

Año 1916

Núm. 3170

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL ICTIOL EN DERMATOLOGIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARMANDO LÓPEZ

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Rivadavia

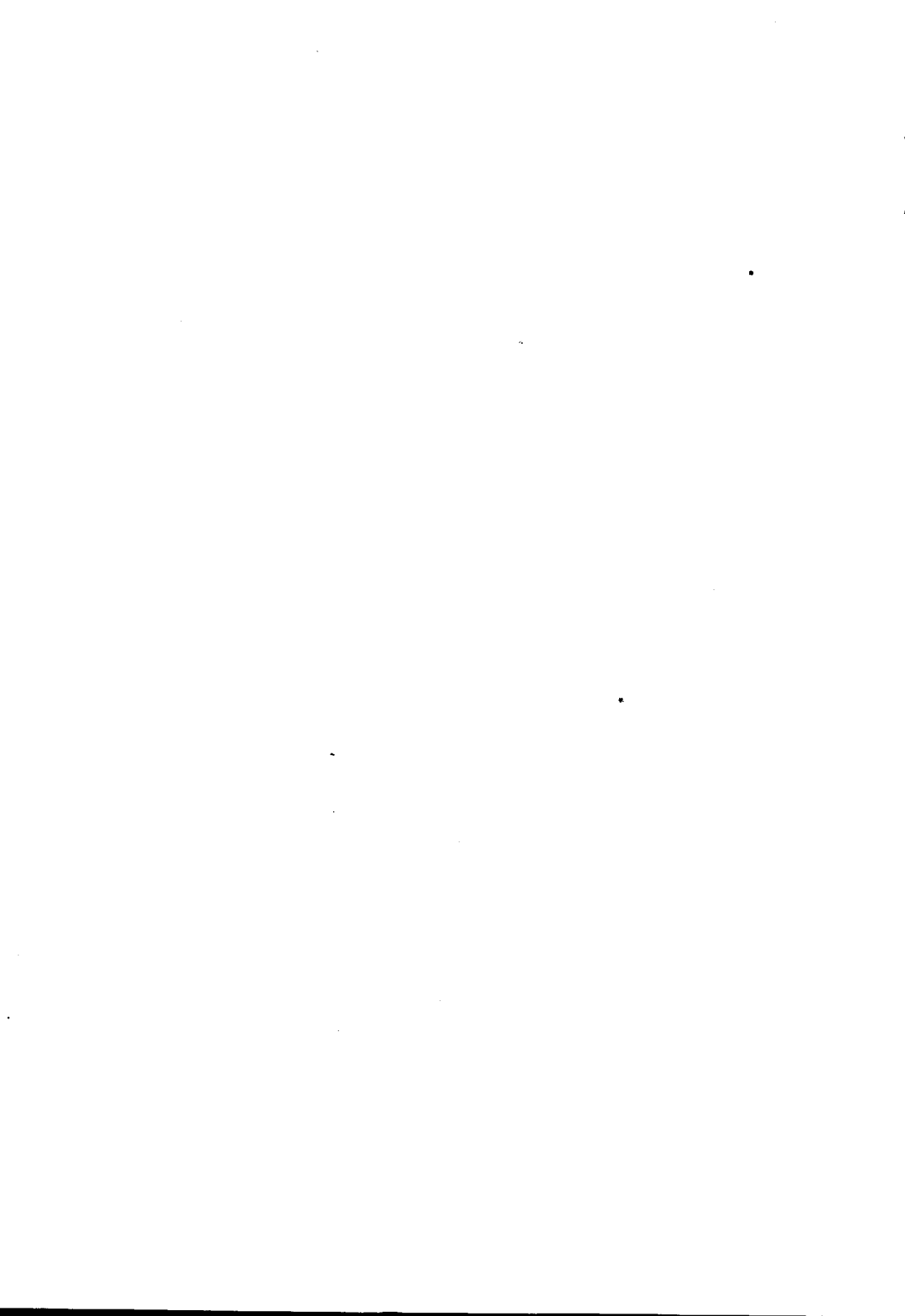
"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

Mir. B. 29.6



EL ICTIOL EN DERMATOLOGIA



Año 1916

Núm. 3170

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL ICTIOL EN DERMATOLOGIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARMANDO LÓPEZ

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Rivadavia

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1377 - BUENOS AIRES



La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

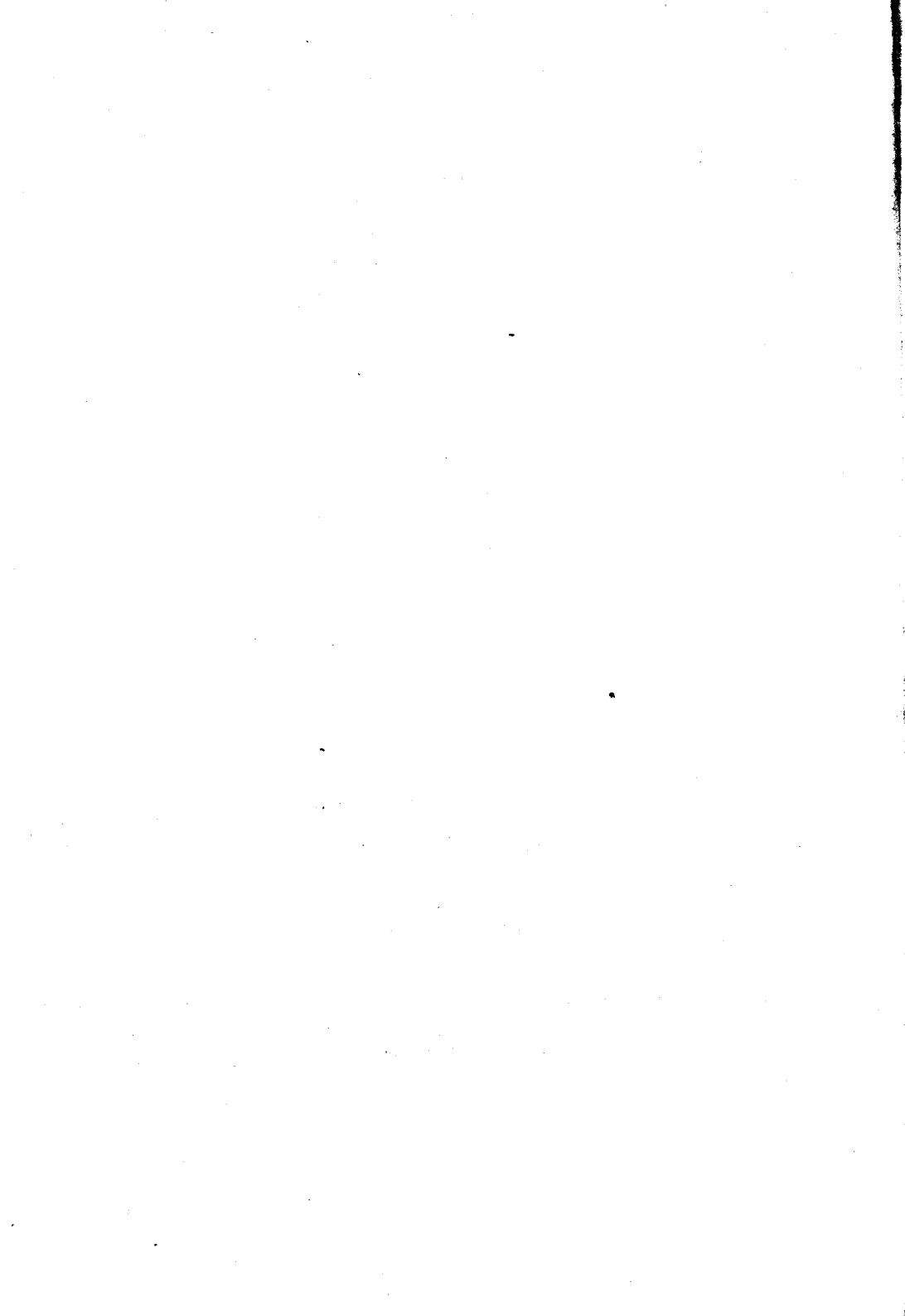
DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

1. » » EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜMMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

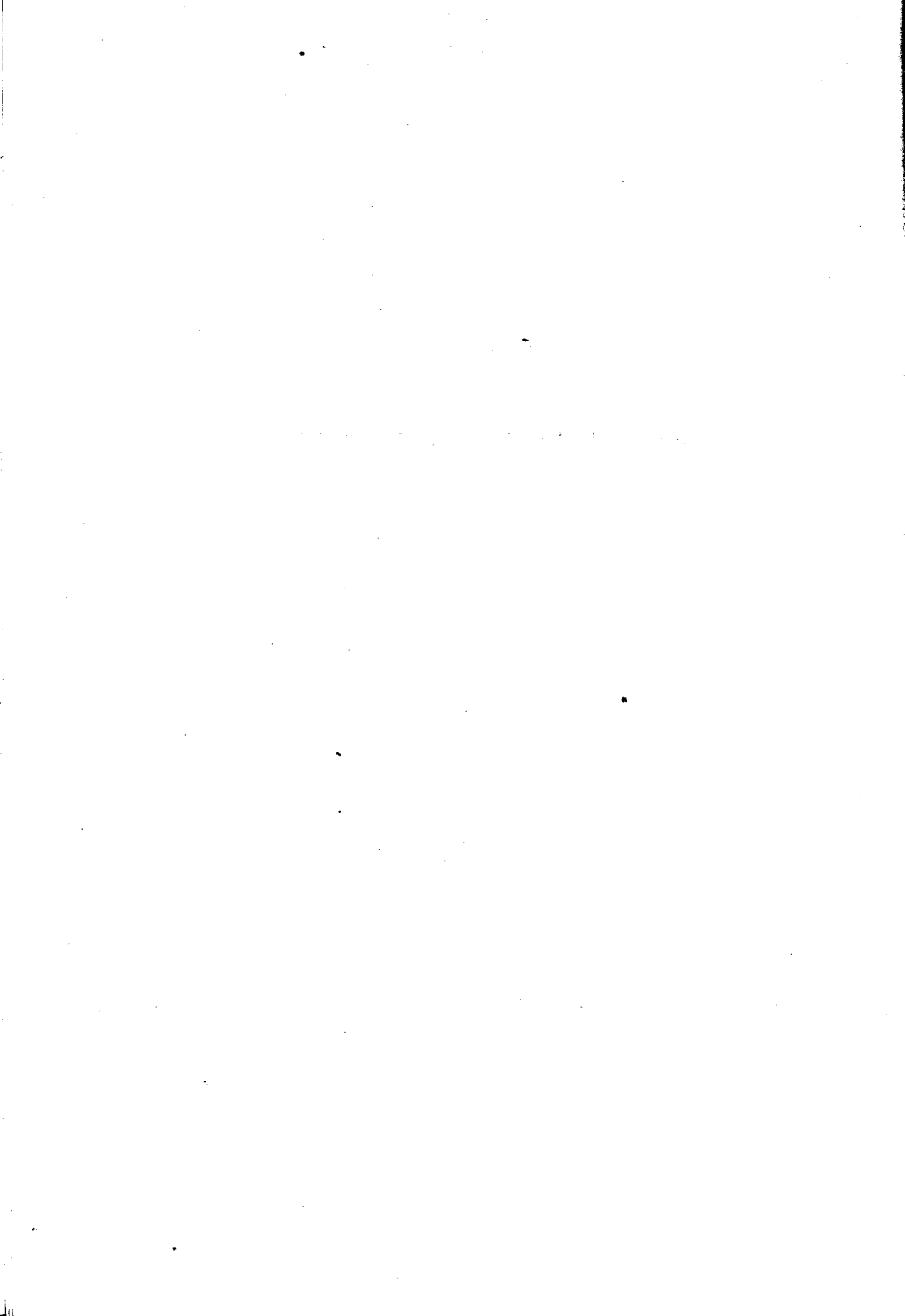


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

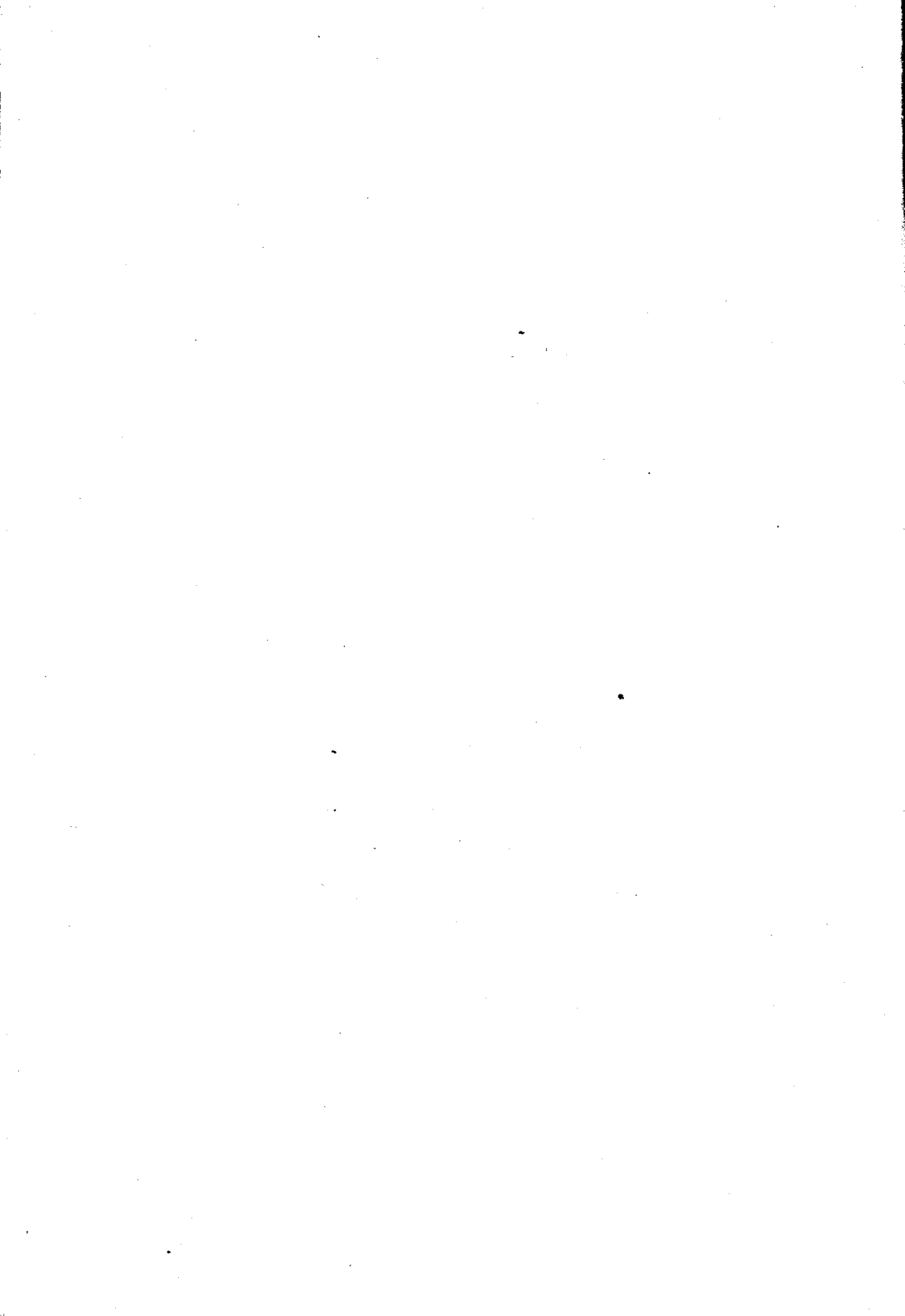
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
• • ENRIQUE BAZTERRICA
• • ENRIQUE ZÁRATE
• • PEDRO LACAVERA
• • ELISEO CANTÓN
• • ANGEL M. CENTENO
• • DOMINGO CABRED
• • MARCIAL V. QUIROGA
• • JOSÉ ARCE
• • ABEL AYERZA
• • EUFEMIO UBALLES (con lic.)
• • DANIEL J. CRANWELL
• • CARLOS MALBRÁN
• • JOSÉ F. MOLINARI
• • MIGUEL PUIGGARI
• • ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
• • JUAN A. GARASTOU (Facultad de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

