, la preferencia á la colectiva? Parece hoy bien demostrado que la última es la preferible bajo todos conceptos. El idiota encuentra en el asilo especial todo lo necesario para sacar el mejor partido posible de sus escasas facultades, y queda sometido á una disciplina imposible de aplicársele en su

casa, donde generalmente es el niño más mimado de la familia, ni tampoco en los establecimientos para niños sanos, donde no tarda en convertirse en el hazmerreir de sus compañeros. Muchas veces, además, á consecuencia de sus trastornos nerviosos, no es posible tampoco que vivan con su familia, ya por las molestias que ocasionan, ya por la influencia nociva que puede ejercer el contagio en sus hermanos y hermanas. Pero, por la misma dificultad y complicación de los cuidados que requieren los idiotas, han de ser pocos en número los que dirija un solo profesor. La imitación, ya que no la emulación, factor de tanta importancia en la educación, sólo puede ejercitarse en un establecimiento especial.

Pero, ¿á qué edad deberá comenzarse la educación especial del idiota? Los padres, llevados de antiguos prejuicios que asombra ver invocar hoy todavía por los médicos, aguardan la dentición de los siete años, creídos de que se opera entonces una transformación completa del niño y que se da un verdadero latigazo á su dormida inteligencia. Es casi inútil decir que ni la dentición de los siete años, ni la pubertad, nunca podrán hacer desaparecer una esclerosis cerebral ó las adherencias meníngeas de una meningo-encefalitis, etc. Con todo, conviene enunciar siquiera esas verdades, que parecen ignorarse todavía mucho más de lo creíble. Evidente es, por el contrario, que cuanto más pronto se dé comienzo á la educación, mayores probabilidades se tienen de poder servirse y desarrollar las partes del cerebro todavía no alteradas. La educación del idiota habrá de comenzar, por lo tanto, desde la infancia, absolutamente lo mismo que si se tratara de un niño normal. Así que puede prescindirse de los cuidados materiales de su madre ó nodriza, desde los dos años, puede y debe sometérsele á la educación especial, graduada, que haga del mismo un individuo menos anormal; con las dilaciones, en cambio, crecen las dificultades. Y esas fechas fatídicas de los siete años y de la pubertad no señalan en general más que etapas, después de las cuales ciertos progresos son absolutamente imposibles, ó suspensiones de la evolución cerebral y en su consecuencia intelectual del niño. Después de los catorce años, por ejemplo, es casi inútil intentar nada.

El establecimiento destinado á los idiotas debe reunir las condiciones de ser vasto, aireado, situado con preferencia en el campo, contener un reducido número de niños y estar bajo la dirección del médico, el único capaz de dirigir la educación, desde el punto de vista fisiológico, y de intervenir, como acontece muchas veces, en los numerosos trastornos patológicos á que están propensos de un modo especial los idiotas. Importa, en una palabra, que la dirección sea ante todo facultativa.

Una de las cosas que conviene tener presente es que el idiotismo

adquirido es, por punto general, mucho menos susceptible de mejoría que el congénito, y que la educación se hace mucho más difícil y da menos resultados cuanto más avanzada es la edad en que ha sobrevenido el idiotismo.

La educación debe ser en primer término fisiológica y en la inteligencia de que han de desarrollarse paralelamente todas las funciones.

La digestión conviene vigilarla de un modo muy especial y en cuanto á la higiene de la nutrición, es más necesaria en los idiotas que en cualesquiera otros individuos. Incapaces de servirse de sus propias manos, de masticar por los numerosos vicios de conformación de las mandíbulas y de los dientes, y de impregnar los alimentos de saliva á causa de la frecuente imposibilidad de retenerla, los idiotas están expuestos á toda clase de trastornos digestivos. Su régimen alimenticio será, por lo tanto, objeto de cuidados especiales. Desde luego ha de procurarse la regularidad en las comidas y en proporciones casi constantes. Las carnes blancas, los huevos, los lacticinios, las sopas y los pescados formarán la base de su alimentación, y tomarán como bebida vino agüado ó leche.

Para que tomen los alimentos por sí mismos nos valdremos de los procedimientos de educación de la mano, enseñando al niño á servirse del vaso, de la cuchara y del tenedor. Los bocados conviene que sean bastante pequeños. Cuando el idiota no sabe masticar, habrá que darle los alimentos en pedazos, y aguardar á que se haya tragado un bocado antes de darle otro. De esta manera perderá el niño sus hábitos de glotonería y se despertará su gusto por el contacto más prolongado de los alimentos con la lengua.

Para combatir la rumia, frecuente en el idiota, es menester ocuparlo así que concluya de comer, y de este modo, distrayéndole, se logra impedir que se entregue á esta práctica, que á la larga es imposible vencer. Por lo que toca á la digestión gástrica, el mejor procedimiento para que se haga bien es el procurar la regularidad en las comidas y que se mastiquen suficientemente los alimentos.

La mayoría de los idiotas son durante largo tiempo, y hasta á veces siempre, incontinentes; y para conservarlos limpios,—cosa que no siempre se consigue,—es preciso obligarles á ir al excusado á horas determinadas y bien precisas, como son al despertarse, después de cada comida, antes de acostarse y algunas veces durante la noche, teniéndoles allí hasta que hayan satisfecho por completo sus necesidades. A estas precauciones pueden añadirse también las duchas anoperineales.

La respiración, por lo común defectuosa, requiere asimismo ciertos ejercicios para regularizarse, sobre todo para la buena articulación de las

palabras. Conviene además tener al idiota todo el tiempo posible al aire libre, para que se aviven sus funciones respiratorias y circulatorias, que generalmente están debilitadas.

Los vestidos habrán de ser holgados, sin que ejerzan ninguna clase de constricción en el cuello ni sobre el pecho. Se cuidará también de que en invierno estén suficientemente calientes, ya que los trastornos circulatorios y el enfriamiento de las extremidades son en ellos muy frecuentes.

La educación del sistema muscular es de las más importantes, y se dirige á provocar y coordinar los movimientos y á equilibrar en cierto modo todos los sistemas.

En los individuos completamente idiotas que parecen estar reducidos á la inmovilidad absoluta, proporcionan á veces buenos resultados el masaje, las fricciones en los miembros y en las articulaciones, y las duchas de chorro interrumpido aplicadas á lo largo de la columna vertebral y á los miembros inferiores, y también los movimientos pasivos, al principio de sólo cinco minutos de duración.

Alcanzado ya cierto grado de tonicidad y flexibilidad de los músculos, se acostumbra al niño á tenerse de pie, apoyándose por las axilas en dos barras paralelas de altura variable, ó en un carretón de dirección fija primero y que cambia de dirección más tarde. Más adelante también podrá utilizarse el columpio de trampolín, inventado por Séguin, en el que el niño salta en un trampolín que le obliga á encoger los miembros inferiores, y á extenderlos rápidamente después para echarse hacia atrás, lo que además de ser un verdadero juego al que se aficiona, pronto constituye un buen ejercicio.

Una vez el idiota haya aprendido á andar, se le enseñará á subir, bajar, saltar y correr, graduándose todos estos ejercicios por medio de escabeles formados de escalones más ó menos altos y más ó menos numerosos.

Esto ya de sí constituye un gran adelanto, pues supone que han adquirido las ideas de distancia, altura y velocidad.

Sin embargo, otra cosa reviste todavía mucha más importancia y es la educación de la mano. A este fin, se les irá dando cuadradillos de diverso tamaño, comenzando por los más grandes, enseñándoles primero á encoger la mano para sostenerlos y luego á apretar con fuerza. Después, los cuadradillos se sustituirán por objetos de formas variadas, como tablillas de diverso grosor por ejemplo.

Por medio de la gimnasia Pichery se consigne que opongán el pulgar al realizar el acto de la prehensión, así como tomar, cuando se les orde-

na, las posiciones sentada y de pie. Esta es una de las partes más largas del tratamiento. Esta pequeña gimnasia se compone de escalas de cuerda estrechas que tiene cogidas el niño una en cada mano sirviéndole de asidero al bajarse y de sostén al levantarse. Las escalas verticales se sustituyen luego por la oblicua, cuyos peldaños se le harán subir con las manos ayudándose con los pies. Por último, se pasa á la escala horizontal, de cuyos peldaños se suspende completamente. Queda todavía por mencionar la escala convexa, rígida como la anterior, por la que el niño se encarama apoyándose por la espalda, y así se evita la tendencia que tienen gran número de ellos á encorvarse.

En los idiotas no tan profundamente atacados, lo que importa combatir principalmente es la torpeza antes que la impotencia funcional. Los ejercicios encaminados á este fin son, por tanto, más variados y difíciles.

Se les presentarán objetos de igual forma, pero de diferente peso, haciéndoselos coger, arrojar y coger de nuevo. Se les coloca también en las escalas gemelas sistema Pichery, con las que, por medio de resortes, se les obliga á hacer esfuerzos para vencer la resistencia que éstos les opone.

Entonces será ocasión de poner en práctica la mayor habilidad y destreza del niño en servirse de sus manos, enseñándole á vestirse, lo que exige movimientos complicados y difíciles, ó mejor, á atar los zapatos y abotonar diversas clases de botones.

Se les enseñará asimismo á coger la cuchara, el tenedor, el cuchillo, el vaso y los platos, aprovechando para ello todas las ocasiones que se presenten.

Se les hará también jugar por ser ésta una nueva ocasión de desarrollar sus funciones físicas é intelectuales.

Uno de los ejercicios más delicados consiste en hacerles enhebrar agujas cada vez más finas, lo que desarrolla al mismo tiempo su sentido muscular y su vista.

La gimnasia puede resultar igualmente beneficiosa para mejorar los tics de que están afectos tantos idiotas. Hay que confesar, sin embargo, que las más de las veces los idiotas que tienen estos tics están de tal modo degradados, que es inútil todo lo que se intente, pues nunca se llega á hacerlos desaparecer. Los ejercicios algo fatigosos, como son los movimientos de flexión y de extensión, con ó sin halterios, disminuyen más que los otros la intensidad de los tics.

Una de las condiciones más indispensables para lograr el fin que nos proponemos es no interrumpir, ni siquiera por algunos días, los ejercicios

de adiestramiento, sobre todo en los primeros tiempos, pues el niño pierde de nuevo con la mayor facilidad todo lo que tanto trabajo ha costado hacerle aprender, si no á él, al encargado de su educación.

Cuando es posible establecer la educación colectiva, debe concederse mucha importancia á los ejercicios y movimientos concertados, puesto que se ejecutan con mucha más facilidad, sobre todo si se acompañan, como se hace en Bicêtre, con cantos, charangas, ó al son de tambor, los que en cierto modo atraen á los niños.

Entre los ejercicios dirigidos á desarrollar el sistema muscular pueden mencionarse los que tienden á hacer retener voluntariamente la saliva, cuyo derrame continuo tanto repugna en esos enfermos.

Con este objeto y como medios mecánicos, se podrá también aplicarles la electrización farádica en los labios, darles cuadradillos ó silbatos, que al mismo tiempo divierten á los niños.

La educación de los sentidos contribuye en alto grado á desarrollar la inteligencia, siendo todavía más complicada que la de los movimientos.

Lo primero que debe procurarse para la educación del sentido del tacto es que el aparato esté en buenas condiciones para funcionar, es decir, siempre limpio. Ese cuidado de las manos principalmente se consigue con mayor facilidad por medio de la buena educación del movimiento, gracias á la que puede el niño aprender á lavarse, del mismo modo que aprende á vestirse por sí mismo. Se vigilará también que no lleve las uñas demasiado largas ni demasiado cortas y, que en el último caso, no se las muera continuamente, como sucede en muchos de ellos. Algunas veces abandonan esta mala costumbre untando los dedos con sustancias amargas desagradables.

Unas veces los niños tienen el pulpejo de los dedos demasiado sensible y otras demasiado endurecido. En el primer caso, conviene acostumbrarles á los trabajos algo rudos con el fin de endurecerlos, mientras que, en el segundo, es necesario resguardar las manos del aire y descubrirlas sólo para los ejercicios.

Por otra parte, los idiotas tienen frecuentemente anestesia ó analgesia, y no sienten sobre todo las variaciones de temperatura. Obrando en ellos por contraste, esto es, dándoles baños muy calientes en invierno y duchas frías en verano, se llega á veces á despertar en estos individuos la sensación del calor y del frío.

Con la educación del tacto, pueden apreciar las formas, la consistencia, el peso, la finura y la rugosidad ó aspereza, el frío y el calor.

Para enseñarles á conocer las formas de los objetos, se les hace coger dos completamente diferentes, una bola y un cubo, por ejemplo; después,

esferas ó cubos de dimensiones desiguales, y luego cuerpos geométricos variados y planchitas de forma también geométrica, que permiten apreciar las superficies. Con escofinas más ó menos rudas y telas de diferente calidad aprenderán á reconocer las diferencias de contacto de las superficies.

Para conocer la consistencia se emplean objetos de la misma forma pero de distinta consistencia, como el metal, madera, arcilla y caucho.

Los mismos objetos con igual volumen, pero hechos de distintas substancias, sirven para sugerir la noción de peso.

En la educación de la vista conviene atraer y fijar la mirada de los enfermos. Consíguese lo primero hasta en los individuos más indiferentes, llevándoles á una habitación completamente obscura y mostrándoles de pronto un objeto brillante, ó haciendo penetrar bruscamente un rayo luminoso que hiera forzosamente su vista y llame su atención. Cambiando la luz de un punto á otro se logra hacerla seguir con la mirada. Después de haber empleado el color blanco, se pueden utilizar otros variados, y hasta más tarde alumbrar de este modo figuras de objetos conocidos, como animales, por ejemplo.

Sirven igualmente para el fin que nos proponemos los distintos objetos que se emplean para ejercitar el tacto, coloreándolos de diversas maneras, y por medio de un juego de figuras geométricas movibles y coloreadas que se colocan sobre figuras de la misma forma y color, se llegan á asociar las ideas de forma y color. Con estas mismas figuras geométricas coloreadas y de distintos tamaños, es más fácil también apreciar las dimensiones.

Los distintos juegos contribuyen también á desarrollar el sentido de la vista al mismo tiempo que el muscular; tales son, por ejemplo, los juegos del tejo, de bochas, de billar, de balón, etc.

El oído, el sentido más intelectual, es el más difícil de educar, así como el más indispensable.

Muchos idiotas son sordos, ya porque realmente lo sean ó por falta de atención, que es el caso más frecuente.

Ante un caso de sordera lo primero á que debe procederse es á examinar el estado del órgano é investigar si la sordera es de origen cerebral, auricular ó psíquico.

Cuando simplemente se trate de debilidad del oído, se procurará aumentar su potencia perceptiva, cosa que se consigue algunas veces haciéndoles percibir sonidos gradualmente más fuertes y más débiles, espaciándolos lo suficiente para que puedan darse cuenta de las impresiones recibidas. Se comenzará, por ejemplo, con una gran campana, después

un cascabel, luego un instrumento de música, y por último, la voz natural.

Si la sordera depende exclusivamente de la incapacidad para prestar atención, conviene recordar que á la mayoría de los idiotas les agrada la música, y fundándonos en esta observación, procuraremos llamar su atención con sonidos musicales, empleando, por ejemplo, timbres que den las notas de la octava.

Después de haber producido en una sola dirección y á la misma distancia los sonidos, se irán variando una y otra, para que aprendan á adivinar de dónde parten aquéllos. Acto seguido se les entregarán los cascabeles, para que los hagan sonar ellos mismos, dándoles al mismo tiempo dos cascabeles de diferente sonido y ejercitándoles á que nos den uno y otro alternativamente.

Aprovecharemos siempre las ocasiones que se presenten para ensayar diferentes sonidos, puesto que acontece á veces que unos idiotas perciben mejor un sonido y otros otro.

Acompañando estos ejercicios del correspondiente mandato, se llega á establecer en la mente del enfermo una asociación de ideas entre la palabra y el objeto.

El gusto está con frecuencia pervertido en el idiota, el cual come algunas veces todas las inmundicias que encuentra. Por esto conviene en primer término impedir que llegue á su boca cualquier substancia, y además, en lugar de darles alimentos muy sápidos, se procurará que sean poco excitantes. Si únicamente hay debilitación del gusto, se obra por contraste, haciendo de manera que pase del sabor azucarado ó dulce á los fuertes ó amargos. Los cuidados que se tienen con la boca contribuyen también en cierto modo á la justa apreciación de los sabores.

El procedimiento educativo que ha de seguirse con el olfato es casi el mismo empleado para el sentido del gusto. El desarrollo de este sentido no tiene por lo demás grande importancia. Para despertar su sensibilidad, se podrá hacerles tomar rapé, oler alcanfor, etc. Lo más esencial consiste en acostumbrar al idiota á que respire por la nariz, y para ejercitarle en ello, se le tapa la boca con la mano obligándole de este modo á respirar por las narices.

La educación de la palabra tiene capital importancia, mereciendo que nos detengamos en ello. Bourneville y Boyer han indicado el procedimiento, el cual puede seguirse al pie de la letra. Para mayor claridad, se distingue entre los idiotas que no hablan poco ni mucho y los que hablan poco, pero mal.

En cuanto á los primeros, importa desde luego asegurarse de la inte-

gridad del oído y proceder después á la educación. Se comienza, por tanto, por desarrollar la atención auditiva, recordando que en todos los ejercicios es necesario que estén solos maestro y discípulo. Hemos indicado ya la manera de fijar la atención auditiva por medio de los juegos de cascabeles ó de timbres. Al mismo tiempo se llamará la atención visual del niño, haciéndole practicar movimientos de imitación, primero con los brazos y después con la cara, para abrir y cerrar la boca, mover los labios, sacar la lengua, etc.

Cuando el niño sepa ya imitar los movimientos necesarios para pronunciar las palabras, pasaremos á la emisión de los sonidos, comenzando por las consonantes, como recomienda Séguin, y tomando en lo demás el camino seguido en la enseñanza de los niños normales. Se le hacen pronunciar primero las labiales *b, p, f*, y luego, procediendo por contraste, se le obliga á repetir la tabla siguiente:

<i>p, a, k,</i>	<i>v, z, j,</i>
<i>f, s, l,</i>	<i>t, r,</i>
<i>b, d, g,</i>	<i>m, n,</i>

Siendo las sílabas repetidas más fáciles de pronunciar, se ejercita al niño á esas repeticiones, como *papá, dodó*, etc. Es por lo demás el sistema preconizado por M. Gogillot para los sordomudos.

Una vez ha logrado pronunciar alguna palabra, se aumentará el vocabulario. Sentado el niño enfrente del maestro, le enseñará éste algún objeto usual (*un chapeau*, por ejemplo, en francés; bala, palo, etc., en español), palabras de fácil pronunciación, repitiéndosela varias veces y procurando fijar su atención. Conviene advertir sobre este punto, que se tropieza á menudo con la terquedad extraordinaria del idiota, que después de haber pronunciado convenientemente la palabra una vez, se niega en seguida á repetirla. Entonces se le privará de algún deseo mientras no la repita, levantando el castigo tan pronto se decida á ser complaciente. Para corregir los defectos en la pronunciación de las palabras, hay que esperar algún tiempo, cuando el vocabulario es ya un tanto crecido.

Se pasan en revista los objetos, personas, y animales que generalmente rodean al niño; comiéndase por nombrarle las distintas partes de su cuerpo, acostumbándole á que las señale al pronunciar su nombre; después sus vestidos, luego los objetos de que se sirve cada día, dando la preferencia á los que más le agraden; así se va siguiendo hasta llegar, por último, á enseñarle los adjetivos, sirviéndose para esto de los objetos que más aprecie, como los juguetes, y las muñecas para las niñas.

En seguida se pasa á nombrarles los colores, formas, olores, procurando que tengan también idea del peso de las cosas. Finalmente, se les enseñan los verbos, que se pronunciarán en tiempo infinitivo. Muchos idiotas no pueden llegar ó no pasan de aquí, sin conseguir nunca construir la más pequeña frase.

Los idiotas que hablan mal por defecto de pronunciación pueden tratarse por otros métodos, y los ejercicios á que se les somete, se fundan en el conocimiento preciso del mecanismo de la articulación. Consisten en la educación de los labios, de la lengua, y también de la emisión del aire y del aliento. Todo un curso de ortofonía fuera preciso escribir para indicar lo que se hace en tales casos, reglas que no sufren alteración alguna al aplicarse á los idiotas.