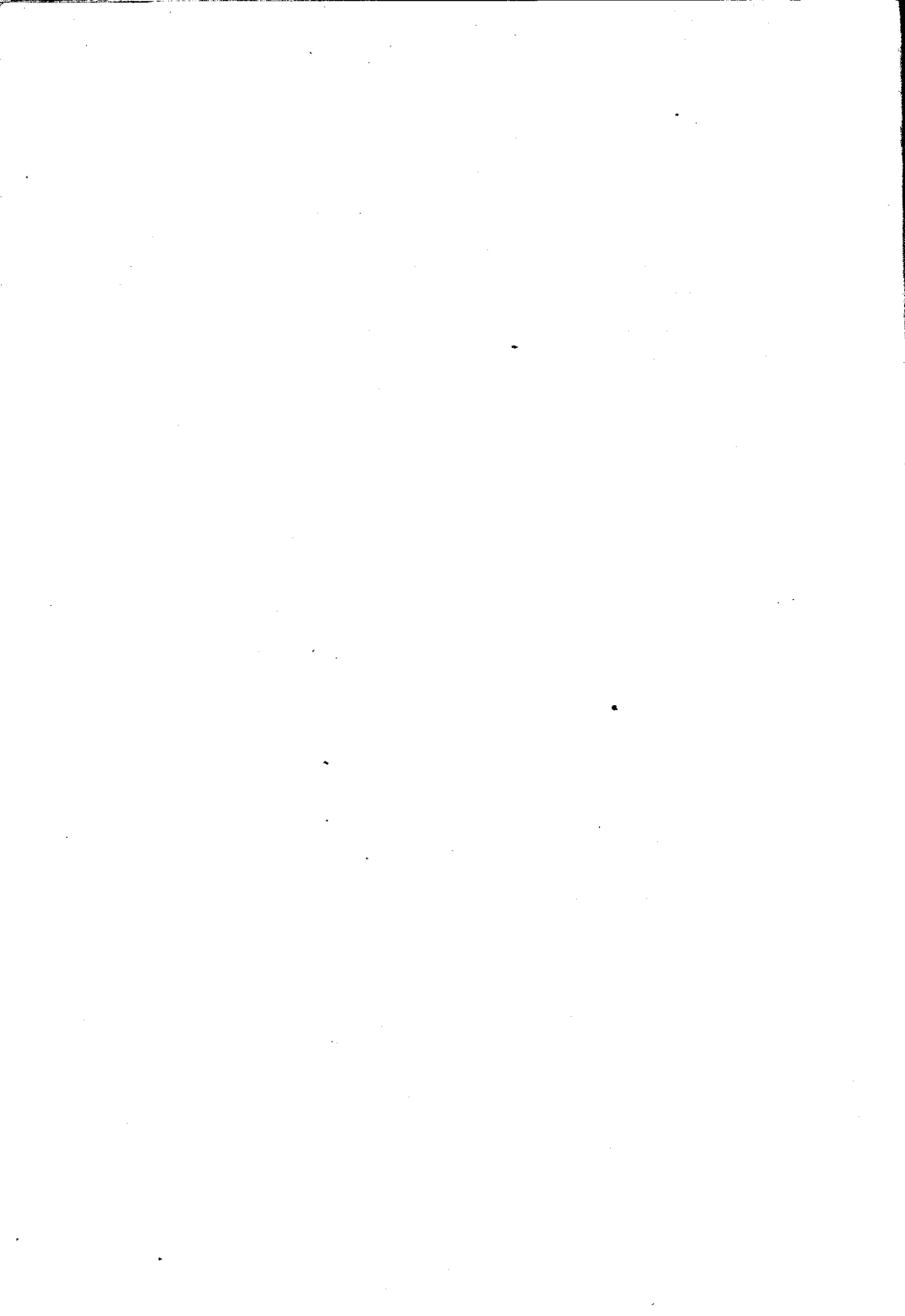
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- * JUVENCIO Z. ARCE
 - * PEDRO N. ARATA
 - * FRANCISCO DE VEYGA
 - * ELISEO CANTON
 - * JUAN A. BOBRI
 - * FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

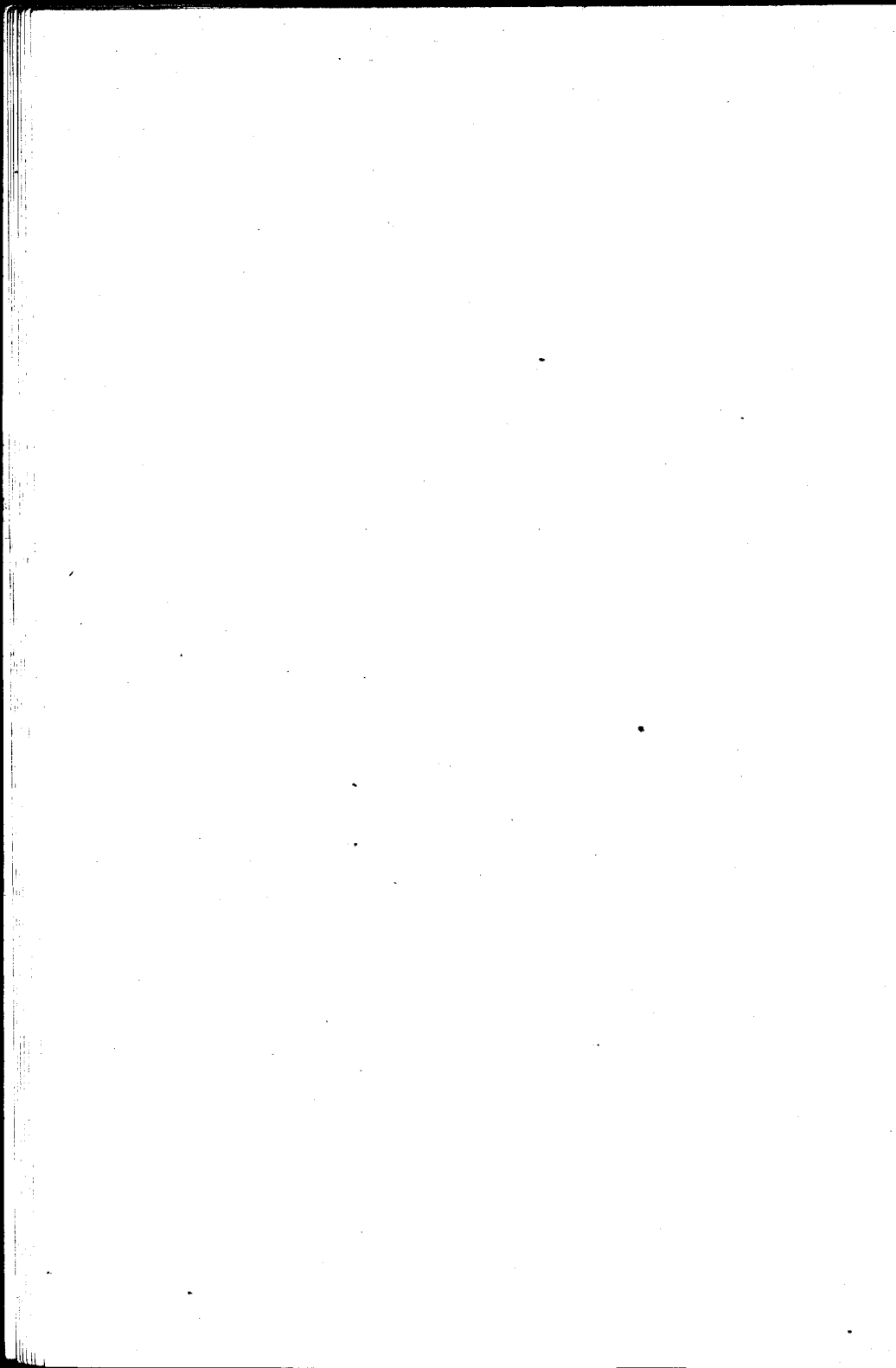
| Asignaturas | Catedráticos Titulares |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Zoología Médica..... | Dr. PEDRO LACAVERA |
| Botánica Médica..... | » LUCIO DURANAÑA |
| Anatomía Descriptiva..... | » RICARDO S. GÓMEZ |
| Anatomía Descriptiva..... | » R. SARMIENTO LASPIUR |
| Anatomía descriptiva..... | » JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA |
| Anatomía descriptiva..... | » PEDRO BELOU |
| Química Médica..... | » ATANASIO QUIROGA |
| Histología..... | » RODOLFO DE GAINZA |
| Física Médica..... | » ALFREDO LANARI |
| Fisiología General y Humana..... | » HORACIO G. PIÑERO |
| Bacteriología..... | » CARLOS MALBRÁN |
| Química Médica y Biológica..... | » PEDRO J. PANDO |
| Higiene Pública y Privada..... | » RICARDO SCHATZ |
| Semiología y ejercicios clínicos..... | » GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| | » DAVID SPERONI |
| Anatomía Topográfica..... | » AVELINO GUTIERREZ |
| Anatomía Patológica..... | » TELEMACO SUSINI |
| Materia Médica y Terapéutica..... | » JUSTINIANO LEDESMA |
| Patología Externa..... | » DANIEL J. CRANWELL |
| Medicina Operatoria..... | » LEANDRO VALLE |
| Clinica Dermato-Sifilográfica..... | » BALDOMERO SOMMER |
| » Génito-urinarias..... | » PEDRO BENEDIT |
| Toxicología Experimental..... | » JUAN B. SEÑORANS |
| Clinica Epidemiológica..... | » JOSE PENNA |
| » Oto-rino-laringológica..... | » EDUARDO OBEJERO |
| Patología Interna..... | » MARCIAL V. QUIROGA |
| Clinica Oftalmológica..... | » PEDRO LAGLEYZE |
| » Médica..... | » LUIS GUEMES |
| » Médica..... | » LUIS AGOTE |
| » Médica..... | » IGNACIO ALLENDE |
| » Médica..... | » ABEL AYERZA |
| » Quirúrgica..... | » PASCUAL PALMA |
| » Quirúrgica..... | » DIÓGENES DECOUD |
| » Quirúrgica..... | » ANTONIO C. GANDOLFO |
| | » MARCELO T. VIÑAS |
| » Neurológica..... | » JOSE A. ESTEVES |
| » Psiquiátrica..... | » DOMINGO CABRED |
| » Obstétrica..... | » ENRIQUE ZARATE |
| » Obstétrica..... | » SAMUEL MOLINA |
| » Pediátrica..... | » ANGEL M. CENTENO |
| Medicina Legal..... | » DOMINGO S. CAVIA |
| Clinica Ginecológica..... | » ENRIQUE BAZTERRICA |



ESCUELA DE MEDICINA

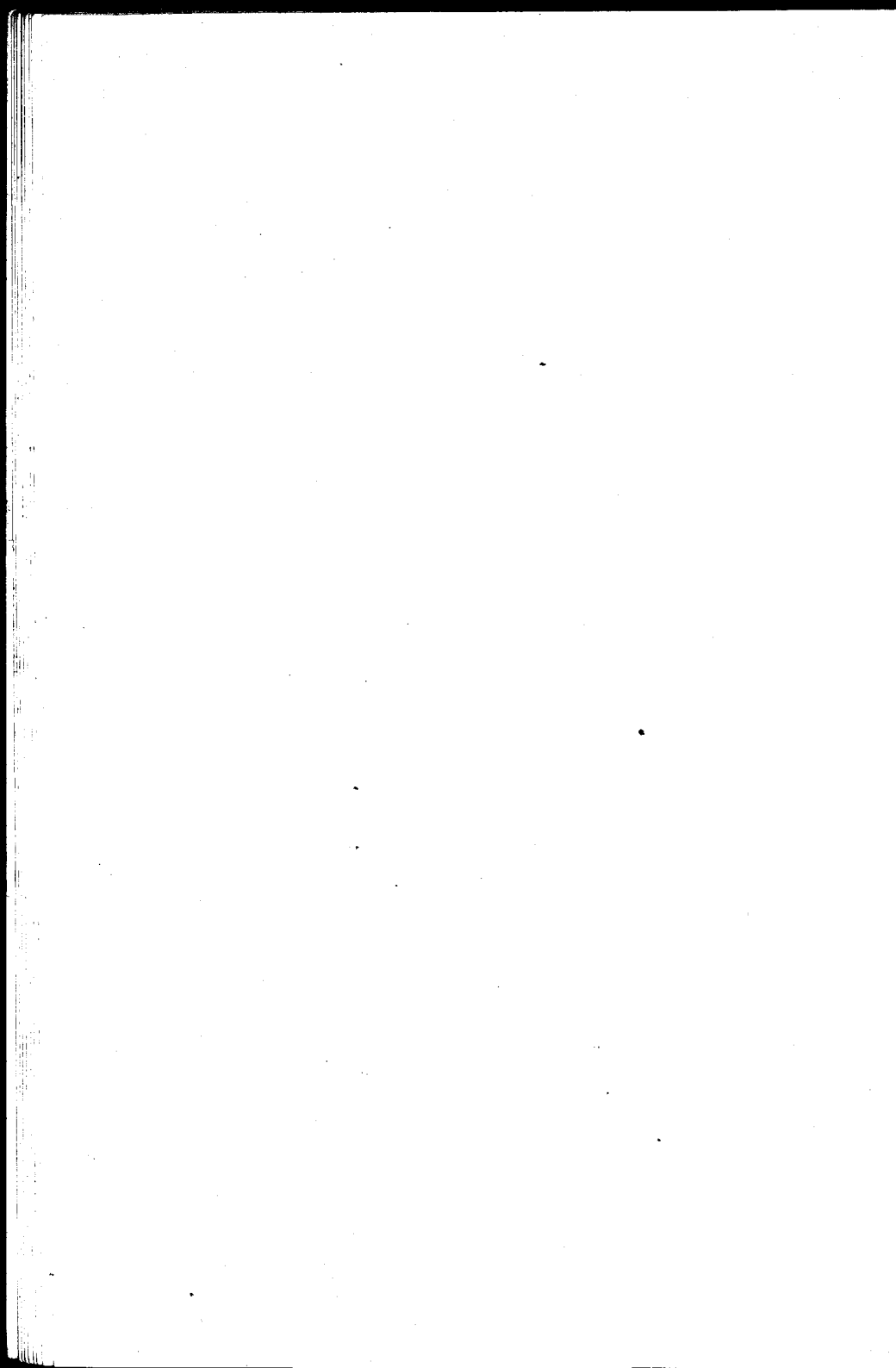
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

| Asignaturas | Catedráticos extraordinarios |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Zoología médica..... | DR. DANIEL J. GREENWAY |
| Histología..... | " JULIO G. FERNANDEZ |
| Física Médica..... | " JUAN JOSÉ GALLIANO |
| Bacteriología..... | " JUAN CARLOS DELFINO |
| Anatomía Patológica..... | " LEOPOLDO URIARTE |
| Clinica Ginecológica..... | " JOSÉ BADIA |
| Clinica Médica..... | " JOSÉ F. MOLINARI |
| Clinica Dermato-sifilográfica..... | " PATRICIO FLEMING |
| " Génito urinaria..... | " MAXIMILIANO ABERASTURY |
| Clinica Neurológica..... | " BERNARDINO MARAINI |
| Clinica Pediátrica..... | " JOSÉ R. SEMPRUN |
| Clinica Psiquiátrica..... | " MARIANO ALURRALDE |
| Clinica Quirúrgica..... | " BENJAMIN T. SOLARI |
| Clinica Quirúrgica..... | " ANTONIO F. PIÑERO |
| Patología interna..... | " MANUEL A. SANTAS |
| Clinica oto-rino-laringológica..... | " FRANCISCO LLOBET |
| " Psiquiátrica..... | " MAR ELINO HERRERA VEGAS |
| | " RICARDO COLON |
| | " ELISEO V. SEGURA |
| | " JOSÉ T. BORDA |



ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|--|--------------------------|
| Botánica Médica..... | DR. RODOLFO ENRIQUEZ |
| Zoología Médica..... | GUILLELMO SEEBER |
| Anatomía Descriptiva..... | SILVIO E. PARODI |
| Fisiología general y humana..... | EUGENIO GALLI |
| Bacteriología..... | FRANK L. SOLER |
| Química Biológica..... | BENARDO HOUSSAY |
| Higiene Médica..... | RODOLFO RIVAROLA |
| Semeiología y ejercicios clínicos..... | ALOIS BACHMANN |
| Anat. Patológica..... | GERMAN ANSCHUTZ |
| Materia Médica y Terapia..... | BENJAMINGALAROE |
| Medicina Operatoria..... | FELIPE JUSTO |
| Patología externa..... | MATEL V. CARBONELL |
| Clinica Dermato-sifilográfica..... | CARLOS BONORINOUDAONDO |
| » Epidemiológica..... | ALFREDO VITON |
| » Oftalmológica..... | JOAQUIN LLAMBIAS |
| » Oto-rino-laringológica..... | ANGEL H. ROFFO |
| Patología interna..... | JOSE MORENO |
| Clinica Quirúrgica..... | ENRIQUE FINOCCHIETTO |
| Clinica Neurológica..... | CARLOS ROBERTSON |
| » Médica..... | FRANCISCO P. CASTRO |
| » Pediátrica..... | CASTELFORT LUGONES |
| » Ginecológica..... | NICOLAS V. GRECO |
| » Obstétrica..... | PEDRO L. BALIÑA |
| Medicina legal..... | FERNANDO R. TORRES |
| | FRANCISCO DESTEFANO |
| | ANTONIO MARCO DEL PONT |
| | ENRIQUE B. DEMARIA |
| | ADOLFO NOCETTI |
| | JUAN DE LA CRUZ CORREA |
| | MARTIN CASTRO ESCALADA |
| | PEDRO LABAQUI |
| | LEONIDAS JORGE FACIO |
| | PABLO M. BARLARO |
| | EDUARDO MARINO |
| | JOSE ARCE |
| | ARMANDO R. MAROTTA |
| | LUIS A. TAMINI |
| | MIGUEL SUSSINI |
| | ROBERTO SOLE |
| | PEDRO CHUTRO |
| | JOSE M. JORGE (hijo) |
| | OSCAR COPELLO |
| | ADOLFO F. LANDIVAR |
| | VICENTE DIMITRI |
| | ROMULO H. CHIAPPORI |
| | JUAN JOSE VITON |
| | PABLO J. MORSALENE |
| | RAFAEL A. BULLRICH |
| | IGNACIO INAZ |
| | PEDRO ESCUDERO |
| | MARIANO R. CASTEX |
| | PEDRO J. GARCIA |
| | JOSE DESTEFANO |
| | JUAN R. GOYENA |
| | JUAN JACOB O SPANGENBERG |
| | MAMERTO ACUÑA |
| | GENARO SISTO |
| | PEDRO DE ELIZALDE |
| | FERNANDO SCHWEIZER |
| | JUAN CARLOS NAVARRO |
| | JAIMÉ SALVADOR |
| | TORIBIO PICCARDO |
| | CARLOS R. CIRIO |
| | OSVALDO L. BOTTARO |
| | ARTURO ENRIQUEZ |
| | A. PERALTA RAMOS |
| | FAUSTINO J. TRONGE |
| | JUAN B. GONZALEZ |
| | JUAN C. RISSO DOMINGUEZ |
| | JUAN A. GABASTOU |
| | ENRIQUE A. BORRO |
| | JOAQUIN V. GNECCO |
| | JAVIER BRANDAN |
| | ANTONIO PODESTA |



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas...
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 SR. JUAN A. DOMINGUEZ
 DR. JULIO J. GATTI