El instinto de conservación está muchas veces alterado en el idiota, que no tiene conciencia del peligro. Así, pues, será menester aprovechar todas las ocasiones que se presenten para hacérselo comprender, sin exponerle, como se supone, á sufrir las consecuencias. Acercando, por ejemplo, su mano á una llama, de manera que pueda experimentar una sensación desagradable, se logra hacerle comprender el peligro del fuego. El encargado de su educación debe ser quien ha de aprovechar todas las ocasiones diarias para desarrollar ese instinto.

Desde el punto de vista genésico, se observan, lo mismo en las niñas que en los niños, todas las perversiones del instinto sexual. El onanismo, podemos decir, es la regla. Provocado á menudo por irritaciones locales, importa vigilar de un modo especial el estado de los órganos genitales, evitando el roce de los vestidos. El onanismo agrava siempre el idiotismo. Por lo tanto hay que esforzarse en combatirlo, y conviene recordar á este propósito que se manifiesta muchas veces en la infancia y que es más pernicioso cuanto más pronto se presenta.

Hay que vigilar constantemente al niño, no dejarle nunca solo en los retretes, acostarle más bien de lado que en decúbito supino, levantarle así que se despierte y cuidar de que las funciones vesicales ó intestinales se realicen cumplidamente.

Los medicamentos anafrodisíacos que se han aconsejado apenas dan resultado. Nosotros no recordamos ningún caso de curación de onanismo en los idiotas.

La atención es una de las condiciones fundamentales de la educación. Todos los ejercicios de los órganos de los sentidos suponen el de la atención, y, en efecto, lo primero que se procurará es despertarla por cualquier procedimiento: impresiones bruscas, vivas, contrastes violentos, etc.

La atención visual es la más fácil y la que más conviene también despertar. Ya hemos descrito anteriormente cómo se procede con los individuos faltos de atención, colocándolos en una habitación oscura en la que se hace aparecer bruscamente un punto luminoso. En seguida se pasan por delante de sus ojos distintas proyecciones de objetos y animales, y por último, sacándoles de nuevo á la luz, se les pone delante objetos brillantes, primeramente imágenes bien sencillas y luego cada vez más complicadas. Según sean los tipos, visual ó motor, del idiota, otorgaremos la preferencia á las imágenes que impresionen ora sus tendencias visuales, por la forma, dimensión, color, ora sus tendencias motoras por medio de imágenes que despierten en él las ideas de movimiento. Si comprende el lenguaje, se podrá, adoptando la mayor sencillez posible en la expresión, añadir á la excitación visual la excitación auditiva, que refuerza la idea de este modo sugerida.

La generalización, comparación y asociación de las ideas van naturalmente desarrollándose en el curso de los ejercicios sensoriales.

La memoria es, juntamente con la atención, una de las condiciones más necesarias para la educación del idiota. Aquí conviene averiguar también qué clase de educación es la que requiere el caso: visual, auditiva ó motora, escogiendo con preferencia las imágenes que más fácilmente se graben en la mente del individuo. Lo importante y esencial en todos los casos es que el niño aprenda solamente lo que pueda comprender. Los actos más sencillos son ejercicios de memoria. Así, por ejemplo, se le hacen dar los mismos paseos, se le acostumbra á sentarse en la mesa ó en otra parte, siempre en el mismo punto; se le presentan las mismas imágenes y en el mismo orden para que adivine las que le agradaron más la primera vez, y se le hace en fin repetir el nombre de los objetos, de las plantas y de los animales siempre que se encuentren. Por lo que toca al juicio y al raciocinio, preciso es reconocer que muy poco podemos influir en su desarrollo.

Llegamos á la enseñanza pedagógica propiamente dicha, y hemos de confesar que deseáramos dar por terminado el asunto. Conseguir, á costa de grandes esfuerzos, hacer deletrear y hasta leer, pero sin comprender el significado, y escribir medianamente, pero siempre al dictado, nos parece, en efecto, tiempo completamente perdido para todos y de ninguna utilidad práctica. Por lo demás, los métodos empleados para la lectura, escritura y cálculo difieren muy poco de los que sirven para los niños sanos ó normales. Para la lectura, sin embargo, podemos valernos de letras de madera cuyas vocales son de un color distinto de las consonantes, y de números que tengan también diferente color según sean pares ó

impares, haciéndolos colocar por los niños idiotas sobre las letras ó cifras impresas correspondientes.

En cuanto á la escritura, habrán de escribir las palabras corrientes ó usuales que se ha logrado enseñarles, haciéndoselas leer al mismo tiempo y mostrándoles los objetos que representan, con el fin de asociar entre sí las imágenes visuales y auditivas, objetivas y subjetivas. Importa además enseñar á la par la escritura y la lectura, que es el método actualmente seguido en las escuelas de París.

Siguiendo este mismo orden de ideas y siendo en realidad la escritura un dibujo simbólico, se hará reproducir al niño la figura de los objetos que se le presenten, ya dibujados, ya del natural, comenzando, como se comprende, por los objetos de formas sencillas y geométricas.

Por lo que se refiere al cálculo, el idiota se muestra muy refractario. Se comenzará por poner en sus manos cierto número de bolitas ó de cuadradillos, de las que se colocará una en una mano y varias en la otra, acostumbrándole á estas dos expresiones: uno ó varios, y se le ordena que entregue uno ó varios de estos objetos.

Después se le enseña á colocar en las casillas el mismo número que hay escrito en cada una ó el que se le indique. El tablero de bolas de color se utiliza también muchas veces. Todo lo que dan de sí los idiotas más desarrollados es lo que podrían hacer los niños de cinco ó seis años.

En cuanto á las demás ramas de la enseñanza, tales como la geografía y la historia, es tan discutible su utilidad, que preferimos no ocuparnos de ellas.

Fáltanos hablar de la educación moral, en la que seremos más breves. Las ideas del bien y del mal, de lo justo y de lo injusto, del deber y del derecho son de un orden sobrado elevado, demasiado abstracto para que puedan ser comprendidas nunca por estos seres inferiores. Todo lo que cabe esperar de estos individuos es que se desarrollen en ellos asociaciones de ideas suficientemente intensas para impedir la realización de actos peligrosos y quizá también para reportar de ellos alguna utilidad. La ciega obediencia es el ideal que hay que perseguir en estos casos. Por lo tanto, sería más natural hablar de dirigir á estos enfermos que de educarlos.

De gran importancia es también el no permitir que se hagan á su presencia cualquiera de las cosas que les están prohibidas ó que resulten peligrosas, pues es muy grande su tendencia á la imitación. Conviene, además, que les demostremos más bien amistad y simpatía, que probar de obrar con amenazas, que siempre les disgustan. Más que una moralidad refleja, es un hábito mecánico lo que se trata de conseguir.

Así, pues, se les acostumbrará al orden y á la limpieza privándoles de las diversiones ó gustos que hubieran disfrutado si hubiesen sido cuidadosos ó limpios. Sus tendencias peligrosas, de consecuencias á veces perjudiciales para los demás, se reprimen en algunos casos haciéndoles experimentar sus inconvenientes.

La sociabilidad, casi nula entre estos individuos, se desarrolla algún tanto obligándoles á trabajar y á ser útiles á los demás, y si no se prestan á ello, se aprovechará la primera ocasión para pagarles con la misma moneda, estando siempre á la recíproca.

Cuando se presentan los accesos de cólera á que se hallan muy expuestos, lo mejor es de momento dejarles, sin intentar calmarlos, cuidando únicamente de ponerlos en condiciones de que no puedan perjudicar á nadie. Con una ó dos horas de permanecer aislados dentro de una habitación, se consiguen grandes resultados. Después se procurará con amabilidad y buenas razones hacerles comprender la necesidad de contenerse.

Todas estas prácticas, como se ve, se diferencian bien poco de la educación general de los niños normales, sólo que es mucho más limitada en sus medios de acción, y es muy exagerada la lentitud de su educación, si es que ésta se consigue.

Uno de los mejores resultados que hemos de esforzarnos en alcanzar, es el hacer trabajar al idiota, ocupándole en un trabajo manual cualquiera. Para conseguirlo, será conveniente primero avivar su voluntad; ésta se desarrolla con la perspectiva de goces ó medios de satisfacer sus necesidades que por su propia iniciativa ha de esforzarse en conseguir. Así, por ejemplo, se les colocará en la mesa sin cuchara ni tenedor, teniendo el cuidado de ponérselos á la vista, pero á alguna distancia, con el fin de que el sujeto vaya espontáneamente á buscarlos. De ocasiones parecidas se presentan á miles en la vida ordinaria, las que al institutor corresponde elegir.

El trabajo manual, cualquiera que sea, constituye la cima ó coronamiento de todos nuestros esfuerzos, y permite poner en juego todas las facultades físicas, intelectuales y morales del idiota. La ociosidad tiene para el mismo individuo, y quizá más todavía para los que le rodean, los peores inconvenientes, y la necesidad de impedirla es una razón de más en favor de la educación colectiva. Desde el punto de vista moral, principalmente, la educación dentro de la familia y hasta con un maestro particular resulta, si no imposible—á no ser que la familia no intervenga para nada—á lo menos muy difícil. Siendo tan grandes las dificultades que hay que vencer y precarios los resultados que se obtienen, nos esforzaremos en conseguir todas las probabilidades de éxito. Si á esto se añade que la

vida en común de un idiota con otros niños sanos puede serles perjudicial, y que en general las madres muestran cierta predilección, una predilección anormal, por estos seres degenerados, como si ellos conocieran realmente su estado de decadencia y se pretendiese aminorar su amargura, se comprenderá que esta educación tan delicada ha de llevarse á cabo por maestros especiales y en establecimientos también especiales.

FIN DEL TOMO SÉPTIMO

INDICE DE MATERIAS

DEL TOMO SÉPTIMO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades
de la piel, POR H. HALLOPEAU

	Págs.
I. <i>División de las indicaciones en patología cutánea.</i>	1
II. <i>Indicaciones que derivan de las causas.</i>	4
A. Causas intrínsecas, p. 4. —1.º Vicios de nutrición, p. 4. —2.º Trastornos funcionales, p. 7. — B. Causas extrínsecas, p. 11.—1.º Causas físicas, p. 11. — 2.º Causas mecánicas, p. 11.—3.º Causas químicas, p. 12. —4.º Causas animadas, p. 12.—a. Parásitos animales, p. 13.—b. Parásitos vegetales, p. 13.	
III. <i>Indicaciones que derivan de los procesos y de las lesiones.</i>	16
IV. <i>Indicaciones que derivan de los síntomas.</i>	17

CAPÍTULO II

Tratamiento de los eritemas, POR E. GAUCHER y C. BARBE

I. <i>Consideraciones generales.</i>	19
II. <i>Tratamiento de los eritemas en general.</i>	20
III. <i>Tratamiento de los eritemas de causa externa.</i>	20
IV. <i>Intértrigo.—Eritema de los recién nacidos.—Intértrigo de los diabéticos.</i>	21
V. <i>Eritemas debidos á diversos irritantes.</i>	21
VI. <i>Eritema paratrimo.</i>	22
VII. <i>Eritemas polimorfos.</i>	22
VIII. <i>Eritemas por medicamentos tomados.</i>	23
IX. <i>Eritemas de causa nerviosa.</i>	23

CAPÍTULO III

Tratamiento de las pitiriasis, POR H. HALLOPEAU

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	24
II.	<i>Pitiriasis rosada de Gibert.</i>	24
III.	<i>Pitiriasis rubra crónica de Hebra.</i>	26
IV.	<i>Pitiriasis rubra pilosa (lichen ruber acuminatus de Kaposi).</i>	27
V.	<i>Pitiriasis versicolor.</i>	28

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la urticaria, POR E. GAUCHER y C. BARBE

I.	<i>Tratamiento de la urticaria según sus causas.</i>	31
II.	<i>Tratamiento de la urticaria en general.</i>	32

CAPÍTULO V

Tratamiento de las púrpuras, POR P. AUBERT

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	35
II.	<i>Púrpuras de causa general.</i>	37
III.	<i>Tratamiento de las púrpuras.</i>	39

CAPÍTULO VI

Tratamiento del herpes, POR R. DU CASTEL

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	40
	A. Herpes no recidivantes, p. 40.—B. Herpes recidivantes, p. 41.—1.º Herpes genital recidivante del hombre, p. 42.—2.º Herpes recidivante bucal, p. 42.	
II.	<i>Tratamiento.</i>	44

CAPÍTULO VII

Tratamiento del pénfigo, POR H. HALLOPEAU

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	48
II.	<i>Indicaciones que derivan de las causas.</i>	50
III.	<i>Indicaciones que derivan de los procesos y de las lesiones.</i>	52
IV.	<i>Indicaciones que derivan de los síntomas.</i>	54

CAPÍTULO VIII

Tratamiento del eczema, POR ERNESTO BESNIER

I. — RESUMEN NOSOGRÁFICO Y NOSOLÓGICO

I.	<i>De la eczematización.—Lesiones y lesiones-síntomas.—Síntomas.—Formas clínicas.</i>	56
II.	<i>Breves nociones sobre los eczemas de Unna ó eczemas seborreicos.</i>	68

II. — TRATAMIENTO INTERNO DEL ECZEMA

I.	<i>Indicaciones generales.</i>	79
II.	<i>Régimen de los eczematosos.</i>	82
III.	<i>Medicaciones comunes.</i>	86
	A. Purgantes. — Diuréticos. — Tisanas, p. 86 — B. Emético. — Belladona y sucedáneos, p. 87. — C. Quinina. — Antipirina — Cólchico.— Digital. — Ergotina. Estricnina, p. 88. — D. Hierro. — Yodo. — Aceite de hígado de bacalao. — Yoduro de potasio y mercurio, p. 89.	
IV.	<i>Medicación interna antipruriginosa y analgésica.</i>	90
V.	<i>Medicaciones especiales y aguas minerales.</i>	94
	A. Medicación arsenical. — Papel terapéutico é indicaciones. — Farmacología. — Modo de usarla y dosis, p. 94. — 1.º Papel terapéutico é indicaciones, p. 94. — 2.º Farmacología, p. 96. — 3.º Dosis y administración, p. 97. — B. Medicación alcalina, p. 98. — C. Medicación sulfurosa, p. 99.	

III. — TRATAMIENTO EXTERNO DEL ECZEMA

I.	<i>Nociones preliminares.</i>	102
	A. Investigación de la causa local, p. 102. — B. Focos iniciales y reliquias, p. 104. — C. Asepsia. — Oclusión. — Reposo funcional, etc., p. 105. — D. Indicaciones locales según el periodo, p. 106. — E. Tolerancia individual, p. 106. — F. Precauciones especiales de la primera edad, p. 107. — G. Antipruriginosos locales, p. 108. — H. Contraindicaciones de una medicación local activa, p. 109. — I. Necesidad de la positiva dirección del médico en el tratamiento externo del eczema, p. 111.	
II.	<i>Medicaciones externas.</i>	111
	A. Polvos, p. 111. — B. Lociones. — Pulverizaciones y duchas. — Agua fría. — Refrigeración. — Baños simples y baños compuestos. — Práctica hidromineral externa, p. 114. — 1.º Lociones, p. 115. — 2.º Pulverizaciones y duchas, p. 117. — 3.º Agua fría. — Refrigeración, p. 118. — 4.º Baños simples y baños compuestos, p. 120. — 5.º Práctica hidromineral externa, p. 125. — C. Cataplasmas, p. 128. — D. Oclusión impermeable mediata ó curas húmedas, simples y compuestas, p. 131. — E. Oclusión impermeable inmediata, p. 135. — F. Tópicos grasos, p. 140. — 1.º Excipientes antiguos y modernos, p. 142. — a. Excipientes antiguos, p. 142. — b. Excipientes modernos, p. 142. — 2.º Técnica y	

farmacología de las pomadas, pastas, jabones, emplastos, gelatinas y barnices, p. 144. — Apéndice sobre los emplastos, p. 148. — G. Medicaciones tópicas, p. 154. — 1.º Medicación anodina, oclusiva, resolutive, queratoplástica, p. 155. — 2.º Medicación sustitutiva, reductora, intensiva, p. 159. — 3.º Electroterapia, p. 167.

IV. — TRATAMIENTO ESPECIAL DEL ECZEMA DE LAS DIVERSAS REGIONES

I.	<i>Eczema del cuero cabelludo.</i>	169
	A. Período agudo, p. 170. — B. Período de estado, p. 171.	
II.	<i>Eczema de la barba.</i>	173
III.	<i>Eczema generalizado de la cara.</i>	175
IV.	<i>Eczema de las cejas.</i>	176
V.	<i>Eczema de los párpados.</i>	177
	A. Eczema común, p. 177. — B. Eczema conjuntivo-palpebral ó pálpbro-conjuntival, p. 178. — C. Eczema de la base de las pestañas; blefaritis ciliar eczematosa; marginalitis eczematosa p. 179.	
VI.	<i>Eczema de las orejas.</i>	180
VII.	<i>Eczema de los labios.</i>	182
	A. Eczema orbicular de los labios, p. 182. — B. Eczema hipertrofiante de los labios superior é inferior, p. 183. — C. Eczema subnasal ó eczema piloso de las ventanas de la nariz, del labio superior y de la barba, p. 184. — D. Eczema de la parte encarnada de los labios, eczema neurótico, eczema seborreico, p. 186.	
VIII.	<i>Eczema de los miembros superiores, de las manos.</i>	188
IX.	<i>Eczema de las uñas y distrofias ungueales de los eczematosos.</i>	191
	A. Eczema de las uñas, p. 191. — B. Distrofias ungueales de los eczematosos, p. 192.	
X.	<i>Eczema de las axilas.</i>	193
XI.	<i>Eczema del cuello.</i>	194
XII.	<i>Eczema de las glándulas mamarias, del pezón y de la areola.</i>	195
XIII.	<i>Eczemas hipersteatidrosicos de la región esternal y de la ranura interescapular, ó hipersteatidrosis eczemáticas por parásitos esteaticolas de las regiones pretorácica y dorsal, como sitio de elección. — Eczemas producidos por las franelas, etc.</i>	197
XIV.	<i>Eczema del ombligo.</i>	198
XV.	<i>Eczema de la región pubiana.</i>	199
XVI.	<i>Eczema de la vulva.</i>	199
XVII.	<i>Eczema del ano.</i>	200
XVIII.	<i>Eczema del pene y del escroto.</i>	202
	A. Eczema del prepucio y de la piel del pene, p. 202. — B. Eczema del glande, p. 203. — C. Eczema del escroto, p. 203.	
XIX.	<i>Eczema de los miembros inferiores.</i>	205
	A. Eczema de las piernas, p. 205. — B. Eczema de la parte superior de los muslos, p. 207. — C. Eczema de los huecos poplíteos, p. 208. — D. Eczema de los pies, p. 209.	

CAPÍTULO IX

Tratamiento del impétigo, POR L. BROCC

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	211
II.	<i>Tratamiento.</i>	213

CAPÍTULO X

Tratamiento del ectima, POR L. BROCC

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	218
II.	<i>Tratamiento.</i>	219

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la psoriasis, POR ERNESTO BESNIER

I.—RESUMEN NOSOGRAFICO Y NOSOLÓGICO

I.	<i>Elemento psoriásico.—Tipo y anomalías.</i>	224
II.	<i>Curso.—Duración.—Remisiones.—Intermitencias.</i>	231
III.	<i>Breve resumen de diferenciación clínica: psoriasis y eritrodermias.—Pitiriasis rubra pilosa, pitiriasis rosada de Gibert.—Psoriasis y eczemas.—Psoriasis y liquen, «líquenes», liquenizaciones.—Psoriasis y sífilodermias.—Psoriasis y lupus eritematoso, seborreas concretas, tricofitias.</i>	233
	<i>A. Psoriasis y eritrodermias, p. 233.—B. Psoriasis y pitiriasis, p. 236.—C. Psoriasis y eczemas, p. 237.—D. Psoriasis y liquen, líquenes, liquenizaciones, p. 238.—E. Psoriasis y sífilodermias, p. 239.—F. Psoriasis, seborreas, lupus, micodermias, p. 242.</i>	
IV.	<i>Naturaleza de la psoriasis.—Predisposición.—Contagiosidad.—Inoculabilidad.—Herencia.—Teorías nerviosa, parasitaria, etc.</i>	242