 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR

 » FRANCISCO P. LAVALLE

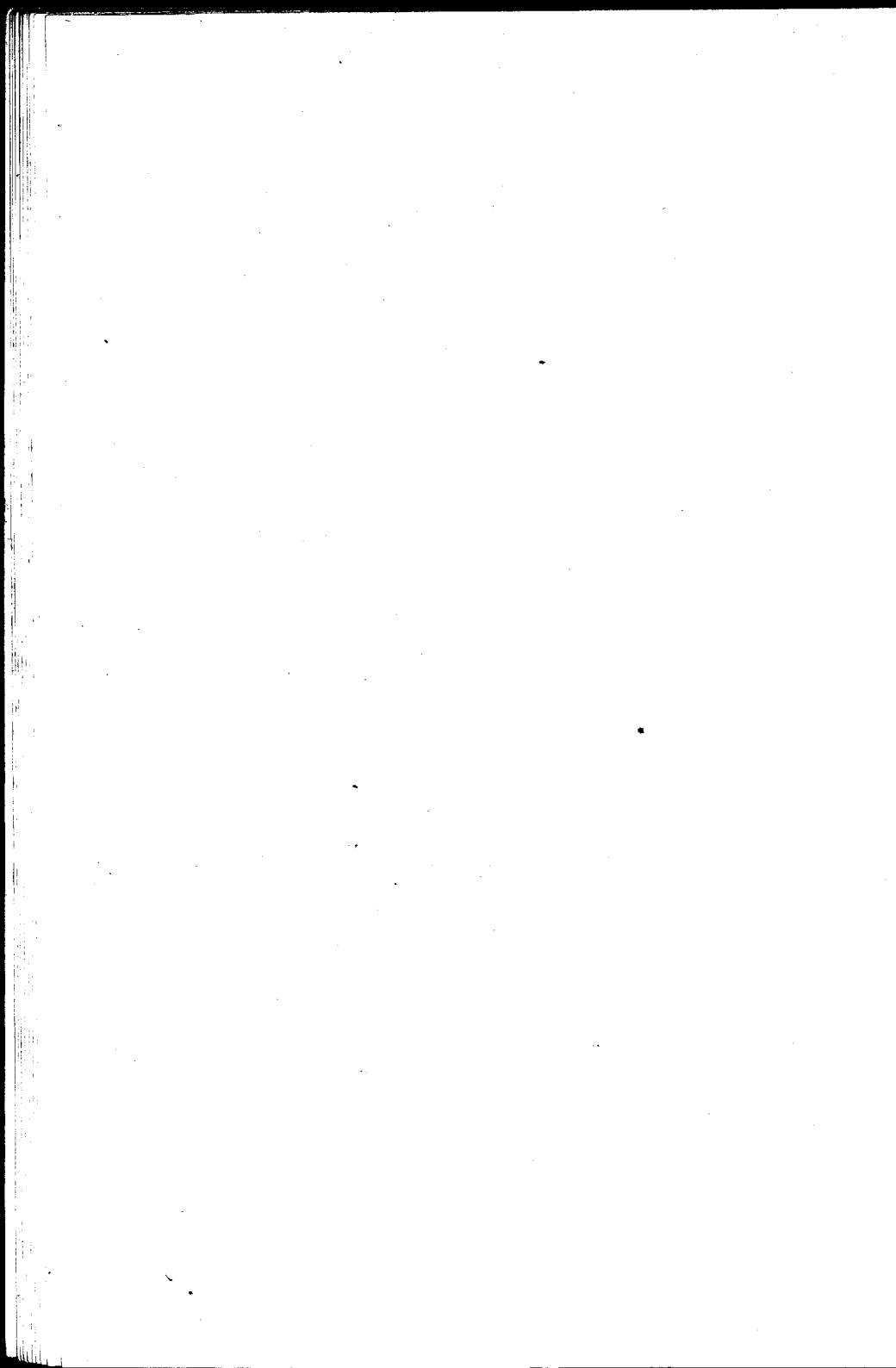
 » RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
 „ PASCUAL CORTI
 „ OSCAR MIALOCK
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 „ LUIS GUGLIALMELLI
 DR. JUAN A. SANCHEZ
 „ ANGEL SABATINI
 „ EMILIO M. FLORES

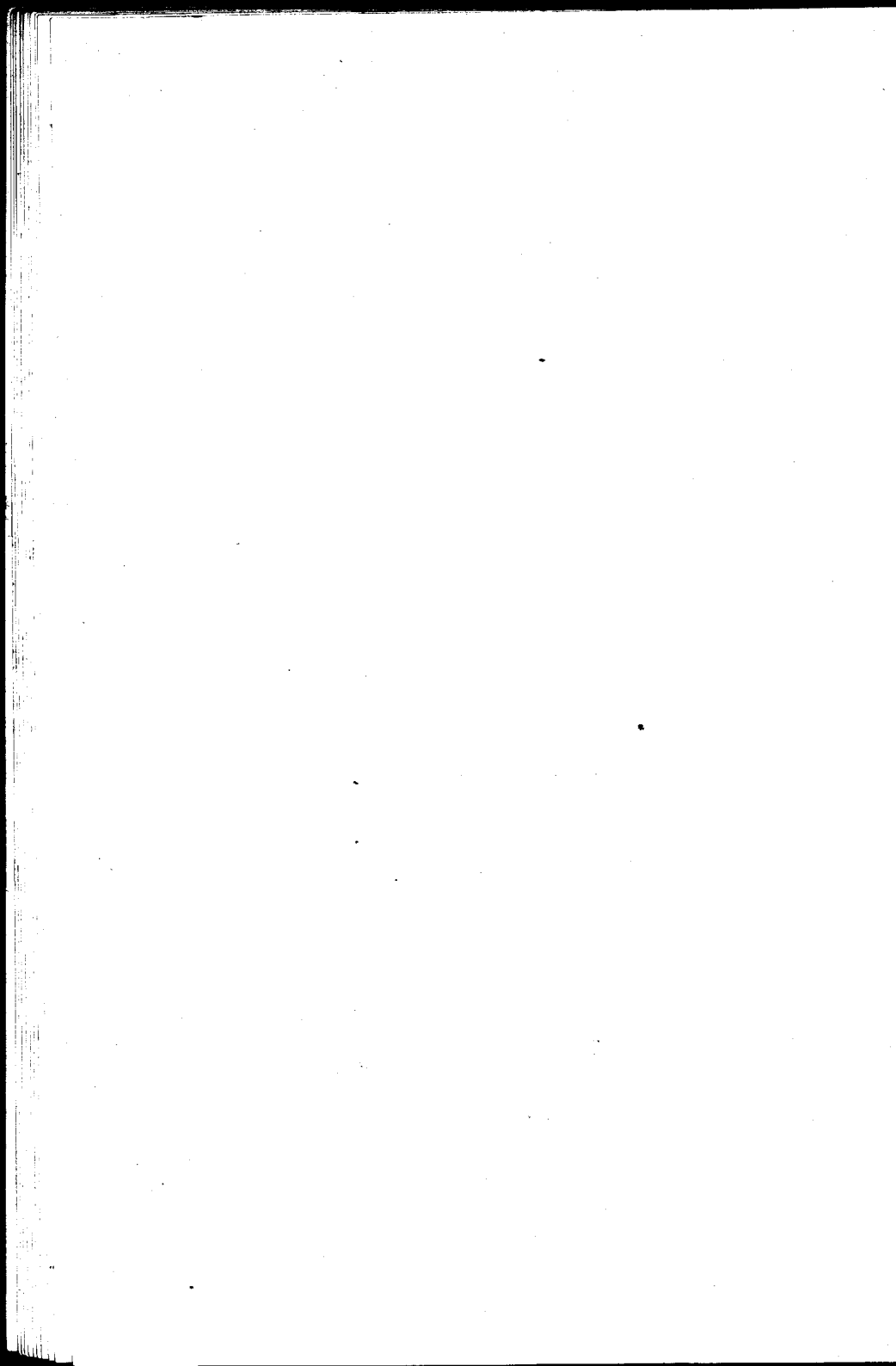


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|----------------------|-------------------------------|
| 1er. año..... | DR. RODOLFO ERAUZQUIN |
| 2º. año..... | " LEON PEREYRA |
| 3er. año..... | " N. ETCHEPAREBORDA |
| Protesis Dental..... | SR. ANTONIO J. GUARDO |

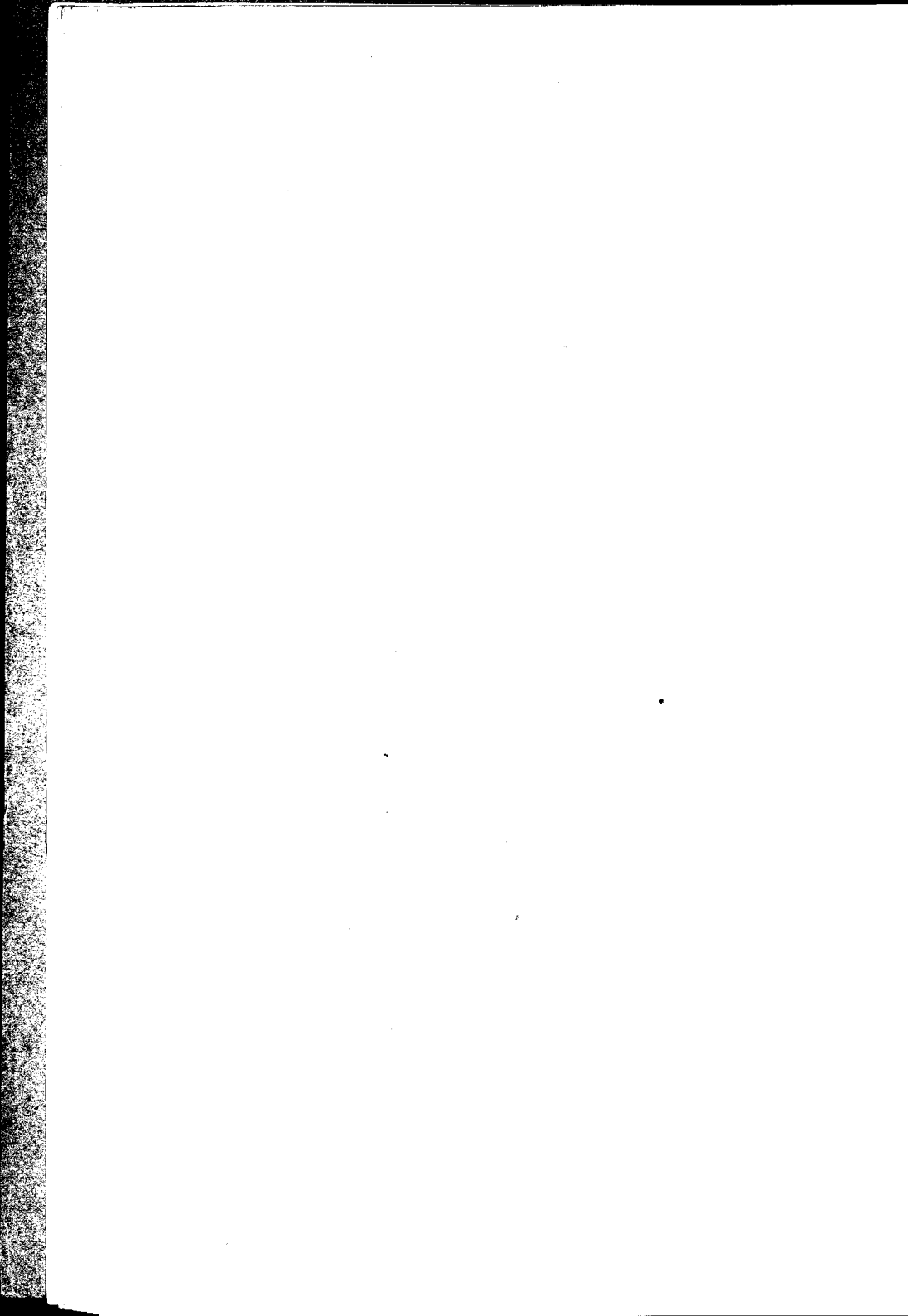
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO GABANNE
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)
,, JUAN U. CARREA (Protesis)



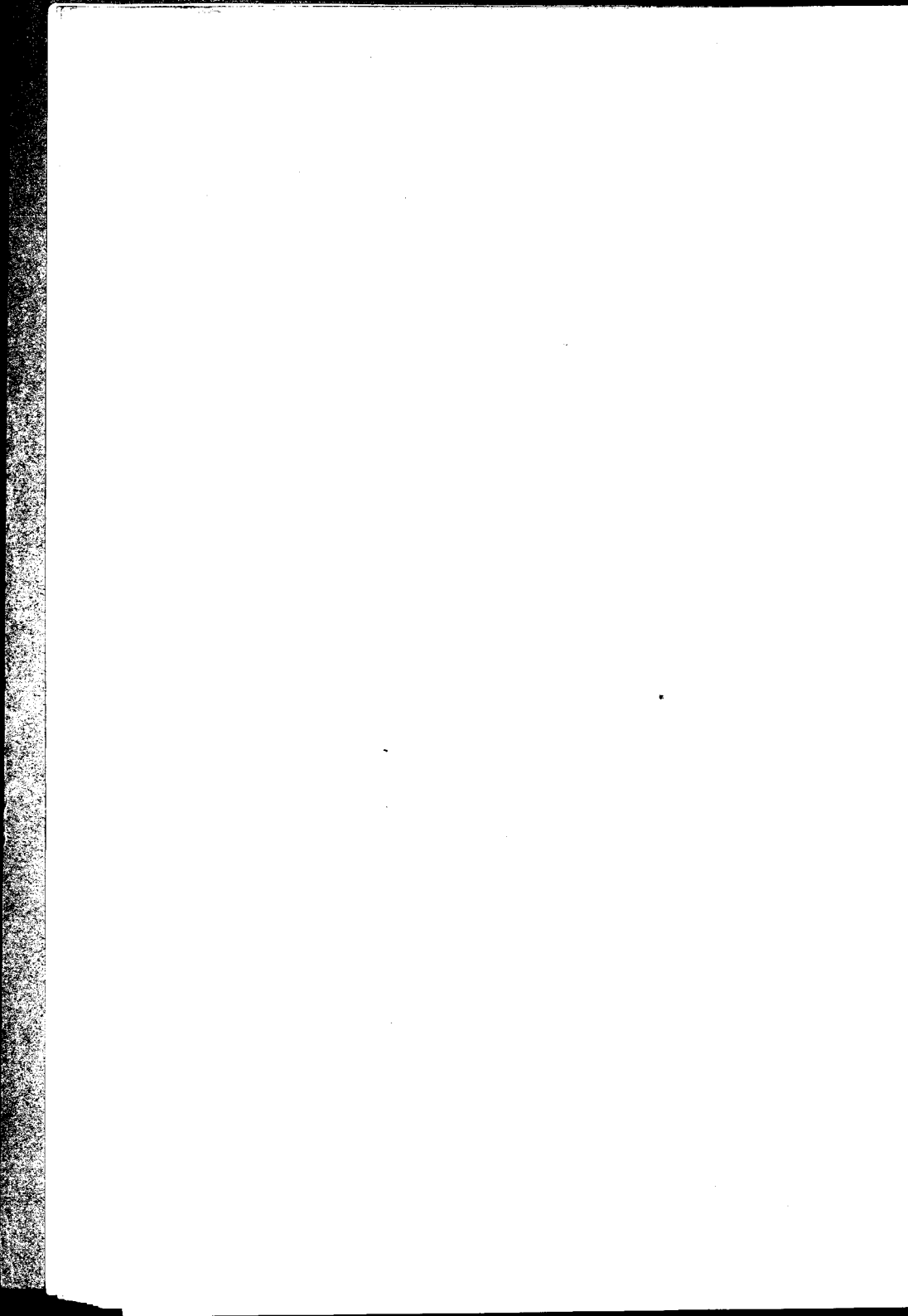
ESCUELA DE PARTERAS

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <i>Primer año:</i> | |
| Anatomía, Fisiología, etc..... | Dr. J. C. LLAMES MASSINI |
| <i>Segundo año:</i> | |
| Parto fisiológico | Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL |
| <i>Tercer año:</i> | |
| Clinica obstétrica..... | Dr. FANOR VELARDE |
| Puericultura | Dr. UBALDO FERNANDEZ |



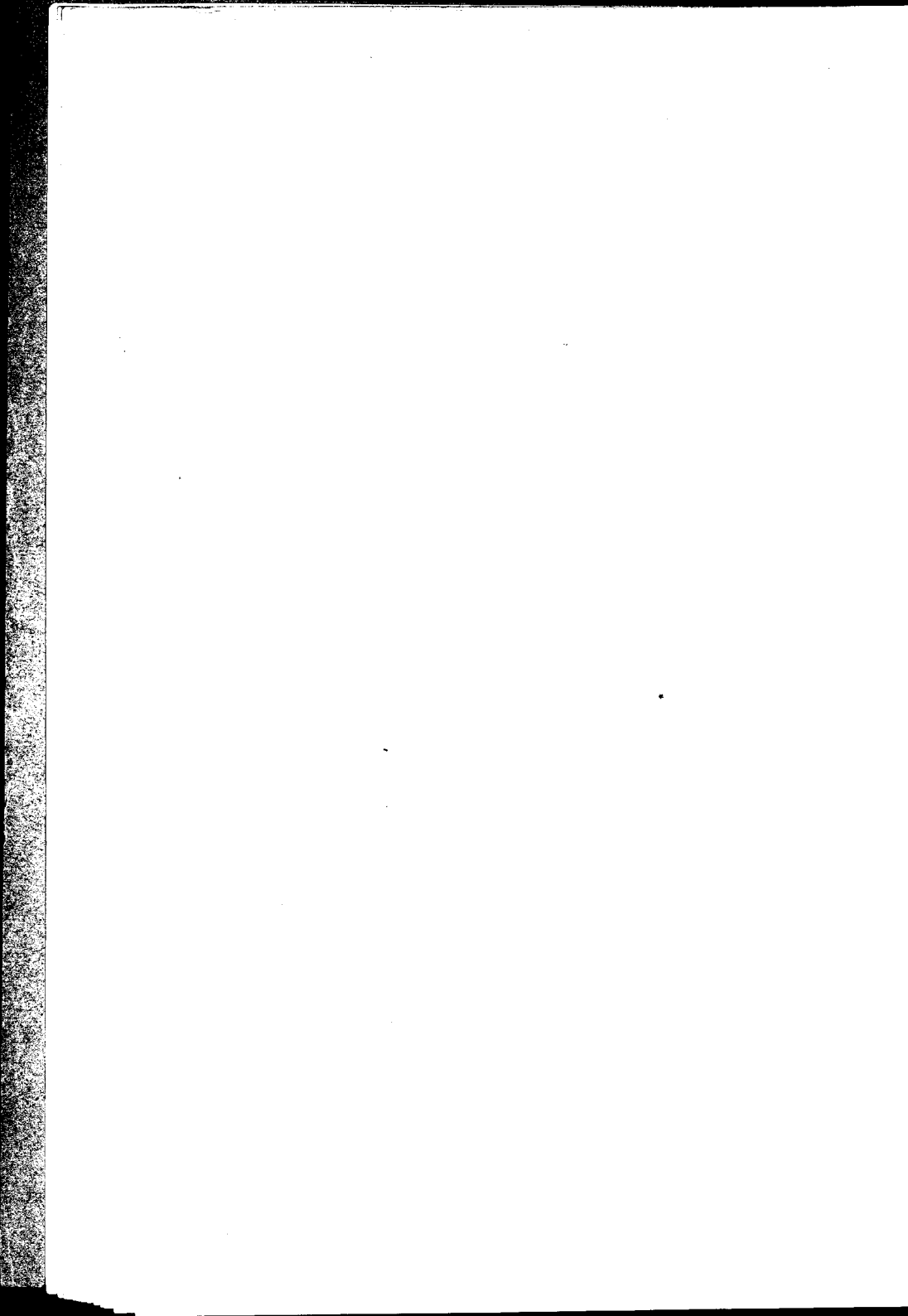
Padrino de tesis:

Doctor PEDRO GHISO

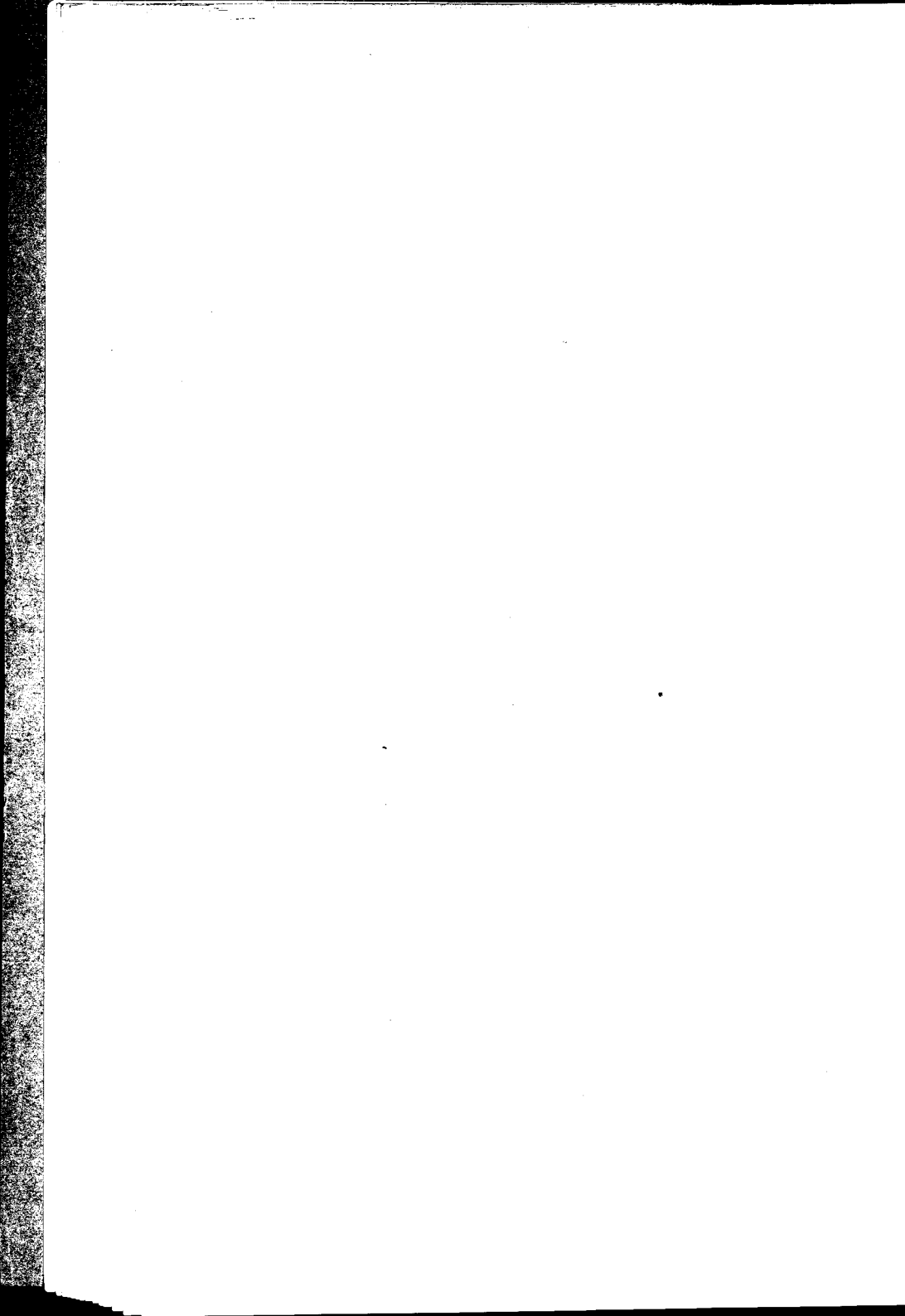


A LA MEMORIA DE MI PADRE

A LA DE MI HERMANO MÁXIMO

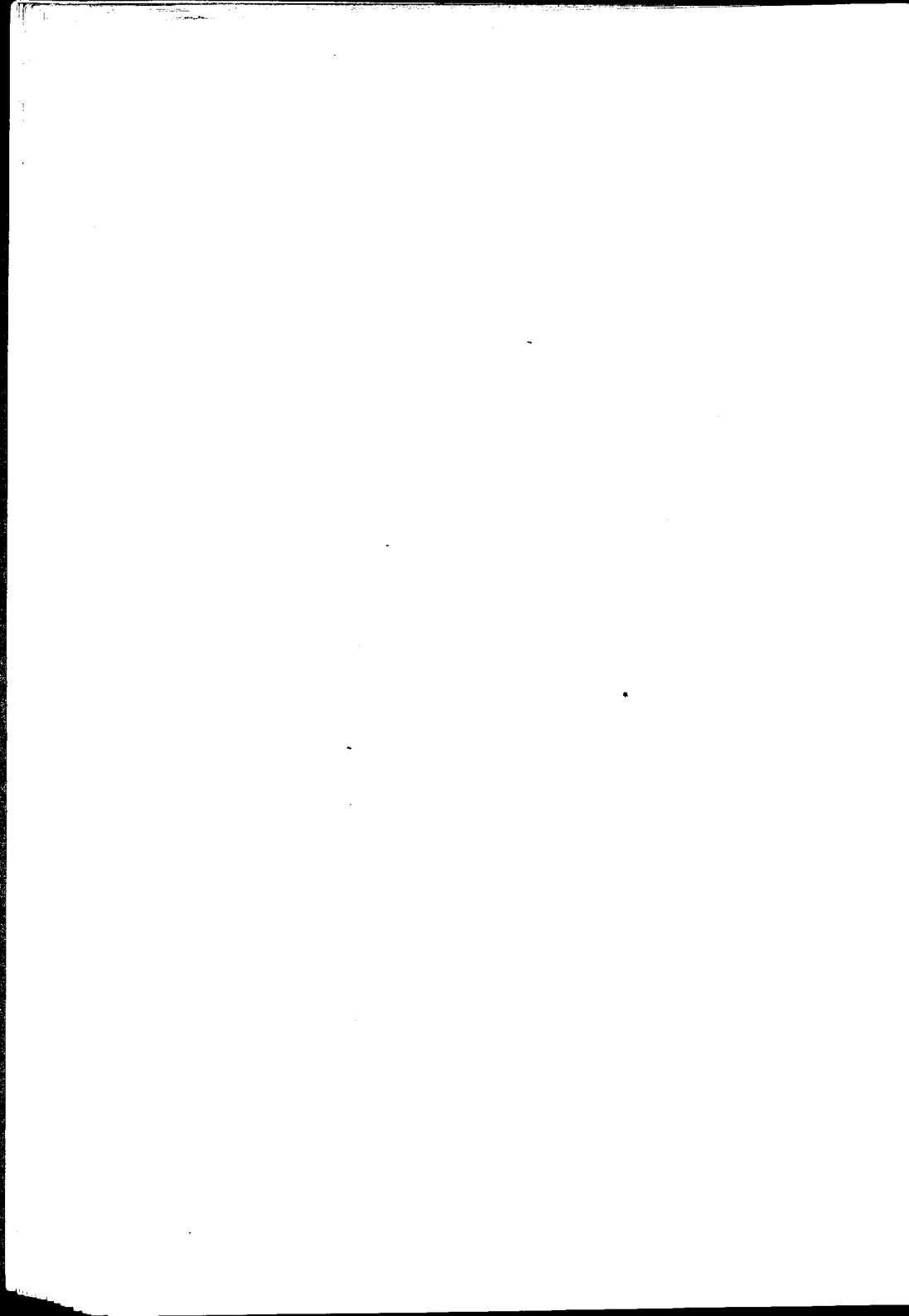


A MI MADRE



A MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS



Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Habiendo observado los grandes beneficios que se obtiene en muchas enfermedades de la piel, con el tratamiento por el ictiol, he pensado que sería de utilidad poner estos hechos en evidencia. Aprovecho la oportunidad de tener que presentar a la consideración de Vds., mi última prueba de estudiante, para hacer de este medicamento el tema de mi exposición.

Voy a dividir este modesto trabajo en tres capítulos.

En el primero, trataré de la medicación antiparasitaria a la cual pertenece el ictiol y por ser a sus propiedades antisépticas que debe principalmente sus excelentes resultados.

En el segundo, detallaré lo referente a la parte química, capítulo que será necesariamente incompleto, por tratarse de un producto que no ha sido suficientemente estudiado todavía.

En el último, recopilaré algunas observaciones hechas en la sala 1ª del Hospital Rivadavia.

Antes de entrar en materia, quiero dejar constancia de mi profunda gratitud hacia todos mis maestros y especialmente hacia el doctor Pedro Ghiso, que a más de haber contribuído con sus preciosas lecciones y sabios consejos a mi educación en dermatología, me hace el honor de acompañarme como padrino de tesis ; al doctor Manuel A. Ocampo por sus muchas enseñanzas ; a los médicos internos doctores Adrián J. Bengolea, Enrique Twaites Lastra y Graciano Pérez Ruiz, por sus caballerescas atenciones.

A todos mis compañeros, la seguridad de mis mayores afectos.

CAPITULO I

La medicación antiparasitaria

Después de haber sido injustamente olvidado durante un largo período, el tratamiento externo de las dermatosis, ha vuelto a merecer actualmente la confianza de los especialistas.

Es indudable que las afecciones cutáneas que responden a un origen interno, sólo podrán ser curadas por un tratamiento dirigido directamente contra esa causa interna, pero en gran número de casos, las inoculaciones accidentales, la pululación de parásitos, etc., complican esas afecciones y hacen indispensable la intervención de curaciones externas apropiadas.

En cuanto a las afecciones cutáneas de origen externo, es evidente que debe pensarse para su tratamiento, en combatir directamente los microbios o parásitos que las originan. De aquí deriva el méto-

do antiparasitario, que puede subdividirse en tres métodos secundarios : aséptico, antiparasitario propiamente dicho y antiséptico.

Siendo la asepsia un derivado del método de Lister, deberíamos posponer su descripción. Pero ex-profeso la describiremos primero, dejando para el último la antisepsia, de la que nos vamos a ocupar preferentemente.

METODO ASEPTICO

Como lo hace notar el profesor Quenú, el método de Lister no fué sino una fórmula provisoria. Poco a poco evolucionó hacia una concepción más simple.

Si el operado era un infectado, era natural desinfectarlo, antisepticarlo ; pero si se trataba de un operado no infectado, ¿por qué servirse de antisépticos, pudiendo llegar a este máximo de limpieza, a esta asepsia, sin usar substancias químicas más o menos cáusticas y tóxicas ?

La antisepsia, como lo veremos, puede dar lugar a fenómenos de intoxicación muy graves. Los antisépticos son cáusticos que ocasionan una serie de dermatosis. En fin, el antiséptico ataca la célu-

la viva y los glóbulos blancos contrariando así el proceso defensivo del organismo.

Era preferible, evitar que los gérmenes patógenos llegaran al operado. Con el fin de obtener objetos de curación, instrumentos y manos tan asépticos como fuera posible, se adoptó la esterilización. Mucha constancia costó a Terrier, imponer a los cirujanos este método rigurosamente científico, pero poco a poco fué encontrando partidarios convencidos que llegaron con su energía y su persistencia a darle la importancia que hoy se le reconoce.

Se sabe que con su estricta aplicación, ha cambiado la suerte de los operados.

Hace 25 años aún, de 100 operados,, 20 eran llevados por la infección purulenta. No se podía pronosticar la evolución ulterior de una herida.

Puede decirse que no había curación sin inflamación ; no había herida sin fiebre.

Pirogoff escribía entonces su obra sobre el azar en cirugía, en el que decía : « les fléaux de la chirurgie, l'œdème purulent, la pourriture d'hôpital, l'érysipèle, le tetanos suivent le chirurgien pas á pas et détruisent les résultats de son intervention opératoire ».

Hoy día, en cambio, no se habla ya de azar ; la muerte por infección de las heridas, no debe producirse.

En la actualidad se prefiere siempre que es posible la asepsia al método de Lister.

Imitando esta práctica consagrada en cirugía, se pensó sustituir también en dermatología el método antiséptico por el método aséptico, con el fin de salvar los inconvenientes propios a la aplicación de los agentes medicamentosos.

Desgraciadamente, al llevarlo a la práctica se tropieza con grandes dificultades, como son, la de aseptizar totalmente una superficie cutánea extendida y mantenerla en estado de asepsia.

Este método da buenos resultados en lesiones infectadas secundariamente y en el tratamiento de las quemaduras.

En los quemados las probabilidades de infección son múltiples, por eso se ha llegado en estos casos hasta anestesiar los enfermos, a fin de poder hacer una asepsia perfecta con cepillo y jabón.

Es necesario jabonar largamente, cepillar mucho, lavar con alcohol y éter y recubrir las heridas con una curación rigurosamente estéril.

Cuando una cavidad supurante ha sido ampliamente abierta, el organismo lucha mejor por sí solo. Hay que limitarse a evacuar el pus, a mantener la cavidad abierta, impedir la entrada de nuevos gérmenes sépticos y no alterar con nada al organismo en la lucha que sostiene.

Para el tratamiento de las dermatosis por este método, Leredde ha establecido estos principios generales : *a)* toda formación cavitaria infectada o susceptible de infectarse debe ser ampliamente abierta ; *b)* toda costra, todos los productos de secreción coagulables deben ser sacados a medida de su formación, que es necesario tratar de evitar toda vez que sea posible.

MEDICACION ANTIPARASITARIA PROPIAMENTE

DICHA

Esta medicación tiene por fin destruir los parásitos especiales, animales o vegetales, que viven en la piel.

Aunque tenemos actualmente, elementos poderosos de ataque contra los parásitos animales, estamos bastante mal preparados para luchar contra los parásitos vegetales.

Usamos el sublimado, el petróleo, para combatir la pediculosis, el azufre, el bálsamo del Perú, contra el acarus, substancias que matan el parásito.

Pero no tenemos ningún medicamento que pueda ser considerado específico contra los parásitos vegetales, como el acorion y el tricofiton.

Si bien es cierto que las enfermedades cutáneas

por ellos producidas son influenciadas benéficamente, por el mercurio, el iodo, el azufre, el ácido fénico, etc., no es menos cierto que esta acción benéfica es producida por un mecanismo complejo, en el que entran la descamación, la reducción, etc.

METODO ANTISEPTICO

«Alejar del hombre los microbios, echar los que están ya en la superficie de su cuerpo y los que viven en sus órganos interiores, oponerse a que los gérmenes de afuera lleguen a la superficie por donde podría hacerse la infección, y si esta infección se ha realizado ya, matar esos organismos parásitos o restringir su pululación, es hacer antisepsia» (Bouchard).

La antisepsia puede ser indiferente, es decir, hecha contra los microbios en general, o específica, es decir, dirigida contra cada microbio en particular, como la que hacemos cuando usamos el mercurio en la sífilis y la quinina en el tratamiento del paludismo.

La aplicación de la antisepsia es de data reciente. Ella siguió los descubrimientos de Pasteur, viniendo a ser la aplicación de los principios establecidos por él.

Los precursores de Pasteur, la desconocían por completo, aunque por intuición afirmaban desde hace muchos siglos la utilidad del agua de los lavages, de los baños y de curaciones más o menos aromáticas.

Según Herodoto, los persas profesaban un culto a los arroyos, que querían puros de toda suciedad; Homero habla de Patroclo que lava una herida de Euripele, y de los griegos, que curan las oftalmías por lavages.

Hipócrates en su libro «Tratados de los aires, de las aguas y de los lugares», dice: «El primer cuidado de un médico es conocer bien la naturaleza de las aguas que usa».

Celso (60 años antes de J. C.) recomendaba limpiar bien las heridas y curarlas con hilas embebidas de agua.

Galeno (dos siglos después de J.C.) que aportó a la medicina tantos adelantos, no dijo nada digno de ser notado al respecto y más bien restringió el uso del agua en cirugía.

Es en la edad media, a pesar de haberse dicho que fué una época de ignorancia médica, que aparece por vez primera la idea de miasma, idea que puede considerarse como el origen de lo que fué después la teoría microbiana.

Ambrosio Paré, a quien se ha dado el título

de padre de la cirugía moderna, aportó en este sentido importantes mejoras que introdujo en la práctica, al ocuparse del tratamiento de las heridas por armas de fuego, por curación simple.

Siguen así muchos años, en que los cirujanos italianos y alemanes hablan de los beneficios obtenidos por las grandes irrigaciones, los baños locales, las compresas embebidas de agua, pero ninguno de ellos tuvo la idea de usar antisépticos, pues desconocían la contaminación posible de las heridas por los gérmenes patógenos.