II.—TRATAMIENTO INTERNO DE LA PSORIASIS

I.	<i>Indicaciones generales y medicaciones comunes.</i>	247
II.	<i>Medicaciones especiales.</i>	250
	<i>A. Arsénico, p. 250.—B. Salicilatos de sosa y de fenol, p. 252.—C. Tártaro estibiado, p. 253.—D. Digital.—Ergotina.—Estricnina, p. 254.—E. Alquitrán.—Copaiba.—Ácido fénico.—Fósforo, etc., p. 255.—F. Mercurio, p. 255.—G. Yoduro de potasio, p. 260.—H. Opoterapia, 263.</i>	

III.—TRATAMIENTO EXTERNO DE LA PSORIASIS

I.	<i>Nociones preliminares.</i>	264
II.	<i>Manera de aplicar los tópicos: aceites, jabones, pomadas. — Secantes medicamentosos. — Emplastos.</i>	267
	A. Aceites.—Jabones.—Pomadas, p. 267.—B. Secantes medicamentosos.—Traumaticina y colodiones, p. 269.—C. Emplastos, p. 271.	
III.	<i>Antipsoriásicos: Grasas simples. — Brea. — Mercurio. — Crisarrobina. — Pirogalol. — Succedáneos y preparaciones mixtas.</i>	271
	A. Grasas simples, p. 272.—B. Brea, p. 273.—C. Mercurio, p. 277.—D. Acido crisofánico, p. 278.—E. Acido pirogálico, p. 280.—F. Preparaciones mixtas.—Coadyuvantes.—Succedáneas, p. 282.	
IV.	<i>Práctica balnearia, hidrotermal, hidroterápica.</i>	284
	A. Práctica balnearia, p. 284.—B. Práctica hidromineral, p. 286.—C. Práctica hidroterápica, p. 287.	

IV.—TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS SEGÚN LAS REGIONES
TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS ARTROPÁTICA

I.	<i>Psoriasis de la cabeza.</i>	291
II.	<i>Psoriasis de los miembros.</i>	292
III.	<i>Psoriasis de los pliegues de contacto.</i>	295
IV.	<i>Psoriasis de los órganos genitales.</i>	296
V.	<i>Tratamiento de la psoriasis artropática.</i>	296

CAPÍTULO XII

Tratamiento de los líquenes, POR E. GAUCHER y C. BARBE

I.	<i>Divisiones.</i>	300
II.	<i>Liquen simple agudo y crónico.</i>	300
	A. Liquen agudo, p. 301.—B. Liquen crónico, p. 302.	
III.	<i>Liquen ruber.</i>	302
IV.	<i>Liquen escrofuloso.</i>	304
V.	<i>Liquen piloso.</i>	305

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de los pruritos y de los prurigos, POR R. DU CASTEL

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	306
II.	<i>Tratamiento de los prurigos simples ó de Willan y de los pruritos generalizados ó extensos.</i>	323

ÍNDICE DE MATERIAS

899

	A. Indicaciones terapéuticas generales y régimen, p. 323.—B. Tratamiento interno, p. 325.—C. Tratamiento externo, p. 330.	
III.	<i>Tratamiento de los pruritos localizados.</i>	341
	A. Prurito anal, p. 352.—B. Prurito vulvar, p. 354.—C. Prurito genital en el hombre, p. 356.	
IV.	<i>Tratamiento de los prurigos compuestos y de los prurigos diatésicos.</i> . .	357

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de las dermatitis exfoliantes, POR E. LEREDDE

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	364
	A. Dermatitis exfoliante aguda ó eritema escarlatiniforme, p. 365.—B. Dermatitis exfoliante subaguda ó enfermedad de Wilson, p. 365.—C. Dermatitis exfoliante crónica, p. 365.—D. Dermatitis exfoliante con atrofia ó pitiriasis rubra de hebra, p. 365.	
II.	<i>Patogenia.</i>	366
III.	<i>Tratamiento.</i>	369

CAPÍTULO XV

Tratamiento de los acnés, POR H. HALLOPEAU

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	372
II.	<i>Etiología general.</i>	373
III.	<i>Caracteres clínicos.</i>	376
	A. Acné vulgar, p. 376.—B. Acné menstrual, p. 380.—C. Acné piloso, p. 381.—D. Acné rosáceo ó eritematoso.—Acné telangiectásico.—Caparrosa.—Acné hipertrófico y rinofima, p. 382.—E. Acnés córneos, p. 385.—F. Acnés queloides, p. 386.—G. Dermatitis pápulo-pustulosa agmínea de la cara, p. 387.—H. Acnés medicamentosos, p. 387.—I. Acnés cicatriciales depilantes, p. 387.—J. Acné de los caquéticos, p. 388.	
IV.	<i>Tratamiento.</i>	388
	A. Indicaciones que derivan de las causas, p. 388.—B. Indicaciones que derivan de los procesos y de las lesiones, p. 389.—1.º Acné vulgar, p. 389.—2.º Acnés hipertróficos, p. 393.—3.º Acnés necróticos, p. 394.—4.º Acnés queloides, p. 394.—5.º Acné piloso cicatricial depilante, p. 394.—6.º Acnés córneos, p. 395.—7.º Acnés tóxicos, ptomainicos y caquéticos, p. 395.—8.º Dermatitis pápulo-tuberculosa agmínea de la cara, p. 395.	

CAPÍTULO XVI

Tratamiento del molluscum, POR P. AUBERT

- | | | |
|-----|---|-----|
| I. | <i>Molluscum verdadero, molluscum fibroso.</i> | 396 |
| | A. Consideraciones generales, p. 396.—B. Tratamiento, p. 397. | |
| II. | <i>Molluscum contagioso.</i> | 398 |
| | A. Consideraciones generales, p. 398.—B. Tratamiento, p. 399. | |

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de la forunculosis y del ántrax, POR ALBERTO ROBIN y E. LEREDDE

- | | | |
|------|---|-----|
| I. | <i>Consideraciones generales.</i> | 400 |
| II. | <i>Patogenia.</i> | 401 |
| | A. Condiciones locales, p. 401.—B. Condiciones generales, p. 403. | |
| III. | <i>Tratamiento.</i> | 405 |
| | A. Tratamiento inicial, p. 405.—B. Tratamiento en el período de estado, p. 406.—C. Tratamiento después de abierto el forúnculo, p. 407.—D. Tratamiento del ántrax, p. 408.—E. Tratamiento de la forunculosis, p. 408. | |

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento de los trastornos de la secreción del sudor, POR R. DU CASTEL

- | | | |
|------|---|-----|
| I. | <i>Anhidrosis.</i> | 411 |
| | A. Consideraciones generales, p. 411.—B. Tratamiento, p. 412. | |
| II. | <i>Hiperhidrosis.</i> | 412 |
| | A. Consideraciones generales, p. 412.—B. Tratamiento, p. 413. | |
| III. | <i>Sudamina. — Miliar.</i> | 420 |
| | A. Consideraciones generales, p. 420.—B. Tratamiento, p. 420. | |
| IV. | <i>Dishidrosis.</i> | 421 |
| | A. Consideraciones generales, p. 421.—B. Tratamiento, p. 422. | |
| V. | <i>Cromhidrosis.</i> | 422 |
| | A. Consideraciones generales, p. 422.—B. Tratamiento, p. 423. | |
| VI. | <i>Hidrociomas.</i> | 423 |

CAPÍTULO XIX

Tratamiento de las alopecias, por L. BROCCY y R. SABOURAUD

I. — ALOPECIAS EN GENERAL Y SEBORREAS

por L. BROCCY

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	425
	A. Alopecias de los estados morbosos generales agudos, p. 426. — B. Alopecias de los estados morbosos crónicos, p. 426. — C. Alopecias que dependen de una enfermedad local del cuero cabelludo, p. 428. — 1.º grupo. — Afecciones cutáneas en las cuales la alopecia no es más que un epifenómeno ó uno de los síntomas de la enfermedad, p. 428. — 2.º grupo. — Afecciones cutáneas en las que la alopecia constituye el principal síntoma de la enfermedad, p. 429.	
II.	<i>Higiene del cabello.</i>	429
	A. Reglas generales, p. 429. — B. Cuidados de limpieza, p. 430. — C. Peines y cepillos, p. 432. — D. Manera de llevar los cabellos, p. 433. — E. Manera de peinarse, p. 434. — F. Sombreros, p. 434. — G. Tintes y cosméticos, p. 434.	
III.	<i>Alopecia congénita.</i>	435
IV.	<i>Alopecia senil.</i>	436
V.	<i>Alopecia prematura idiopática.</i>	437
	A. Consideraciones generales, p. 437. — B. Tratamiento, p. 439.	
VI.	<i>Alopecias consecutivas á las grandes pirexias y á las caquecias.</i>	442
	A. Consideraciones generales, p. 442. — B. Tratamiento, p. 443.	
VII.	<i>Alopecia sifilítica.</i>	445
	A. Consideraciones generales, p. 445. — B. Tratamiento, p. 446.	
VIII.	<i>Seborreas.</i>	448
	A. Consideraciones generales, p. 448. — 1.º La seborrea seca ó pitiriasis capillitii ó eczema seborreico seco del cuero cabelludo, p. 451. — 2.º La seborrea concreta ó costras grasientas del cuero cabelludo, p. 452. — 3.º La seborrea aceitosa ó hiperhidrosis aceitosa del cuero cabelludo, p. 452. — 4.º El eczema seborreico circinado propiamente dicho del cuero cabelludo, p. 453. — B. Tratamiento, p. 454. — 1.º Tratamiento general, p. 454. — 2.º Tratamiento local, p. 456. — A. Tratamiento por las lociones sulfurosas, p. 457. — B. Tratamiento por la loción azufrada, p. 458. — C. Tratamiento por los polvos de azufre, p. 460. — D. Tratamiento por las pomadas azufradas, p. 461. — E. Tratamiento por los mercuriales, p. 462. — F. Éter de petróleo, p. 463. — G. Coaltar saponinado, p. 464. — H. Amoniaco, p. 464. — I. Naftol, p. 465. — J. Resorcina, p. 465. — K. Otros medicamentos recomendados, p. 466.	
IX.	<i>Indicaciones especiales á las diversas variedades de seborrea.</i>	467
	A. Pitiriasis capillitii (seborrea seca), p. 467. — B. Costras grasientas abundantes del cuero cabelludo, p. 469. — C. Hiperhidrosis aceitosa del cuero cabelludo, p. 469. — D. Eczema seborreico circinado del cuero cabelludo, p. 470.	
X.	<i>Foliculitis depilantes.</i>	471