Hasta el siglo XIX no se tenía sobre las causas mórbidas de la infección ninguna noción verdaderamente científica.

Se conocía el carácter epidémico y contagioso de las fiebres, pero se ignoraba el origen y se trataba de buscar la explicación de estos hechos en milagros o en una intervención celestial.

A partir del siglo XIX se empieza a hacer anatomía patológica, se practican autopsias, se constatan las lesiones macroscópicas de los órganos, lo que permite a Laennec, Louis y Cruveilhier entrever la especificidad de las infecciones.

Son ellos los primeros que demostraron la unidad etiológica de muchas enfermedades que aparecían hasta entonces diferentes en el cuadro nosográfico. Desde entonces, se conocieron las lesiones

de los órganos y sus síntomas, pero la etiología estaba todavía muy en principios. Las causas originarias de esas lesiones eran desconocidas y se estaba en la imposibilidad material de buscarlas.

El descubrimiento de un nuevo aparato, el microscopio, permitió después de muchos perfeccionamientos, ver todo un mundo de organismos que escapaban a la vista, y explicar así de otra manera, la enfermedad y la infección.

Es con su ayuda que Leuvenghœek y Spallanzani empiezan por descubrir los de mayores dimensiones, hasta que con el descubrimiento de la bacteria carbunclosa por Roger y Davaine en 1850, comienza la serie de descubrimientos de los microbios más importantes, verdaderamente patógenos.

Pasteur demostró que las fermentaciones químicas, láctica, butírica, etc., eran producidas también por microorganismos. Mostró que la putrefacción no es en realidad sino una fermentación de origen microbiano, que la generación espontánea no existe y que tanto para las fermentaciones como para las infecciones debía haber ante todo, introducción de un gérmen exterior.

Mirando bien, dice Carnot, «la importancia enorme de la obra de Pasteur, como de todos los grandes descubrimientos, es ante todo la introducción de un método y de una técnica nuevos. La

existencia de los microbios patógenos era ya demostrada desde Davaine, el origen microbiano de las fermentaciones era presentado desde Cagniard-Latour, el principio de la vacunación era ya familiar desde la práctica de las variolizaciones y el descubrimiento de Jenner.

»Pero lo que se debe únicamente a Pasteur, es la técnica nueva por la cual ha cultivado los microbios al abrigo de los gérmenes exteriores y en medios favorables, por la cual los ha aislado, los ha conservado, los ha inoculado al estado puro después de cierto número de culturas. Todos esos progresos técnicos eran indispensables a los descubrimientos ulteriores y han sido su origen. Pasteur ha creado así, un método nuevo que superaba como alcance al descubrimiento de un germen o de una fermentación, puesto que podía aplicarse a todos. Es gracias a este método y a esta técnica que Pasteur ha podido precisar las propiedades físico-químicas de los microbios, especialmente de las condiciones de la vida aerobia y anaerobia. Ha podido estudiar sistemáticamente el poder patógeno de los microbios, exaltarlos o atenuarlos, producir así virus capaces de conferir la inmunidad contra el carbunco, el cólera de las gallinas, etc. Partiendo de una simple cuestión de química, ha podido por su método y su técnica renovar la cirugía, la medicina y

la terapéutica, realizando tal vez la mayor obra de que sea capaz el genio de un hombre ».

Las brillantes experiencias de Pasteur dieron al microbio su verdadera importancia en la infección ; desde entonces no se pensó más que en suprimirlo. La antisepsia quedaba así creada.

Es necesario llegar a Lister, para encontrar la teoría de la antisepsia.

En 1865, amparándose en las ideas de Pasteur, empieza por aplicar sobre las heridas soluciones de ácido fénico, base de su curación y agrega a estas soluciones sustancias que tienen por objeto impedir el acceso del aire a la superficie de esas heridas. Pero es recién en 1863 que Lister en Edimburgo, formuló netamente su técnica.

« La teoría de Lister era la « germ theory » nacida de las ideas de Pasteur, como él se complacía en reconocerlo : reposaba sobre este principio, que la atmósfera está llena de gérmenes perniciosos. El cirujano, acostumbraba a decir, debe ver los gérmenes en la atmósfera como los pájaros en el cielo. Alfonso Guerin los había visto y pretendía proteger las heridas contra su influencia nefasta, envolviéndolas en espesas capas de algodón, pero no se ocupaba de los instrumentos, de las manos ni de nada de lo que tocaba la herida. Impedía la contaminación posterior al acto operatorio, no la de la

operación y muy a menudo no hacía sino encerrar el lobo en su jaula.

»Lister supuso que los gérmenes de la atmósfera se depositan en todas partes, en la superficie de los objetos, sobre las piezas de curación, sobre la herida, sobre los instrumentos y sobre las manos que operan. ¿Qué conclusión sacó de todo esto ?

Que es necesario matar esos gérmenes y perseguirlos en todas partes ; busca una substancia germicida y cree encontrarla en el ácido fénico. El ácido fénico se identifica con la curación de Lister ; en realidad, el ácido fénico no ha sido sino un medio para él y es necesario reconocerle la creación de un método, el método germicida, la medicación antiséptica » (Quenú).

Pero la palabra antiseptia no supone fatalmente el uso de substancias antisépticas, entendiendo por tales los medicamentos antisépticos ; comporta la utilización de procedimientos mecánicos, físicos, biológicos y químicos.

PROCEDIMIENTOS MECANICOS

La antiseptia mecánica ha sido practicada instintivamente en todo tiempo, si bien no era tan rigurosa como la que hacemos actualmente.

Hacemos una antisepsia mecánica, cuando administramos un vomitivo, un enema ; pero aparte de esta antisepsia interna existe otra externa no menos importante, aunque tiene muchos puntos de contacto con la asepsia.

PROCEDIMIENTOS FISICOS

Entre estos medios solo algunos son aplicables al tratamiento de las enfermedades de la piel.

El calor y el frío, excelentes recursos para la destrucción de los microbios fuera del organismo y para tratar algunas dermatosis, son inaplicables como agentes antisépticos por ser perjudiciales al organismo a la temperatura en que serían eficaces.

Cuando se hace actuar largo tiempo el calor sobre una parte cualquiera del cuerpo, la sangre sufre alteraciones de importancia. Se producen cambios de coloración de la piel en forma de manchas pigmentadas que pueden tener una larga duración y que son debidas a la materia colorante de glóbulos sanguíneos extravasados.

Se ve con frecuencia en las salas de los hospitales, enfermas que presentan sobre el vientre esta pigmentación a consecuencia del uso prolongado de una bolsa de agua caliente.

La piel no tolera temperaturas superiores a 50 o 60° de calor. Únicamente bajo la forma de aire caliente se puede llegar a hacerla soportar alrededor de 80 a 100° y es en esta forma que ha sido empleado con éxito en el tratamiento de escaras sacras, ulceraciones fagedémicas, gangrenas, forúnculos, etc.

El frío es capaz de producir también serios accidentes, y sólo es aplicable en pequeñas extensiones. Se emplea con este fin el agua enfriada líquida o solidificada. Se puede obtener bajas temperaturas aprovechando de líquidos que se evaporan prontamente a la temperatura ordinaria, como el éter sulfúrico, el cloruro de etilo, el anhídrido carbónico. Estos agentes se usan con frecuencia en el tratamiento de ciertas dermatosis parasitarias y microbianas (psicosis superficiales, lupus vulgar, etc.).

La electricidad es un medio físico del que se puede obtener grandes beneficios.

Las propiedades electrolíticas de la corriente galvánica, son muy usadas en dermatología.

Cuando se hace pasar la corriente a través de un medio de composición química compleja, se produce una disociación de los elementos constitutivos de ese medio. El oxígeno y los ácidos son transportados al polo positivo, mientras el hidrógeno y las bases se acumulan en el negativo. Se comprende

que la acción terapéutica que ejercerán sobre los tejidos estas substancias de nueva formación será distinta para cada uno de los polos.

Con el positivo, se obtiene la formación de una escara seca, retráctil y un efecto hemostático, puesto que los ácidos producen la coagulación de los líquidos albuminosos.

Con el negativo al contrario, la escara que se produce es voluminosa, blanda, difluente, puesto que las bases cáusticas (potsaa y sōda) que se forman alrededor de él, tienen efectos destructores más enérgicos.

De aquí se deduce ciertas reglas cuando se trata de aplicar las propiedades inherentes a cada polo. Usaremos el polo negativo cuando querramos obtener una acción destructora enérgica, en la hipertriosis, por ejemplo. Usaremos el positivo cuando busquemos obtener efectos coagulantes, como en los tumores erectiles.

Si antes de hacer pasar la corriente por los tejidos, inyectamos en ellos soluciones medicamentosas, se descompondrán igualmente y obtendremos cuerpos al estado nascente de los que se puede conseguir efectos antisépticos muy potentes.

A Gautier, se debe el método siguiente, que ha dado muy buenos resultados en la actinomicosis :

Inyecta en los tejidos que quiere modificar, unas

cuantas gotas por minuto de una solución de yoduro de potasio al $1/20$ o $1/30$, mientras dura la operación. Usa agujas de platino, que introduce en la neoplasia y las une a los dos polos de la pila, haciendo pasar la corriente con una intensidad de 50 millanperes

No menos fecunda en sus aplicaciones a la dermatología es la electricidad estática.

Bajo la forma de baños estáticos, de sople eléctrico, de efluvio,, fricción o chispa es aplicada en el tratamiento de ciertos pruritos rebeldes, en eczemas pruriginosos de sujetos artríticos nerviosos. Parece que la considerable cantidad de ozono al estado naciente que se desprende con el efluvio, tiene una acción local muy manifiesta en ciertos casos.

El descubrimiento de los rayos Roentgen fué aprovechado con entusiasmo por los dermatólogos.

Hubo un período durante el cual se aplicaron a casi todas las afecciones cutáneas.

Se los empleó contra el epiteloma cutáneo, algunos sarcomas, liquen simple, eczemas rebeldes, tricoficia, verrugas, lupus vulgar e hipertrichosis.

Aplicados sin la prudencia necesaria, producen sobre la piel alteraciones patológicas en relación a las unidades empleadas y al tiempo de aplicación.

Eritema precoz, pápulo-pústulas, flictenas, son

los resultados de su aplicación desmedida, lesiones que se conocen en dermatología con el nombre genérico de radiodermitis.

Es también la luz, un agente físico usado desde mucho tiempo, por sus propiedades bactericidas.

«Los baños de aire, de luz y de sol, serán el gran remedio del siglo XX».

Esta predicción de un sabio suizo, traduce el estado de espíritu de los fisiatras y la importancia que se da a esta medicación en el extranjero, para el tratamiento de algunas enfermedades.

Eran muy usados ya desde el tiempo de los romanos, quienes tenían en sus casas un lugar especial o solarium consagrado al efecto.

Poco a poco fué abandonándose y su empleo no se ha generalizado sino desde hace medio siglo, en que Arnold Rikli, que pasa por ser el creador de la cura atmosférica, empezó nuevamente a usarla.

Bajo su influencia, la piel pasa por momentos de vasodilatación y vasoconstricción sucesivos. Esta gimnástica de los capilares de la piel, la reanima, la fortalece, haciendo recuperar a sus funciones la integridad y por contragolpe, la economía entera recobra su actividad normal.

Su aplicación se hace según dos métodos principales : *a)* el empleo directo de la luz solar o eléctrica bajo la forma de baño de luz ; *b)* la fototerapia

pi apropiadamente dicha, que ha sido creada por Finsen.

Es sorprendente el beneficio que se obtiene con la aplicación directa de la luz solar sobre heridas anfractuosas, fístulas de origen baciloso, etc., tan rebeldes a la curación por cualquier otro procedimiento.

En algunos países, en que una luz solar intensa no se tiene con frecuencia, se emplea la luz de arco voltaico, que es la que más se le asemeja.

El segundo método o finsenterapia, aprovecha los rayos químicos del espectro por sus propiedades bactericidas.

Se ha probado, que cuando los tejidos son anemiados, son más fácilmente atravesados por estos rayos. Es sobre estos principios que reposa el método de Finsen.

No vamos a detenernos en la descripción de los aparatos que con más o menos ventajas han reemplazado al primitivo aparato de Finsen. En todos se suprime por un procedimiento simple e ingenioso los rayos calóricos del espectro (los ultrarojos, los rojos y los amarillos) y se recoge las radiaciones químicas concentrándolas por medio de espejos y lentes para aumentar su acción.

La fuente luminosa está constituida por una luz voltaica de 60 a 80 ampéres.

Leredde, que ha sido en Francia, el más ardiente defensor de la fototerapia, establece en su obra sobre las enfermedades de la piel, los principios siguientes :

a) Las reacciones inflamatorias producidas por los rayos químicos se extienden a una gran profundidad, cuando la sangre es alejada de los tejidos.

b) Las reacciones fotogénicas no son destructivas.

c) Las cicatrices fotogénicas son absolutamente perfectas.

d) Las reacciones fotogénicas no son dolorosas.

Hemos dicho que antes de aplicar los rayos Finsen, era necesario volver los tejidos exangues. Para ello se han imaginado muchos procedimientos basados en la compresión de los tejidos, pero es necesario no olvidar que la compresión para que no resulte perjudicial debe ser enérgica, progresiva, permanente y medible.

Ultimamente Dreyer, Neisser, Tappeiner, han demostrado que era posible sensibilizar la piel y ponerla en condiciones de aprovechar mejor los beneficios de aplicaciones luminosas.

Injectando en el hipodermis una solución estéril de eritrosina al 1 por mil en la solución salada fisiológica de 8.5 por 1000, han obtenido una ac-

ción más profunda y más rápida de los rayos luminosos, que por la simple fototerapia.

Haciendo la aplicación de los rayos 4 o 5 horas después de una inyección, se puede reducir la sesión a 15 o 20 minutos si se trata de un tejido muy vascularizado, más corta todavía si se trata de un tejido cicatricial.

La eosina, tiene una acción igual a la de la eritrosina sobre las células, las toxinas y los fermentos. Tappiener, Yenonek, Yoldbauer que usan la eosina como sensibilizatriz, untan la superficie cutánea a tratar con una solución al 5 por ciento y la exponen a la luz solar o a la de una lámpara a arco de 25 ampéres.

En resumen: las substancias sensibilizatrices simplifican el método de Finsen, puesto que reducen las sesiones a los dos tercios o a los tres cuartos, y permiten emplear una fuente de luz cualquiera. Es de esperar que los efectos sean más rápidos, puesto que los rayos penetran con más facilidad.

Las propiedades bactericidas de los rayos químicos han sido utilizadas por Finsen y Larsen para el tratamiento de la pelada, empleando aparatos potentes a fin de obtener a más de la acción bactericida, un efecto irritante sobre el cuero cabelludo. Según Larsen, este tratamiento es muy superior a todos los empleados hasta hoy.

En todos los casos así tratados obtuvo un crecimiento rápido de los cabellos, habiendo tardado el caso más rebelde tres meses en curar. Son muchas las aplicaciones de los rayos Finsen en dermatología, pero en donde con más entusiasmo han sido preconizados por su autor es en el tratamiento del lupus vulgar.

PROCEDIMIENTOS BIOLÓGICOS

Los agentes biológicos de la antisepsia son los sueros, las vacunas, los fermentos y los microbios mismos que por una acción antagonista directa o indirecta puede ser útiles en el tratamiento de algunas enfermedades.

«La sueroterapia consiste en el tratamiento de una enfermedad infecciosa, por el suero de sujetos vacunados o inmunizados contra la misma infección» (Manquat).

Esta inmunización puede ser obtenida sea contra las bacterias (sueros antiinfecciosos) o contra las toxinas (sueros antitóxicos).

Después de las célebres experiencias de Richet y Héricourt, que pueden considerarse los verdaderos padres de la sueroterapia, muchos hombres de ciencia dedicaron sus esfuerzos a perfeccionarla. Ci-

taremos para memoria los nombres de Bouchard, Picq y Chenot, Babes y Lepp. Pero puede decirse que estos esfuerzos no fueron coronados por el éxito, hasta que Berhng y Kitasato en 1890 mostraron que el suero de los conejos vacunados contra las toxinas del tétano o de la difteria, era capaz de neutralizar in vitro grandes cantidades de toxina tánica o diftérica y de conferir a los animales un poder preventivo notable.

Desde entonces se ensayó con más o menos éxito en el tratamiento del tétano, la difteria, la neumonía, el cáncer, la fiebre tifoidea, la erisipela, el cólera, la peste, la coqueluche, etc.

Vamos a decir dos palabras del suero antiestrep-tocócico de Marmorek, pues nos interesa particularmente por su aplicación en afecciones dérmicas.

Usando una mezcla de suero humano y caldo, Marmorek obtiene un medio de cultivo capaz de conservar la virulencia de un estreptococo dado. Exalta la virulencia de los microbios por el método de los pasajes, inoculando primero lauchas, después conejos.

Llega así a obtener una virulencia tal que un décimo de c.c. inoculado bajo la piel, mata en seis horas un conejo de dos kilos.

Una vez preparado su cultivo, inyecta primero débiles dosis de esta cultura extremadamente ac-

tiva y repite las inyecciones cuando el animal se ha restablecido, aumentando progresivamente la dosis.

Hacia el sexto mes se puede llegar por este procedimiento a tener caballos en un grado de inmunización importante, pero el autor aconseja continuar las inyecciones durante un año para conseguir sueros óptimos.

El suero así obtenido es preventivo y antimicrobiano, pero no antitóxico.

Su poder preventivo se mide por la cantidad necesaria para volver insensible a la acción de una dosis diez veces mortal, un conejo de 1.600 a 1.800 gramos.

Es en la erisipela, que se han hecho las primeras tentativas de curación por el suero de Marmorek. Las estadísticas tomadas en el servicio de Chantemesse no son muy halagüeñas. Sobre 441 enfermos, la mortalidad ha sido de 14 casos, es decir, de 3.40 por 100.