II.—TRATAMIENTO DE LA PELADA

por R. SABOURAUD

I.	<i>Prefacio.—Sumaria definición sintomática.—Origen parasitario de la enfermedad.—División.</i>	474
II	<i>Generalidades acerca el tratamiento de la pelada.—Peladas extensivas, peladas estacionarias.—Limitación de la pelada extensiva.—Tratamiento de la placa peládica.—Profilaxia de las regiones consideradas sanas.</i>	479
	A. Tratamiento de las peladas extensivas, p. 479. — B. Tratamiento de las placas peládicas atónicas, estacionarias, p. 486.	
III.	<i>Tratamiento de la pequeña placa paládica en sus comienzos.</i>	487
IV.	<i>Pelada de cabellos frágiles.</i>	491
V.	<i>Placas secundarias.—Peladas en calvas sucesivas.</i>	494
VI.	<i>Pelada aguda total (Decalvante benigna).</i>	498
VII.	<i>Peladas de recidivas perpetuas.</i>	500
VIII.	<i>Pelada de la barba.</i>	503
IX.	<i>Pelada de las cejas.</i>	506
X.	<i>Pelada de las pestañas.</i>	507
XI.	<i>Peladas totales.—Peladas decalvantes graves.</i>	507
XII.	<i>Profilaxia de la pelada.</i>	513
	A. Profilaxia en la ciudad, p. 514. — B. Profilaxia de la pelada en los colegios y cuarteles, p. 517. — C. Profilaxia en la familia, p. 518.	

CAPÍTULO XX

Tratamiento de la hipertrichosis, POR R. DU CASTEL

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	520
II.	<i>Tratamiento.</i>	521

CAPÍTULO XXI

Tratamiento del lentigo, POR W. DUBREUILH

<i>Tratamiento.</i>	531
---------------------	-----

CAPÍTULO XXII

Tratamiento de los nevos, POR E. GAUCHER Y C. BARBE

I.	<i>Divisiones.</i>	533
II.	<i>Nevos pigmentarios.</i>	533
III.	<i>Nevos vasculares.</i>	534

A. Nevos sanguíneos, p. 534. — B. Nevos linfáticos. — Linfangiomas, p. 537.

CAPÍTULO XXIII

Tratamiento de la ictiosis, POR W. DUBREUILH

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	538
II.	<i>Tratamiento.</i>	539
A. Tratamiento externo, p. 539.—B. Tratamiento general, p. 539.		
III.	<i>Ictiosis fetal.</i>	540
IV.	<i>Queratosis pilosa.</i>	540

CAPÍTULO XXIV

Tratamiento de las verrugas, POR R. DU CASTEL

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	542
II.	<i>Tratamiento.</i>	544
A. Tratamiento de las verrugas comunes, p. 544.—B. Tratamiento de las verrugas planas de la juventud, p. 546.—C. Tratamiento de las verrugas seniles, p. 547.		

CAPÍTULO XXV

Tratamiento de la esclerodermia, POR W. DUBREUILH

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	548
II.	<i>Tratamiento.</i>	549

CAPÍTULO XXVI

Tratamiento de la elefantiasis, POR W. DUBREUILH

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	551
II.	<i>Profilaxia.</i>	553
III.	<i>Tratamiento.</i>	554
A. Elefantiasis del miembro inferior, p. 554.—B. Elefantiasis genital, p. 557.		

CAPÍTULO XXVII

Tratamiento del xantoma, POR P. AUBERT

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	559
II.	<i>Tratamiento.</i>	562

CAPÍTULO XXVIII

Tratamiento de la micosis fúngica, POR R. DU CASTEL

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	564
II.	<i>Tratamiento.</i>	567

A. Tratamiento interno, p. 567.—B. Tratamiento externo, p. 568.

CAPÍTULO XXIX

Tratamiento del epiteloma cutáneo ó cancroide, POR E. GAUCHER y C. BARBE

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	569
II.	<i>Contraindicaciones.</i>	569
III.	<i>Profilaxia.</i>	570
IV.	<i>Ulcus rodens.</i>	570
V.	<i>Epitelioma superficial papilar.</i>	571
VI.	<i>Epitelioma profundo.</i>	573

CAPÍTULO XXX

Tratamiento del xeroderma pigmentosum, POR R. DU CASTEL

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	574
II.	<i>Tratamiento.</i>	575

CAPÍTULO XXXI

Tratamiento del lupus, POR H. LELOIR

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	576
II.	<i>Tratamiento profiláctico.</i>	580
III.	<i>Tratamiento interno y general.</i>	581
IV.	<i>Tratamiento local.</i>	588

A. Tratamiento quirúrgico, p. 589.—1.º Ablación del lupus, p. 590.—2.º Raspado, p. 590.—3.º Escarificaciones, p. 590.—4.º Cauterizaciones, p. 591.—5.º Electrolisis, p. 592.—B. Tratamiento local medicamentoso, p. 593.—1.º Tratamiento local medicamentoso que obra sin producir la necrosis ulcerosa del lupoma, p. 593.—2.º Tratamiento local medicamentoso dirigido á destruir el lupoma por la ulceración del mismo, p. 594.

V.	<i>Tratamiento mixto.</i>	597
VI.	<i>Tratamiento de las complicaciones y de las recidivas y dirección de la cicatrización.</i>	609
VII.	<i>Tratamiento del lupus de las mucosas.</i>	611

CAPÍTULO XXXII

Tratamiento del favus, POR W. DUBREUILH

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	618
II.	<i>Tratamiento.</i>	619
A. Favus del cuero cabelludo, p. 619. — B. Favus de la barba, p. 622. — C. Favus de las partes desprovistas de pelos, p. 622.		

CAPÍTULO XXXIII

Tratamiento de la pelada, POR W. DUBREUILH

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	623
II.	<i>Tratamiento de la placa de pelada.</i>	625
III.	<i>Tratamiento de la totalidad del cuero cabelludo.</i>	627
IV.	<i>Profilaxia.</i>	627

CAPÍTULO XXXIV

Tratamiento de las tricofitias, POR W. DUBREUILH

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	629
II.	<i>Tiña tonsurante.</i>	630
A. Consideraciones generales, p. 630. — B. Tratamiento, p. 631. — 1.º Tonsurante de pequeños esporos, p. 632. — 2.º Tonsurante tricofítica, p. 632. — 3.º Kerion Celsi, p. 635.		
III.	<i>Profilaxia.</i>	635
IV.	<i>Tricofitia de la barba.</i>	636
A. Consideraciones generales, p. 636. — B. Tratamiento, p. 636.		
V.	<i>Tricofitia de las partes desprovistas de pelos.</i>	637
A. Consideraciones generales, p. 637. — B. Tratamiento, p. 638.		
VI.	<i>Tricofitia de las uñas.</i>	639
A. Consideraciones generales, p. 639. — B. Tratamiento, p. 639.		

CAPÍTULO XXXV

Tratamiento del eritrasma, POR W. DUBREUILH

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	641
II.	<i>Tratamiento.</i>	642

CAPÍTULO XXXVI

Tratamiento de la pitiriasis versicolor, POR W. DUBREUILH

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	643
II.	<i>Tratamiento.</i>	643

CAPÍTULO XXXVII

Tratamiento de la pitiriasis y de las picadas de pulgas y chinches, POR P. AUBERT

I.	<i>Picadas de pulga.</i>	645
	A. Consideraciones generales, p. 645. — B. Tratamiento, p. 646.	
II.	<i>Picadas de chinches.</i>	647
	A. Consideraciones generales, p. 647. — B. Tratamiento, p. 647.	
III.	<i>Piojos.</i>	648
	A. Piojos en la cabeza, p. 649. — 1.º Consideraciones generales, p. 649. — 2.º Tratamiento, p. 649. — B. Piojo del pubis, p. 650. — 1.º Consideraciones generales, p. 650. — 2.º Tratamiento, p. 651. — C. Piojo del cuerpo, p. 651. — 1.º Consideraciones generales, p. 651. — 2.º Tratamiento, p. 652.	

CAPÍTULO XXXVIII

Tratamiento de la sarna, POR H. HALLOPEAU

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	653
II.	<i>Indicaciones terapéuticas.</i>	655
	A. Indicaciones que derivan de la causa, p. 655. — B. Indicaciones que derivan de las lesiones, p. 660. — C. Indicaciones que derivan de los síntomas, p. 661.	

CAPÍTULO XXXIX

Tratamiento de la pelagra, POR E. GAUCHER y C. BARBE

I.	<i>Definición.—Caracteres generales y causas de la enfermedad.</i>	663
II.	<i>Tratamiento alimenticio é higiénico.</i>	666
III.	<i>Tratamiento medicamentoso.</i>	667
IV.	<i>Tratamiento de las tres manifestaciones cardinales de la pelagra.</i>	667

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales de las enfermedades mentales, POR V. MAGNAN y A. PÉCHARMAN

I.	<i>Nociones patológicas generales.</i>	673
	A. La locura desde el punto de vista sintomático, p. 675. — B. Análisis semiológico de los principales grupos sintomáticos, p. 675. — C. Grupos homogéneos basados á la vez en la sintomatología, etiología y anatomía patológica, que derivan de la desintegración de los grupos sintomáticos, p. 691.	
II.	<i>Terapéutica.</i>	700
	A. Consideraciones generales, p. 700. — B. Métodos generales de tratamiento, p. 704. — 1.º Cambio de medio.—Reclusión y sus indicaciones. — Organización general del asilo, p. 704. — 2.º La organización interior del asilo.—El «non-restreint».—Reclusión en la cama.—Tratamiento moral, p. 718. — 3.º Medicaciones coadyuvantes, p. 724. — C. Tratamiento de la degeneración. — Profilaxia de la locura, p. 728. — 1.º Higiene individual, p. 728. — 2.º Higiene social, p. 730.	

CAPÍTULO II

Tratamiento de la paranoia aguda ó delirio sistemático agudo, POR PH. CHASLIN

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	733
II.	<i>Tratamiento.</i>	736
	A. Medidas de seguridad, p. 736.—B. Tratamiento físico, p. 737.—C. Tratamiento moral, p. 738.—D. Profilaxia, p. 739.	