La mortalidad habitual por erisipela, en los casos no tratados por sueros, difiere poco de la precedente. La estadística de Yuhel-Renoy da un promedio de 3.50 por 100. La de Rogger sobre 600 casos da 3.43 por 100.

No habría pues, en apariencia, gran ventaja en usar este suero, pues la mortalidad no disminuye

en proporción digna de tenerse en cuenta, si no fuera la distinta evolución que imprime a la enfermedad, haciéndola mucho más tolerable y aportando al enfermo un gran alivio. He aquí las ventajas que presenta su empleo, según su autor: « Cuando la dosis es suficiente, el enfermo sufre un alivio entre la quinta y la duodécima hora que sigue a la inyección. El dolor de cabeza y la lasitud disminuyen, el sueño vuelve. El descenso de la temperatura es más o menos rápido, según la gravedad de los casos. En las dos o tres horas que siguen a la introducción del suero, hay un ascenso térmico, pero lo más a menudo la curva desciende rápidamente y en las 24 horas llega a la cifra normal. La erisipela parece así abortada, por una sola inyección cuando la intervención es precoz ».

Hay, sin embargo, casos graves y formas a recaídas, en que el suero Marmorek no puede ser considerado sino como un precioso coadyuvante.

Ha parecido útil también en los flemones a estreptococo puro y en la infección post-operatoria.

Los otros agentes biológicos son las vacunas, con las que se busca obtener, como se sabe, una inmunización activa, haciendo que el organismo fabrique sus anticuerpos, y la bacterioterapia propiamente dicha, fundada en principios muy racionales,

pero cuyos resultados hasta la fecha no son decisivos.

PROCEDIMIENTOS QUIMICOS

Es sin duda, en el estado actual de la ciencia, de los que obtenemos mejores beneficios y comprende la aplicación de una serie de sustancias químicas cuyo conjunto constituye el grupo de los antisépticos

Los agentes terapéuticos con que cuenta esta medicación no están exentos de inconvenientes. Al contrario, son capaces por sí solos de producir dermatosis, lo que hace que deban ser manejados con prudencia.

Como dice muy bien Manquat, al comentar la definición de los antisépticos de Bouchard, es probable que algunos de ellos actúen simultáneamente sobre el microbio y sobre los líquidos del organismo o sobre los elementos anatómicos, para favorecer los medios de defensa, pero esta acción de defensa es la excepción; la regla es que las sustancias antisépticas tengan una acción destructora sobre los elementos anatómicos, acción muy digna de tenerse en cuenta para no perjudicar al organismo al mismo tiempo que al microbio.

Al estudiar un antiséptico debemos analizar su acción fisiológica, su acción sobre las superficies tegumentarias infectadas y su acción al interior. El organismo reacciona siempre al contacto de los medicamentos introducidos en su intimidad o aún por la aplicación en su superficie de estos agentes que son en su mayor parte tóxicos. Algunos, aunque no tóxicos, sufren al contacto de los líquidos orgánicos, modificaciones o desdoblamientos que al cambiar su naturaleza los vuelven peligrosos o, por lo contrario, inactivos.

Se encuentra en los tratados de terapéutica tablas que indican el valor antiséptico de las diferentes sustancias empleadas con este fin. La de Mi-quel, se basa en la dosis mínima de medicamento, capaz de oponerse a la putrefacción de un litro de caldo de buey, neutralizado.

Las divide según esto, en sustancias eminentemente antisépticas, muy fuertemente antisépticas, fuertemente antisépticas, moderadamente antisépticas, débilmente antisépticas y muy débilmente antisépticas. Sobre principios semejantes, se basan las tablas de Yalan de la Croix y de Duclaux.

Veamos ahora, siquiera suscitadamente, los inconvenientes y ventajas propios a cada uno de ellos.

Entre los más comúnmente usados figuran los compuestos mercuriales, que tienen en general se-

rios inconvenientes, variables según la concentración de las soluciones empleadas.

El bicloruro de mercurio figura en la tabla de Miquel entre las substancias eminentemente antisépticas.

En solución terapéutica (sublimado al uno por mil) produce a menudo eritema seguido de descamación y a veces una erupción vesiculosa muy abundante. Estos efectos son más notables en personas de piel fina o cuando las soluciones han permanecido en contacto con la piel, cubiertas por una tela impermeable.

Por esta razón, sólo es aplicable en forma de baños, lociones y pulverizaciones, siendo sustituido con ventaja por otros antisépticos cuando se quiere hacer una curación húmeda permanente.

Bazin distingue tres grados en las erupciones mercuriales :

Primer grado — Benigno. Caracterizado por eritema ligero y erupción de pequeñas vesículas, sin fiebre.

Segundo grado — El eritema es más acentuado, las vesículas son mayores, el prurito es intenso y al mismo tiempo sobreviene una angina con estomatitis y fiebre.

Tercer grado — La cara y los párpados se tumefactan, la erupción es roja o púrpura, las vesículas se transforman en ampollas, la fiebre es elevada, se produce una descamación escarlatiniforme. A veces hay delirio, pudiendo en los casos intensos terminarse por la muerte.

El ácido fénico, es de un valor antiséptico inferior al bicloruro. En la tabla de Miquel está clasificado como substancia fuertemente antiséptica.

Es absorbido fácilmente por las mucosas y el tejido celular subcutáneo. No hay duda de que es también absorbido por la piel intacta.

Llegado al organismo, este cuerpo quita a los hematíes su hemoglobina, coagula las albúminas, paraliza los movimientos de los leucocitos y ejerce sobre la nutrición una influencia perjudicial que se manifiesta por un descenso de la temperatura y una desasimilación de azufre y potasa.

Si la dosis es un poco elevada se perturba la eliminación de los sulfatos, formándose en el organismo substancias fenol-formatrices, que se acumulan sobre el cerebro y comprometen seriamente sus funciones.

En el lugar de aplicación cutánea se produce con dosis un poco elevada, la formación de una placa blanca, seca, dura que no tarda en rodearse de una zona roja inflamatoria y en eliminarse. Tan

pronto se trata de un eritema fenicado febril con fenómenos generales análogos a los de la erisipela, tan pronto de un eczema químico.

Conocidos son los accidentes que sufren las personas que en razón de su oficio, manejan soluciones de este antiséptico. Se producen hormigueos, tumefacciones, pudiendo llegar en algunos casos a la gangrena de las extremidades.

Czerny ha publicado dos casos y Frankerberger uno, de gangrena consecutiva al empleo de soluciones fenicadas al 3 por ciento. Las soluciones al 2 por ciento pueden producir el mismo accidente.

Si ésto sucede, cuando es aplicado en la piel intacta, fácil es darse cuenta, cuanto mayor será la toxicidad del ácido fénico sobre heridas, ulceraciones, etc.

Es por todas estas causas acreedor a los mismos reproches que el bicloruro de mercurio, y sólo es aplicable en las mismas formas.

Conocidas son las alteraciones que este medicamento imprime a la orina. Esta disminuye de cantidad, su coloración se va haciendo más cargada hasta llegar a tener un color oscuro y no es raro constatar la presencia de albúmina.

En el grado de estos accidentes, interviene naturalmente la mayor o menor susceptibilidad de los enfermos para este agente, pero no hay que olvidar

que en personas poco tolerantes ha dado lugar a intoxicaciones agudas muy graves. Citaré solamente como ejemplo las observaciones de Lucas Championiere, en que 0,25 ctgrs. bastaron para producir una intoxicación aguda en un niño de seis años, y la de Comby, en que irrigaciones con una solución fenicada al 1 por 75 durante diez días, trajeron una hematuria intensa en una niña de cinco años.

De un valor antiséptico un poco menor es el permanganato de potasio. Yalan de la Croix ha observado que si una solución al 1 por mil impide el desarrollo de los bacterios en el caldo, la esterilización completa exige una solución al 1 por ciento.

Puesto en contacto con materias orgánicas, les cede oxígeno al estado nascente, lo que hace que a su propiedad de antiséptico, agregue la de ser un buen desodorizante.

• Hace desaparecer la fetidez de las úlceras, mejora su aspecto y favorece la cicatrización.

• En solución al 1 por 250 su acción se vuelve irritante y más concentrado es un cáustico.

Su mayor inconveniente es teñir la piel de un color oscuro, inconveniente sólo relativo, pues estas manchas desaparecen casi totalmente con soluciones de yoduro de potasio o con agua alcanilizada por amoníaco.

El iodo, ya sea bajo forma de tintura de iodo,

alcohol iodado, o solución de Lugol, es un agente de gran utilidad en el tratamiento de enfermedades parasitarias de la piel.

El favus, la tricoficia, la pitiriasis versicolor, son influenciadas benéficamente por su aplicación.

A su acción antiséptica, une la de ser un revulsivo más o menos enérgico, según la cantidad empleada, condición que lo hace muy eficaz para favorecer la absorción de ciertos productos mórbidos, en particular en los ingurgitamientos ganglionares y en las artritis crónicas.

Puede hacer abortar los forúnculos al principio de su formación ; si esta acción abortiva fracasa se forma a menudo un pequeño absceso que sustituye al forúnculo.

Es igualmente eficaz contra los perniones y la estomatitis ulcerosa.

Su efecto sobre la piel es variable, según los sujetos, pero provoca siempre una dermatitis con migración de glóbulos blancos. La piel se tumefacta y la epidermis se descama al cabo de dos o tres días. Las aplicaciones repetidas pueden seguirse de la aparición de flictemas y a veces de edema.

Una vez absorbido puede dar lugar a toxicodermias que son en general polimorfas. Se observa la aparición de vesículas, ampollas y poussées agu-

das de pústulas muy semejantes a las del acné vulgar.

El ácido bórico, clasificado por Miquel como moderadamente antiséptico, es realmente un agente de poco valor.

La dosis de 4 gramos por 100, impide el desarrollo de los bacterios, pero no es siempre suficiente para matarlos.

El estafilococo piógenes aureus puede quedar vivo en estas soluciones durante varios días. Es impotente para detener el desarrollo del estreptococo. Lo mismo puede decirse de sus derivados (borato de sodio, biborato de sodio, etc.).

Existen, sin embargo, en la literatura médica casos de intoxicación por el uso del ácido bórico, pero posiblemente son debidos a que la pureza de este producto no es siempre perfecta.

Aún en solución saturada no es cáustico para la piel; es un poco irritante para las mucosas muy sensibles, como la del ojo.

Su empleo terapéutico se reserva para aquellos casos en que la asepsia es inaplicable y cuando el uso de un antiséptico más enérgico está contraindicado.

El yodoformo, puede traer trastornos sobre todo en personas de edad o caquéticas y en los cancerosos. Elicher relata un caso de intoxicación des-

pués de una laparatomía, en la que el pedículo había sido espolvoreado con seis gramos de yodoformo.

Se hace más peligroso cuando es combinado al ácido fénico y cuando se aplica en superficies ricas en grasa capaces de disolver el medicamento y facilitar su absorción.

Los enfermos sienten el gusto del yodoformo en la boca, sienten inapetencia, fenómenos nerviosos y circulatorios que unidos al olor tan característico y conocido de este medicamento, hacen que ellos mismos se resistan a usarlo.

El aristol es un buen medicamento en estos casos, pues a las buenas condiciones del yodoformo, agrega la ventaja de no tener olor.

Otros agentes, se hacen inaplicables, por su coloración tan penetrante. El rojo escarlata, por ejemplo, que sería un agente terapéutico de utilidad, mancha las ropas de tal manera que es imposible limpiarlas con lavados ulteriores.

El ictiol, es otro antiséptico muy usado en las afecciones de la piel.

Su aplicación no produce ninguna reacción local y jamás se han observado fenómenos consecutivos a su absorción, ni aún en los casos en que su uso ha sido prolongado y hecho sobre superficies cutáneas extendidas, como en ulceraciones varicosas y varico-gomasas de todo un tercio de la pierna.

Su olor no es desagradable y aunque se le podría criticar la coloración oscura con que tiñe las ropas, las manchas que produce son limpiadas perfectamente con un simple lavado.

Además de su propiedad antiséptica, el ictiol es un reductor débil, aumenta la keratinización de la epidermis por sustracción de oxígeno. En el cuerpo papilar y en el dermis, produce un estrechamiento de los vasos. Este estrechamiento vascular, determina la sedación de ciertos síntomas inflamatorios y en particular del estado de tensión; consecutivamente la irritación de los nervios se calma y el prurito desaparece.

En la aplicación de estos cuerpos reductores hay que ser muy prudente, pues estos agentes son capaces de producir sobre la piel intacta una keratinización intensa y según su grado de acción, inflamación, edema, vesicación y reblandecimiento del tejido conjuntivo.

Siendo el ictiol, un reductor débil, no presenta estos peligros, lo que unido a sus propiedades antisépticas, secantes y antipruriginosas, hace que sea muy superior a sus similares, cuando se desea hacer curaciones húmedas largo tiempo continuadas.

En el tratamiento de úlceras varicosas, lo hemos visto emplear en la sala primera en fomentos

permanentes durante dos meses, sin que los enfermos hayan sufrido el más mínimo trastorno.

Algunas veces se ha producido por todo accidente en la zona marginal de las úlceras una folliculitis benigna, que ha curado con la simple aplicación de polvos de talco.

Por ser soluble en el agua, presenta sobre otros medicamentos como el azufre, la ventaja de limpiar perfectamente con agua y jabón cuando se emplea en el cuero cabelludo de niños atacados de eczemas, pitiriasis, etc.

Hecha esta breve descripción de los antisépticos más usuales, veamos ahora las formas en que se pueden emplear.

La observación ha demostrado que la acción de un agente medicamentoso no es la misma en las distintas preparaciones farmacéuticas en que puede administrarse.

Unna decía : « La façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne ».

Estas formas son múltiples y varían según que el medicamento sea líquido o soluble en el agua o que sea sólido.

MODOS DE APLICACION DE LOS ANTISEPTICOS BAJO
FORMA SOLUBLE O EN SUSPENSION EN LOS
LIQUIDOS

Tenemos en el baño, un medio sencillo y cómodo de hacer, no solamente la higiene y la asepsia de la piel, sino el tratamiento de muchas dermatosis, agregando al agua antisépticos solubles.

Los baños de sublimado dan muy buenos resultados en las afecciones parasitarias y en algunos casos de sífilis. A la dosis de 15 a 30 gramos por baño se usan en el tratamiento de las pediculosis, ectima, etc.

Los baños de alquitrán han sido aconsejados en Alemania. Leistikow usa el método siguiente. Unta todo el cuerpo con esta mixtura :

| | |
|---------------------------|----------|
| Alquitrán de hulla | 3 partes |
| Alcohol a 95° | 2 partes |
| Eter sulfúrico | 1 partes |

Después de desecada, hace tomar al enfermo un baño de media hora.

Dubois y Oltramare han aplicado en gran escala baños que contienen 250 a 300 gramos de ictiol. Según la susceptibilidad, aumentan su duración desde un cuarto de hora hasta seis horas.

Han obtenido por este método muchas curaciones en casos de sarna, piodermatitis generalizadas, etc.

Conocidas son las propiedades germicidas del azufre ; de donde el uso de los baños sulfurosos en dermatología.

He aquí la fórmula de Baréges para preparar estos baños.

| | | |
|-----------------------------|------|---------|
| Carbonato de sodio | } aa | |
| Cloruro de sodio | | 30 grs. |
| Monosulfuro de sodio | | 60 grs. |

(Para 1 baño)

El polisulfuro de potasio se usa a la dosis de 30 a 100 gramos por baño, asociado lo más a menudo al almidón, la gelatina, el carbonato de sodio.

Las lociones pueden ser simples o medicamentosas ; sólo nos interesan estas últimas.

La composición del líquido empleado y la manera de aplicarlo, varía con la dermatosis a tratar.

Se puede servir de la esponja para hacer las lociones a condición de que sean muy limpias ; es mejor usar un género de hilo hervido o algodón hidrófilo.

Es necesario hacer estas lociones con mucha suavidad cuando los tejidos están inflamados y una

vez concluído secar la parte enferma y recubrirla de gasa. Cuando la piel está sana puede hacerse con más violencia de manera a hacer en realidad fricciones.

En esta forma son aplicables algunos antisépticos enérgicos, cuyo contacto prolongado con los tejidos sería perjudicial, como el ácido fénico, el bicloruro, la resorcina, etc.

La pulverización se usa mucho en las afecciones de la piel recubiertas de costras e impurezas y para calmar la inflamación y los dolores.

Se ha hecho de un empleo corriente, por la fabricación de pulverizadores a mano del tipo del que se emplea para la anestesia local por éter.

Por último, se puede aplicar los antisépticos líquidos bajo la forma de fomentos.

Se usará al efecto gasas mojadas en la solución elegida o simplemente trozos de género de hilo hervidos, que se aplicarán sobre la superficie enferma, recubriendo todo con una tela impermeable.

Las fomentaciones con envoltura impermeable dan excelentes resultados, pues manteniendo la humedad continua, maceran la piel, provocando la caída de sus elementos de eliminación retenidos en forma de costras, escamas, etc.

La envoltura impermeable es un método de origen francés, ideado por el doctor Colson y llevado

por Hardy al Hospital San Luis. En su origen, sólo se aplicaba una tela de caucho delgada, directamente sobre la piel. En esta forma se ensuciaba rápidamente con la transpiración y los productos de eliminación, por lo que se hacía necesario sacarla y jabonarla cuidadosamente antes de volverla a aplicar.

Como en algunos enfermos, en los que la capa córnea estaba alterada en gran extensión, la tela de caucho era mal tolerada, se empezó por interponer entre ella y la piel varias capas de gasa y algodón para suavizar su aplicación.

Constituída de este modo la curación por envoltura impermeable, se pensó en colocar no ya las gasas y algodones secos, sino embebidos en soluciones medicamentosas, dando origen así al fomento.

Hemos visto los peligros de absorción de los medicamentos usados en esta forma y hemos dicho también que el ictiol es el antiséptico de elección para esta clase de curaciones.

MODOS DE EMPLEO DE LOS MEDICAMENTOS NO SOLUBILIZADOS

La forma más simple es la aplicación de los medicamentos al estado de polvos, reducidos a partículas tan pequeñas como sea posible.