CAPÍTULO III

Tratamiento del delirio alucinatorio, POR PH. CHASLIN

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	741
II.	<i>Tratamiento.</i>	743

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la confusión mental primitiva idiopática, POR PH. CHASLIN

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	745
II.	<i>Tratamiento.</i>	748
	A. Tratamiento físico, p. 748. — B. Tratamiento moral, p. 752.	

CAPÍTULO V

Tratamiento de la parálisis general, POR A. MAIRET

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	756
II.	<i>Indicaciones terapéuticas.</i>	759
III.	<i>Tratamiento de la enfermedad.</i>	761
	A. Inflamación crónica, p. 761. — B. Degeneración del tejido nervioso, p. 762. — Tratamiento patogénico, p. 764.	
IV.	<i>Tratamiento de los síntomas.</i>	765

CAPÍTULO VI

Tratamiento de los estados maniacos, POR E. BLIN

I.	<i>Caracteres de la manía y de los estados maníacos.</i>	768
II.	<i>Tratamiento de los estados maníacos.</i>	769
	A. Colocación ó alojamiento del maniaco, p. 770. — 1.º Tratamiento á domicilio, p. 770. — 2.º Tratamiento en una casa de campo, p. 771. — 3.º Tratamiento en una casa de salud mixta, p. 771. — 4.º Tratamiento dentro de una familia no allegada al enfermo ó desconocida, p. 771. — 5.º Tratamiento en una casa de salud especial ó en un asilo, p. 772. — B. Tratamiento hidroterápico, p. 773. — C. Tratamiento farmacológico, p. 776. — 1.º Sedantes, p. 777. — 2.º Medicación tónica, p. 783. — 3.º Purgantes, p. 783. — D. Tratamiento higiénico, p. 784. — 1.º Alimentación, p. 784. — 2.º Vestidos, p. 784. — 3.º Habitación, p. 785. — 4.º Ejercicio, p. 787. — 5.º Higiene intelectual y moral, p. 787.	

CAPÍTULO VII

Tratamiento de los delirios de persecución, POR V. MAGNAN y A. PÉCHARMAN

I.	<i>Consideraciones clínicas.</i>	789
	A. Delirios de persecución de los degenerados, p. 790. — B. Delirio crónico de evolución sistemática, p. 796.	
II.	<i>Tratamiento.</i>	798
	A. Tratamiento del delirio crónico, p. 800. — B. Tratamiento de los delirios de persecución en la degeneración mental, p. 805.	

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de la melancolía, POR ANT. RITTI

I.	<i>Consideraciones generales acerca las afecciones melancólicas.</i>	803
II.	<i>Sintomatología general.</i>	809

	ÍNDICE DE MATERIAS	909
III.	<i>Formas de la melancolía.</i>	816
	A. Melancolía simple con conciencia, p. 816. — B. Melancolía angustiosa, p. 817. — C. Melancolía senil, p. 818. — D. Melancolías con ideas de persecución ó perseguidos melancólicos, p. 819. — E. Melancolía con estupor, p. 820.	
IV.	<i>Tratamiento general de las afecciones melancólicas.</i>	821
V.	<i>Indicaciones terapéuticas especiales para las diversas variedades de melancolía.</i>	840
	A. Melancolía simple con conciencia, p. 840.—B. Melancolía angustiosa, p. 842.—C. Melancolía senil, p. 843.—D. Melancolía con ideas de persecución ó perseguidos melancólicos, p. 844. — E. Melancolía con estupor, p. 845.	

CAPÍTULO IX

Tratamiento de la locura intermitente, POR V. MAGNAN Y A. PÉCHARMAN

I.	<i>Consideraciones clínicas.</i>	847
II.	<i>Tratamiento.</i>	852

CAPÍTULO X

Tratamiento de la demencia, POR E. BLIN

I.	<i>Caracteres de la demencia.</i>	862
II.	<i>Tratamiento de la demencia.</i>	863
	A. Alojamiento ó instalación de los dementes, p. 864.—B. Cuidados higiénicos, p. 865.—C. Vigilancia é indicaciones terapéuticas, p. 867.	

CAPÍTULO XI

Tratamiento del idiotismo, POR PAUL SOLLIER

I.	<i>Consideraciones generales.</i>	869
II.	<i>Profilaxia del idiotismo.</i>	871
III.	<i>Tratamiento quirúrgico.</i>	873
IV.	<i>Tratamiento médico.</i>	874
V.	<i>Tratamiento médico-pedagógico.</i>	877

SECTION 1

1. The first part of the report deals with the general situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's development.

SECTION 2

2. The second part of the report deals with the economic situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's economic development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's economic development.

SECTION 3

3. The third part of the report deals with the social situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's social development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is easy to read. It is a valuable contribution to the study of the country's social development.

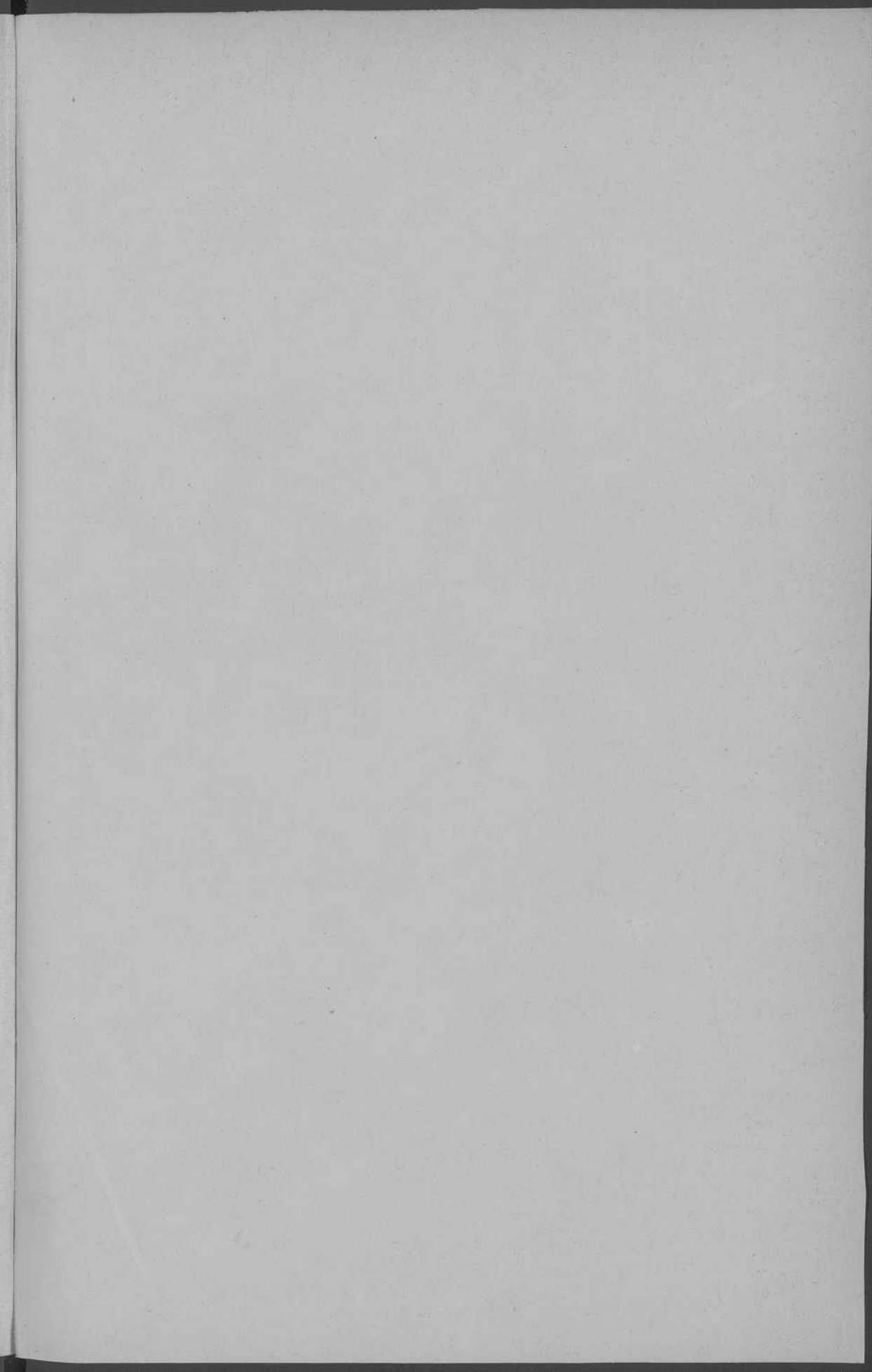
PAUTA

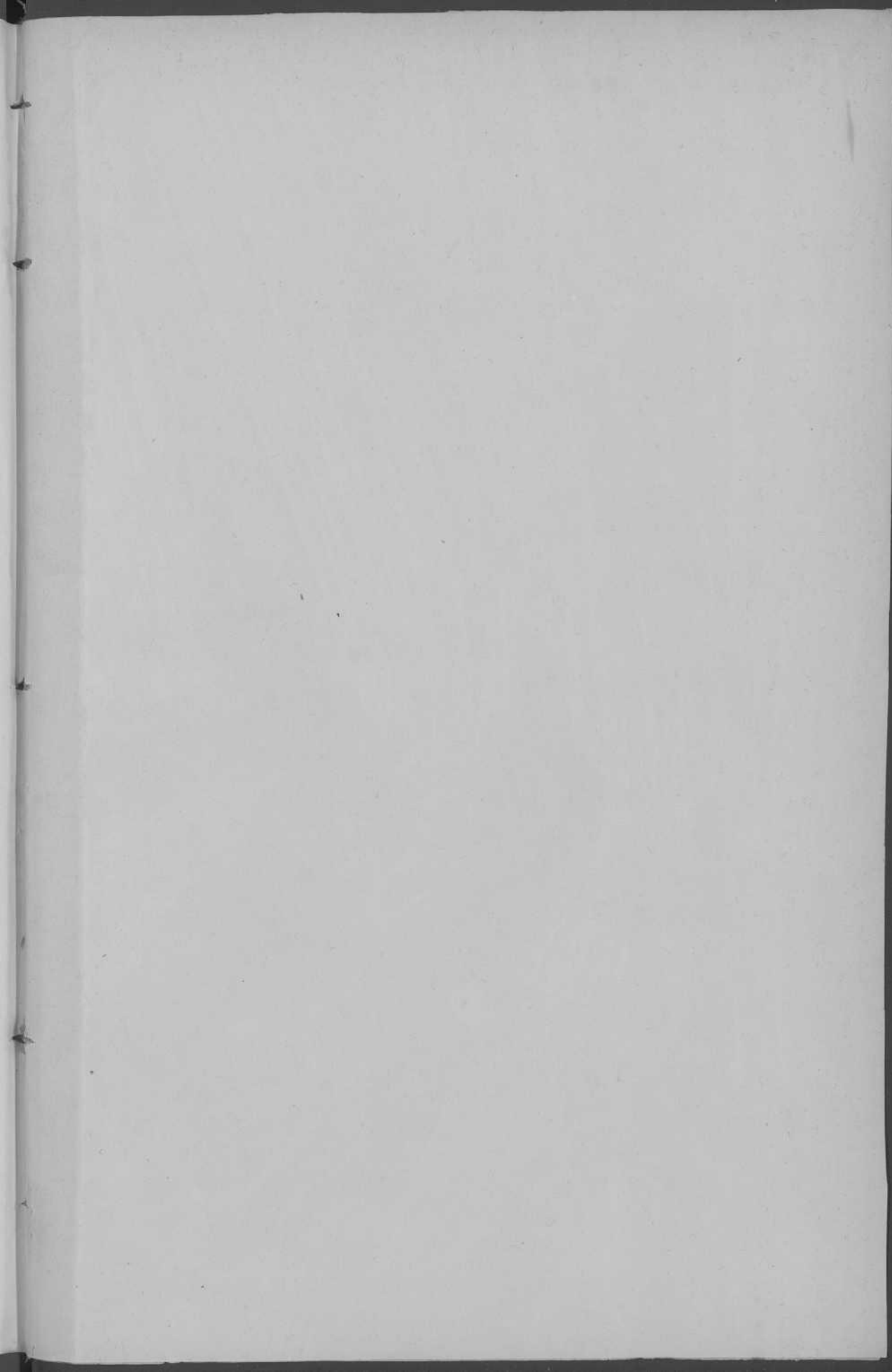
PARA LA COLOCACIÓN DE LAS LÁMINAS

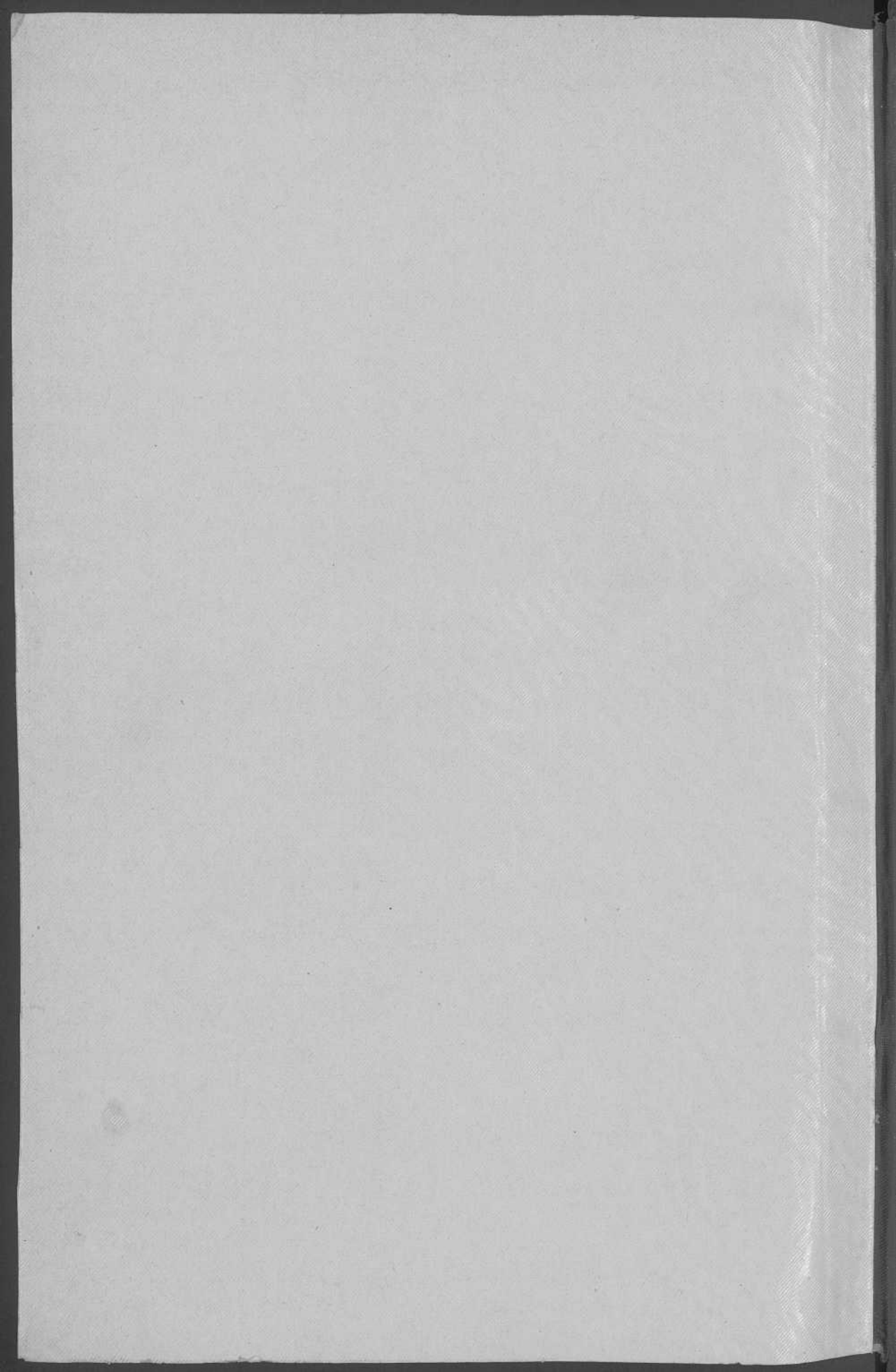
Lámina primera. — Figuras I y III.	} Págs. 70 y 71
Lámina segunda. — Figuras II y IV.	

PART

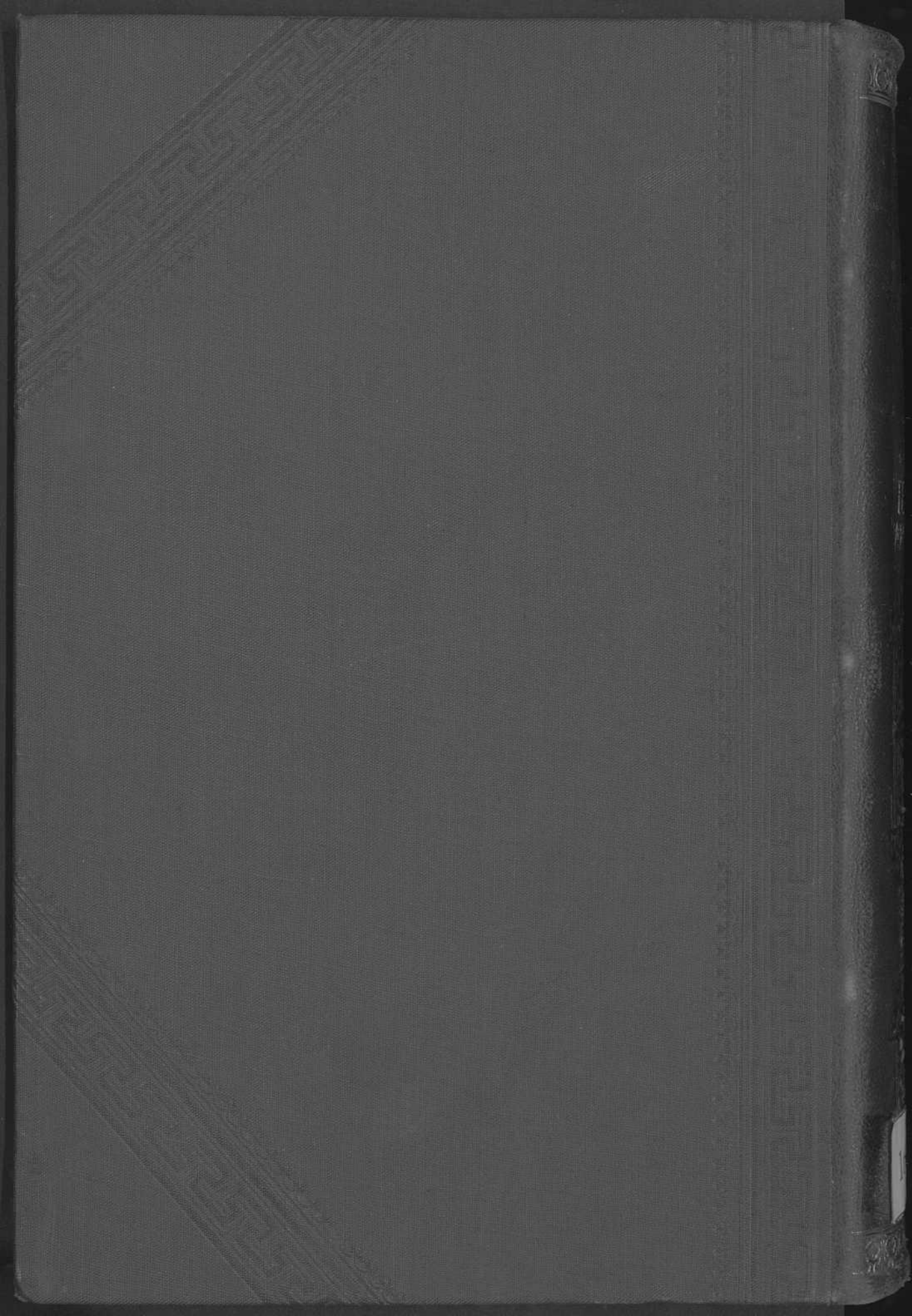
THE HISTORY OF THE







615



A. ROBIN
—
TRATADO
DE
THERAPEUTICA
APPLICATA

TOMO 7

16.172