Dentro del grupo de los antisépticos, son usualmente aplicados en esta forma el yodoformo, el aristol, el calomel, el dermatol, etc. Se pueden usar solos, combinados o agregados en proporciones variadas a polvos inertes, ya sea vegetales o minerales, como los polvos de talco y el óxido de cinc.

Estos polvos antisépticos que no fermentan a la humedad como los de origen vegetal, son mucho más secantes y constituyen los aisladores por excelencia.

Agregando estos principios activos a las pomadas en proporciones y combinaciones variadas se tendrá infinidad de fórmulas aplicables al tratamiento de las enfermedades de la piel.

El excipiente de estas pomadas, formado de cuerpos grasos, tiene su influencia sobre los tejidos cutáneos. Determina la retención de las secreciones y hace que las células epidérmicas se hinchen.

Aumenta de esta manera el poder de absorción de la piel, permitiendo al principio activo, actuar más profundamente.

Para su fabricación se puede emplear grasas animales, vegetales o minerales solas o combinadas, a fin de darles la consistencia deseada.

La glicerina, que es un producto de la saponificación de los aceites, entra en la composición de los glicerolados y de una infinidad de cosméticos.

Agregando a los cuerpos grasos una materia resinosa, se tiene los unguentos que son de una consistencia mayor que la de las pomadas y se conservan más tiempo sin alterarse.

Las pastas, introducidas en las prácticas dermatológicas por Lassar y Unna, son preparaciones compuestas de una mezcla de grasa, glicerina, aceite y polvos; no encierran resinas como los unguentos

No se oponen como las pomadas a la transpiración y no tienen el mismo grado de acción irritante. Muchas veces, se produce con el uso de pomadas anodinas, la agravación de dermatitis agudas; basta a menudo transformar la pomada en pasta, aumentando en el mismo tóxico que las ha irritado la proporción de polvos inertes, para obtener un producto antiflogístico, descongestionante y muy bien tolerado.

Otra forma práctica de administrar un antiséptico, es haciéndolo entrar en la formación de jabones. Se prepara preferentemente jabones duros a base de soda, a los que se incorpora el principio activo. Existen en el comercio jabones medicinales a base de alquitrán, naftol, ictiol, resorcina, ácido salicílico, ácido bórico, petróleo, bicloruro de mercurio, azufre, creolina, etc.

Todos estos medicamentos se vuelven más enér-

gicos usados en esta forma, por la propiedad que tienen los jabones de atravesar la epidermis. Dan excelentes resultados en muchas enfermedades parasitarias.

Para combatir y curar la pitiriasis rosada de Gibert, basta en la mayoría de los casos el uso de jabones potásicos que contengan ácido salicílico, naf-tol o resorcina.

En las erupciones pustulosas, impétigo contagioso, psicosis simple, forunculosis y en una palabra, en todas las afecciones estafilo-estreptocóccicas que se aproximan al período de curación, prestan grandes servicios, pues al descamar las partes superficiales de la epidermis, hacen un verdadero barrido de microbios.

Los jabones yodurados y con crisarobina, ejercen una acción muy favorable en la tricoficias y en la pitiriasis versicolor.

CAPITULO II

Origen. — Propiedades y Modos de empleo

El ictiol es una substancia negruzca o pardo-amarillenta, viscosa, de un color semejante al del petróleo y de un sabor oleoso desagradable.

Según V. Fritsch, es un residuo de materias orgánicas descompuestas, principalmente del pescado.

Se obtiene por la destilación de una roca bituminosa llamada «stinskstein», que se encuentra en las inmediaciones de Seefeld (Tirol), descubierta en 1882.

El producto de la destilación se trata por el ácido sulfúrico, resultando una materia blanda de consistencia análoga a la de la vaselina y semejante al alquitrán. Una vez que el calor producido por la mezcla ha desaparecido, se echa todo en agua; se forman tres capas: la primera es de aceite no atacado, la segunda es el ictiol que se aísla y la tercera ácido sulfúrico impuro.

No queda más que neutralizar con soda, potasa o amoníaco, para obtener el producto usado corrientemente en terapéutica.

El nombre de ictiol, con que se designa indiferentemente el producto simplemente sulfonado y las sales de soda, potasa y amoníaco, no tienen ninguna precisión. Sería preferible, aunque no se trate de una especie química bien definida, llamar a este derivado sulfonado, ácido ictio-sulfónico o por abreviación ácido ictiólico; la saleserian ictiolatos.

Contiene gran cantidad de oxígeno, carbono, hidrógeno, indicios de fósforos y una fuerte proporción de azufre, a la que debe en gran parte sus propiedades terapéuticas (10 por ciento según Nothnagel y Rosbach).

Difiere del alquitrán en que puede emulsionarse en el agua, siendo soluble en el éter y el alcohol. Puede mezclarse en cualquier proporción a la vaselina y al aceite.

En estos últimos años, se ha introducido en terapéutica dos productos nuevos derivados del ictiol.

Estos productos son: primero la anitina y los anitoles. Segundo la ictalbina.

Anitina — Los ictiosulfatos de sodio, potasio y amoníaco, son solubles en el agua. Si se saca a estos productos neutralizados, las substancias solu-

bles en el alcohol, el residuo que se obtiene no se disuelve más en el agua.

Se ha concluído de ésto que la materia sacada por el alcohol podía comunicar a ciertas substancias insolubles en el agua, la facultad de disolverse en este vehículo.

Esta materia especial, sacada por el alcohol, ha sido llamada por Helmers anitina. Helmers llama anitoles todos los productos vueltos solubles en el agua, por la anitina.

Un anitol es pues, la mezcla de la anitina con ese cuerpo solubilizado.

Se llama cresol-anitol, la mezcla de anitina y de cresol.

Se llama guayacol-anitol, la mezcla de anitina y de guayacol.

Se llama eucaliptol-anitol, la mezcla de anitina y de eucaliptol.

El cresol-anitol, ha sido preconizado por Kogler, en untados contra la erisipela. Loffler, lo recomienda para la desinfección de las manos del cirujano, y para el tratamiento local de la difteria.

Ictalbina — Es una combinación de ictiol y de albúmina, preparada por Victh y llamada también albuminato de ictiol.

Se prepara mezclando una solución acuosa de ictiol con una solución también acuosa de albúmina.

Se obtiene un precipitado que se lava al alcohol, después al agua y se seca. Es un polvo fino, grisáceo, inodoro e insípido que contiene 40 por ciento de ictiol.

Administrado al interior, no presenta el inconveniente del ictiol; se descompone en el intestino, favoreciendo las evacuaciones albinas, estimulando el apetito y mejorando la nutrición.

Según Wolffberg, la ictalbina podría ser empleada con éxito, en terapéutica ocular (iritis, glaucoma, traumatismos e inflamaciones de la córnea).

El ictiol tiene propiedades antisépticas, sobre todo contra el estreptococo piógeno. Por su carácter de reductor goza de propiedades analgesiantes, descongestionantes y keratoplásticas. La acción keratoplástica resultaría según Unna, de la sustracción más o menos lenta del oxígeno a las diversas capas de la piel, o sea, la reducción.

Resultaría así un espesamiento de la capa córnea a expensas de las células espinosas superficiales. Según experiencias de Bauman y Schrotten, el ictiol es muy poco tóxico. A la dosis de 12 a 20 gramos en el perro, no provoca más alteración que una simple diarrea.

La dosis terapéutica es cuando se administra al

interior 2 gramos en el adulto y 0.20 a 0.30 ctgs. en los niños.

En estos casos, puede darse en píldoras o cápsulas de 0.25 ctgs. cada una.

Unido a la glicerina es de un uso frecuente en ginecología, en forma de tapones de algodón untados en esta glicerina ictiolada.

Entra también en la composición de muchas marcas de óvulos que se encuentran en el comercio.

Para el tratamiento de fisuras del ano y de hemorroides ulcerado, se prepara supositorios, según la fórmula siguiente :

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Ictiol..... | 0.15 a 0.20 ctgs. |
| Cera blanca..... | 0.50 ctgs. |
| Manteca de cacao..... | 3 gramos |

(Para un supositorio)

Se ha llegado ha inyectarlo en el hipodermis, aunque esta forma ha sido siempre muy poco usada.

| | |
|-----------------------|-------------|
| Ictiol | 0,30 ctgrs. |
| Agua destilada | 10 grs. |

(Para inyectar un c. c.)

Para el tratamiento externo de la dermatosis son múltiples las formas en que se puede aplicar.

Hemos hablado ya de los baños ictiolados. Se prepara un jabón al ictiol que contiene 20 a 50 por ciento de este producto.

Puede entrar en cualquier proporción en la formación de pomadas, pudiendo elegirse como excipiente, cualquiera de los usuales (vaselina, lanolina, axonge). Entra la preparación de traumaticinas y películas que sirven como protectores de la piel en muchas dermatosis. Una de las más usadas es la película Géce.

Pero la forma en que se lo usa más comúnmente y de la que más beneficios se obtiene, es en solución acuosa al 10 por mil, con la cual se hacen fomentaciones sobre las superficies lesionadas, varias veces al día.

CAPITULO III

Indicaciones y Observaciones clínicas

Si fuera eficaz en todas las enfermedades en que ha sido empleado, sería el ictiol una verdadera panacea. Por desgracia no es así, y salvo indicaciones especiales, su uso no presenta ventajas sobre otros medicamentos, principalmente cuando se lo administra al interior.

Se lo ha usado contra los dolores reumáticos y musculares, con resultados variables. Freund lo recomendaba vivamente en el tratamiento de enfermedades inflamatorias del aparato genital de la mujer. Gade lo ha empleado contra la nefritis y la diabetis; Hoffman y Lange como antituberculoso y antiescrofuloso.

Bouchareff, que ha escrito sobre este producto una larga memoria, dice que carece en absoluto de valor como medicamento interno.

Es larga también la lista de enfermedades que se ha querido curar con él, aplicándolo localmente. Ya en el año 1883 era preconizado por Unna en el tratamiento de los eczemas y sobre todo de los eczemas circunscriptos de los brazos y manos. Con menos éxito se administró también contra la psoriasis, el liquen y el prurigo.

Hemos visto el empleo frecuente que han hecho Dubois y Oltramare de los baños ictiolados para curar la sarna. Por la fuerte proporción de azufre que contiene el ictiol, muchos dermatólogos han querido aplicarlo en afecciones en que aquel se mostraba eficaz; en las distintas variedades de acné da a menudo buen resultado administrado en pomadas; en la couperosis a piel lisa o escamosa con tendencia a la congestión, Unna aconsejaba emplearlo en pequeñas dosis. En cambio, en la couperosis acneica, botones de acné sobre fondos tumefactos rojos, con epidermis espesa, sin tendencia a eczematizarse, aconsejaba aumentar progresivamente las dosis hasta llegar a la proporción de 10 por ciento.

Sería osado pretender que esta serie de afecciones de etiología tan variada, se curara con un solo y único agente. Lejos de ésto, creemos que en todas ellas el ictiol es de escasa utilidad. Pero es que, como todos los medicamentos, tiene indicaciones especiales que es necesario conocer. Es en

el tratamiento de las úlceras varicosas, donde ejerce una acción eficacísima ; es excelente en todas las piodermitis e inmejorable también en las quemaduras.

El éxito depende en gran parte de la forma en que es aplicado ; agregado a pomadas, no se muestra muy superior al aceite de cade y otros agentes, pero sí, cuando se emplea en fomentos continuos hechos con la solución acuosa al 10 por mil.

Úlceras varicosas -- Si hay una lesión que abunda en las salas de dermatología y servicios de cirugía, es la úlcera varicosa de la pierna.

Muchos enfermos son negligentes al extremo y no se resuelven a hospitalizarse sino cuando la enfermedad llega a un grado muy avanzado, o cuando la fetidez de la lesión la hace inaguantable. Internados ya, se los mantiene en reposo y se les aplica uno de los tantos tratamientos de curación imaginados y sólo se consigue la mejoría con una lentitud desesperante. Pero es harto sabido que pasado algún tiempo, ese enfermo volverá nuevamente con otra úlcera y que cada vez la curación será más laboriosa.

Doyer denominaba a estos enfermos, cuyas lesiones llegan a veces a hacerse repugnantes, con la expresión de «vermine des hôpitaux».

Los tratamientos médicos imaginados para curar la úlcera varicosa son innumerables ; el número de los quirúrgicos, aunque más restringido, es también considerable. Esta misma abundancia de tratamientos habla bien claro de su poca eficacia.

Como tratamiento médico, se ha usado cuanto substancia antiséptica y keratolítica se conoce, aplicadas en diferentes formas. Las pomadas eternizan la curación y no impiden la pululación de gérmenes piógenos que existen en ellas. Sucede otro tanto con los polvos, entre los que se ha usado con poco éxito el yodol, aristol, subcarbonato de fierro, peróxido de cinc, etc.

Las curaciones húmedas permanentes han sido las más indicadas, pero hemos visto que en esta forma no eran tolerados muchos de los antisépticos de algún poder.

La compresión elástica de los miembros atacados, es un tratamiento que presta algunos servicios a título de coadyuvante de otras medicaciones, cuando no se puede impedir al enfermo que atienda sus ocupaciones, pero presenta un inconveniente, y es que en los enfermos de hospital, los más atacados por la enfermedad, su adquisición implica un sacrificio.

Los tratamientos quirúrgicos han sido clasificados por Cailleton en dos grandes grupos, según

que se trate de operaciones hechas sobre las úlceras o fuera de ellas.

Operaciones hechas sobre las úlceras :

- 1º—Incisión circunferencial.
- 2º—Método de las escarificaciones.
- 3º—Método de los ingertos :
 - a) Epidérmicos.
 - b) Dermœpidérmicos.
 - c) Cutáneos.
- 4º—Autoplastia.

Operaciones hechas fuera de las úlceras :

- 1º—Intervenciones sobre la safena interna :
 - a) Ligadura simple.
 - b) Sección entre dos ligaduras.
 - c) Resección única.
 - d) Resección múltiple.
 - e) Resección total.
- 2º—Alargamiento de los nervios.
- 3º—Disociación fascicular del nervio ciático.
- 4º—Incisión circunferencial de la pierna.

Todos estos procedimientos tienen el inconveniente de respetar y dejar intactas las terminacio-

nes nerviosas atacadas de neuritis y capaces de mantener alteraciones tróficas de la piel.

No vamos a ocuparnos de los detalles de su ejecución ni a estudiar el proceso de la curación que traen aparejados. Diremos solamente que con todos ellos la curación es bastante larga y que ninguno de ellos evita las recidivas. Vemos con mucha frecuencia enfermos que presentan señales evidentes de una intervención quirúrgica, solicitar una cama para curarse de nuevas ulceraciones.

Imposibilitados por ahora, para asegurar la ausencia de recidivas, cualquiera que haya sido el tratamiento, debemos elegir entre éstos los más sencillos y los que más rápidamente reparan la lesión.

En el servicio del doctor Ghiso, del Hospital Rivadavia, se sigue desde hace muchos años un procedimiento que se aproxima mucho a este ideal.

· Consiste en la fomentación continua con la solución acuosa de ictiol al 10 por mil.

· Sobre un total de 150 enfermos, en los últimos cinco años tratados por este procedimiento, la duración media de la enfermedad ha sido de 32 días.

Como todas las historias clínicas de úlceras varicosas son muy análogas, me limitaré a citar solamente tres, que evidencian, como todas, la gran eficacia del medicamento.

OBSERVACION I

S. P., 43 años, española, soltera, cocinera.

Desde los 14 años, sufre alteraciones de ambas piernas, que se traducen poco tiempo después, por dilataciones varicosas muy extendidas. Estas várices dan origen a una úlcera varicosa de la pierna izquierda, rebelde a los tratamientos médicos, por lo que se resolvió practicar la resección total de la safena interna. A pesar de ello, la úlcera sigue su evolución, agravándose cada día más. Se le hacen escarificaciones y curaciones tópicas con tintura de iodo, nitrato de plata, etc., sin obtener mejores resultados. En estas circunstancias ingresa al hospital, en marzo 15 del corriente año. La úlcera se había extendido de tal manera, que abarcaba en altura desde los maleolos hasta el tercio superior de la pierna y en ancho, casi toda la circunferencia del miembro.

La piel y el tejido celular, habían desaparecido en toda esta extensión, dejando los planos profundos al descubierto. Se le practica el tratamiento con la solución acuosa de ictiol al 10 por mil, en forma de fomentaciones continuas y se mantiene la enferma en reposo. Pocos días después se inicia la cicatrización en forma tan rápida que a los dos me-

ses de instruido el tratamiento, la enferma es dada de alta.

OBSERVACION II

F. H., italiana, casada, 65 años. Antecedentes sin importancia. Dice haber sido sana hasta la enfermedad actual.

Esta se manifestó hace cinco años, con la aparición de una úlcera en la pierna derecha, en el tercio inferior de la cara interna.

Ingresó al hospital donde fué tratada en la misma forma que la enferma de la observación anterior, curando en dos meses y siendo dada de alta sin haber tenido recidivas, hasta el 1º de mayo del corriente año, en que solicita ser admitida nuevamente en el servicio. Presentaba entonces una ulceración que databa de quince días antes, de 10 centímetros de circunferencia, aproximadamente. Se instituye el tratamiento con solución acuosa de ictiol y cura perfectamente en el término de 13 días, siendo dada de alta el 15 de mayo.

OBSERVACION III

B. L., española, 70 años, viuda. Ha tenido 14 hijos. Antecedentes personales sin importancia.

A la inspección se ven pequeños paquetes varicosos en los miembros inferiores. Hace 3 años a consecuencia de un golpe, se produjo una ulceración en la parte niterna del tercio inferior de la pierna izquierda, que lejos de curarse con los tratamientos médicos que se le hicieron, fué aumentando de extensión hasta llegar al tamaño que presentaba el 15 de marzo, día de su ingreso al hospital. La ulceración se extendía desde los maleolos hasta el tercio medio de la pierna; presentaba un fondo sanioso, fétido, con brotes exuberantes que sangraban con facilidad, lo que tratándose de una enferma de edad tan avanzada, hacía temer una degeneración epiteliomatosa. A las 48 horas de aplicados los fomentos ictiolados, la fetidez desapareció, los brotes carnosos se hicieron de mejor aspecto y se inició la cicatrización hasta llegar a la curación completa el 10 de junio, es decir, tres meses después de su ingreso al servicio.

QUEMADURAS

Las quemaduras dan lugar por su reparación a la epidermización de una superficie cutánea. Esta epidermización trae como consecuencias: 1º la larga duración de la evolución total del proceso re-

parador ; 2º el aspecto antiestético de las cicatrices y la posibilidad de alteraciones funcionales, sea sobre los miembros o un órgano de los sentidos.

Todo tratamiento en las quemaduras, debe sujetarse a los principios de asepsia, de anestesia, de brotamiento normal de las heridas, tendiendo a más a la formación de una epidermis de cicatrización que sea lisa, blanda y vascularizada como lo es la epidermis normal.

Hasta fines del siglo XVIII, todos los tratamientos hechos eran puramente empíricos. Las substancias más variadas y fantásticas eran usadas : las cataplasmas de papas y de cebollas con sal, de Ambrosio Paré, estaban muy en boga.

Fabrice de Hilden, Boerhaave y Van Swieten, encuentran una relación entre las quemaduras y las inflamaciones en general y las tratan como a los flemones por purgas y antiflogísticos verdaderos.

El linimento oleo-calcario empezó a usarse desde la época de Lemery y Vaucouleurs, siendo muy estimado por estos autores. Se sangraba también sistemáticamente a todo quemado.

Recién en el siglo XVIII aparece con Edward Kentish, el primer tratamiento racional de estas lesiones.

Este autor condenó enérgicamente la sangría, se abstuvo de tener a dieta los quemados como se

hacia hasta entonces, prescribía alcohol, quinina y láudano.

Bajo el punto de vista local, trataba las heridas con aceite de trementina que por sus propiedades anestésicas, calmaba los dolores. El opio en tintura caliente reemplazaba la trementina desde el segundo día.

Dupuytren hizo mucho por las heridas brotantes y supurantes, así como por la reparación de las cicatrices viciosas.

El nitrato de plata fué empleado por Hieebottom, a quien dió buenos resultados.

Hebra introdujo el baño caliente. Este sistema fué muy empleado en Alemania por la reducción de los dolores que eran su consecuencia.

Las quemaduras fueron tal vez la última categoría de heridas a las que se aplicó el método antiséptico.

La curación de Lister, el aceite y la vaselina fenicada, fueron empleados sucesivamente. El aceite fenicado al 2 por ciento empleado por Bush, el óxido de cinc, el agua fenicada al 2 por ciento, el salol, el cloral son a su vez empleados.

Estos tratamientos dieron seguramente mejores resultados que los anteriores, pues suprimieron, en parte a lo menos, las supuraciones interminables, las linfangitis y la erisipela.

La curación al subnitrate de bismuto fué empleada por Bardeleben. Bidder preconizó después el empleo del tiol. El ácido pícrico fué introducido en el tratamiento de las quemaduras por Thierrey. Esta substancia que es un antiséptico, un analgésico y que tiene además propiedades keratoplásticas, da a menudo buenos resultados.

El abuso que se hizo de antisépticos mal tolerados, muchos de los cuales provocaban dermatitis en vez de reparar las lesiones, hizo que se pensara en sustituir la antiseptia por la asepsia en el tratamiento de las quemaduras.

Madame Nageotte en su tesis de 1893, aconseja la desinfección de las heridas con ayuda de la anestesia general. Esta desinfección debe hacerse como la de un campo operatorio, con jabón y compresas estériles. Un lavado con alcohol y en seguida con éter completan la curación.

Los accidentes causados por la aplicación al nivel de quemaduras extendidas de substancia como el iodoformo, hizo que muchos clínicos como Moliere en 1889, volvieran al linimento oleo-calcáreo.

Se ve pues, que el tratamiento antiséptico es el más indicado en estos casos, y que la dificultad estriba en encontrar la substancia que reuna las condiciones de desinfección y brotamiento, es decir, de reparación que enumeramos al principio.

Creemos que el ictiol las reúne y que debe preferirse en las quemaduras a casi todas las substancias empleadas con este fin.

Damos a continuación solamente dos observaciones clínicas, que ponen de relieve la acción eficazísima del ictiol en estos casos.

OBSERVACION IV

A. R., argentina, 17 años, soltera, mucama. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Salvo afecciones propias de la infancia, no ha estado enferma hasta la época en que sufrió el accidente. El 5 de febrero de 1915, deseando calentar agua vertió alcohol sobre un calentador no bien apagado. El líquido se inflamó y roció los vestidos de la enferma que asustada echó a correr.

Cuando fué auxiliada, se encontró que presentaba una extensa quemadura en el brazo derecho. Llamado un médico vecino, éste tuvo necesidad de recurrir a la morfina para calmar los dolores, y aplicó localmente, según dice la enferma, un líquido aceitoso. El 8 de febrero se presenta a la sala. Después de muchas dificultades para descubrir el brazo, pues las curaciones anteriores se habían secado en parte, se constata una superficie quemada

que se extiende desde la mano hasta el tercio superior del brazo del lado derecho.

El aspecto de la quemadura era el siguiente : la mano edematizada, presentaba una serie de ampollas de varios tamaños, algunas extendidas, varias llenas de serocidad opalina, la mayoría presentaba solo la epidermis por haberse vaciado ; algunas de ellas habían perdido la cutícula. En el brazo existía una quemadura de segundo grado ; se encontraba cubierta de ampollas con contenido opalino ; una de ellas, tenía como 10 cts. de largo. En la cara anterior, varias ampollas del tamaño de una aceituna, con contenido hemorrágico.

En la periferia de la zona quemada existía un eritema, que por su parte superior llegaba hasta el hombro.

Temperatura 37°5. Orinas normales.

Después de vaciar todas las ampollas, se inició el tratamiento con amplias fomentaciones de agua ictiolada al 10 por mil, renovadas tres veces al día y recubiertas de tela impermeable y talco esterilizado en la periferia de la zona quemada. La sedación completa tuvo lugar a las 24 horas. Cuatro días después se veía una amplia superficie escoriada sin rastro de pus y sangrando fácilmente ; no había dolor ni temperatura. Once días de dichas fomentaciones bastaron para que la cicatriza-

ción de la zona escoriada se produjera. Tres días después se espolvorea la superficie con talco esterilizado y la enferma deja su vendaje.

OBSERVACION V

M. P., italiana, 41 años, cocinera. Sin antecedentes de enfermedades cuando niña.

Antecedentes hereditarios buenos. Tuvo tifoidea a los 20 años; casó a los 17 y tiene tres hijos sanos. Esposo aparentemente sano.

El 2 de junio de 1915 sufre una quemadura extendida en la pierna y pie derechos y en el pie izquierdo. Al querer vaciar una cacerola llena de caldo hirviendo, se le derramó y produjo la quemadura.

Llamada la Asistencia Pública, el médico le coloca gasas mojadas en ácido pícrico. A los pocos días, por indicación de un farmacéutico, se le colocó una pomada que le ardía mucho; por distintos consejos, usó varias pomadas y polvos, pero como no mejoraba, acudió al servicio del Hospital Riva-davia.

Se constata entonces una lesión que sólo podía calificarse de piodermatitis medicamentosa, séptica, fé-tida, y extendida desde la rodilla hasta el pie dere-

cho; el pie izquierdo presentaba la misma lesión en el dorso y borde externo, con propagación al cuello del pie.

Sólo puede verse una superficie irregular, supurante, donde existen restos de pomadas y polvos, formando costras, las que comprimidas dejan salir pus por los bordes. En algunas zonas existen claros de piel excoriada supurante. Sobre la pierna derecha y extendiéndose al muslo, existe una zona eczematizada húmeda que sobrepasa la rodilla; sobre el muslo y abdomen existe un eritema. La enferma sólo tiene 37° de temperatura y se ha adelgazado bastante.

En la orina hay solamente vestigios de albúmina. Como la enferma no quería ingresar al hospital, se la trata en su casa con fomentaciones de agua ictiolada al 10 por mil sobre toda la zona quemada, y se protege con talco toda la región eczematizada y eritematosa. Al día siguiente ya había desaparecido la fetidez; la enferma no se quejaba; sobre la curación existían varias costras caídas y pus abundante. Cuatro días después, la enferma se alimenta bien; no hay reacción dolorosa, quedan algunas costras de pomadas desecadas y el resto es una superficie limpia, roja, escoriada, cubierta de brotes rojos que sangran al retirar la curación.

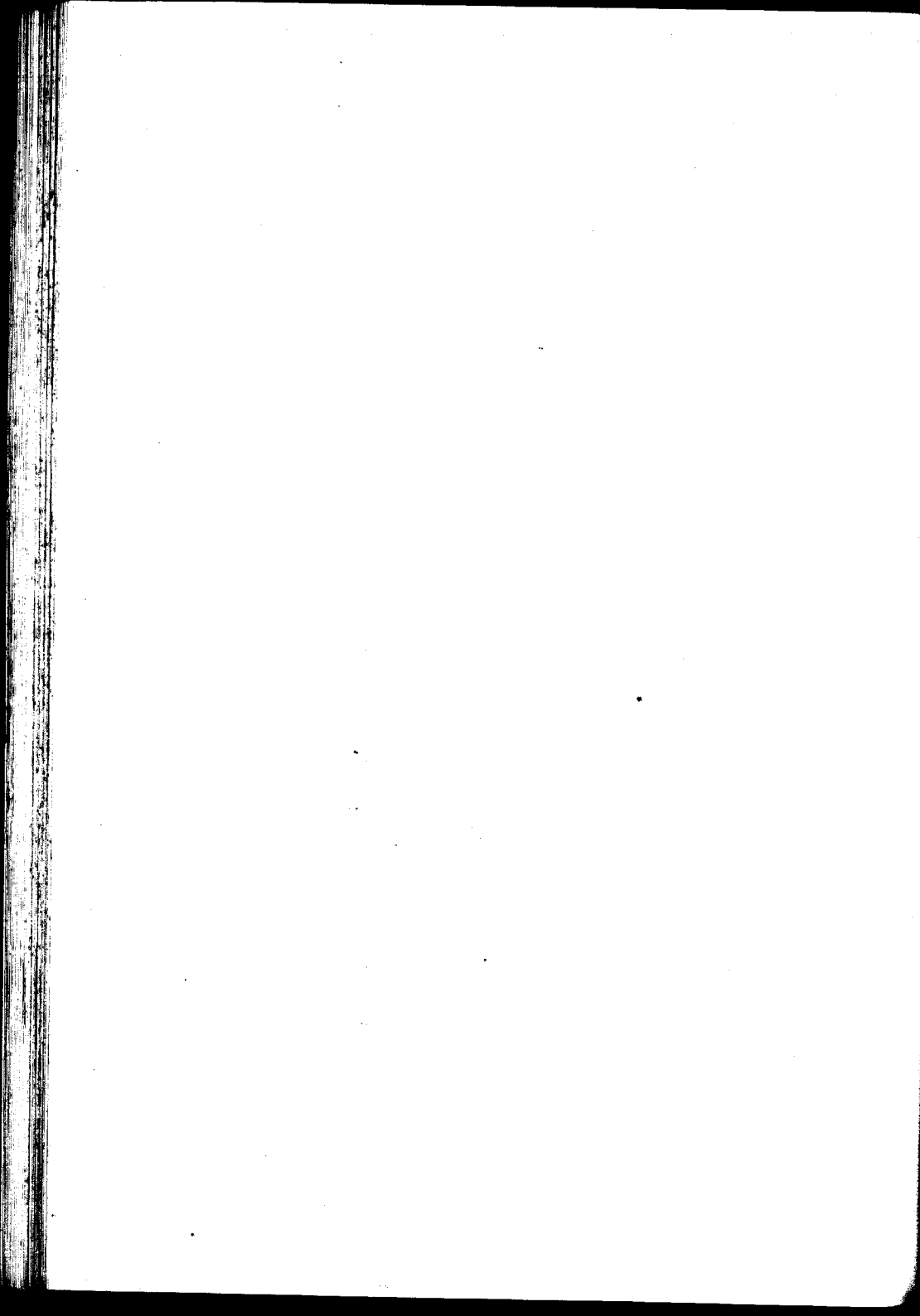
A la semana, ya no había costras, el eczema y

eritema habían desaparecido y sólo quedaba la superficie quemada roja, cubierta de finos brotes limpios, los que cicatrizaron por la acción keratoplástica del ictiol, después de 18 días de tratamiento.

Hacer una relación por breves historias, de los muchos casos que hemos visto curar en el servicio de piel del Hospital Rivadavia, está fuera de nuestro propósito. Los pocos casos anotados son sacados de entre los muchos atendidos y fácil sería demostrar la acción eficaz del ictiol en solución acuosa al 10 por mil y en forma de fomentaciones, en otras múltiples lesiones de la piel donde sea necesario destruir la flora de gérmenes saprófitos externos, para que la acción reparadora natural del organismo se haga libremente unida a la eficaz ayuda keratolítica del ictiol. Así, al par que produce una pronta cicatrización de las úlceras varicosas y quemaduras, es igualmente de gran utilidad en los eczemas, foliculitis autracosas, impétigos, lesiones traumáticas de la piel infectadas secundariamente, gomas ulcerados y algunos eczemas impetiginosos donde sea necesario, una acción antiséptica local externa prolongada.

ARMANDO LOPEZ.





Buenos Aires, Junio 15 de 1916.

Nómbrese al señor Académico doctor Baldo-
mero Sommer, al profesor titular doctor Pedro Be-
nedict y al profesor suplente doctor Pedro Baliña,
para que, constituidos en comisión revisora, dicta-
minen respecto de la admisibilidad de la presente
tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la « Ordenanza
sobre exámenes ».

E. BAZFERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.

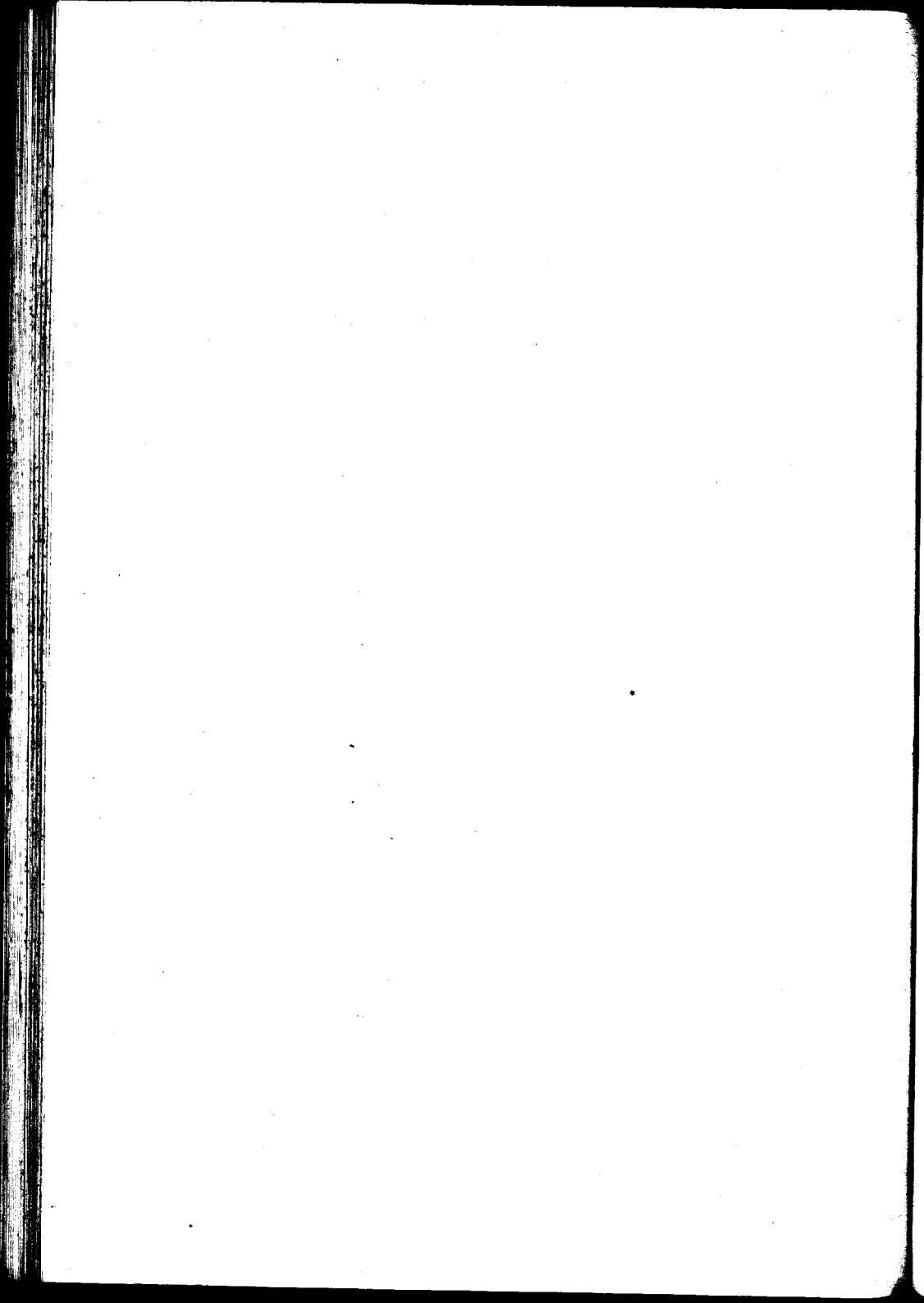
Buenos Aires, Junio 30 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la
aceptación de la presente tesis, según consta en el
acta núm. 3170 del libro respectivo, entréguese al
interesado para su impresión, de acuerdo con la
Ordenanza vigente.

E. BAZFERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.

30528



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Las quemaduras graves hay que tratarlas por medio de la asepsia bajo anestesia.

B. Sommer.

II

¿Debe eliminarse de la dermatología el nitrato de plata ?

Benedit.

III

En el tratamiento de las úlceras varicosas, el factor reposo, prima sobre las ventajas de los medicamentos empleados.

P. Baliña.

