

Los pequeñísimos restos de caduca que después del raspado digital pueden quedar en el útero, son desprendidos por el escobillón, y si alguno se escapa, sale pegado a la gasa del taponamiento al retirar éste a las 24 horas.

**Infección.** Los restos del tejido placentario y decidual infiltrados de sangre coagulada, presentan terreno abonado a la pululación de gérmenes que infectan y complican un aborto incompleto, ya en forma de aborto pútrido (anaerobios) o de aborto séptico (estreptococos). La temperatura, el pulso, el flujo pútrido o seropurulento de olorroso, bastan para iniciar el diagnóstico y una exploración lo comprueba y traza a la vez la conducta a seguir.

1.º Cuello permeable al dedo, tacto intrauterino que comprueba la retención de cantidad apreciable de tejidos ovulares: indicación de raspado digital cuidadoso y lo menos traumatizante posible, taponamiento poco apretado con gasa empapada en esencia de trementina.

2.º Cuello no permeable pero dehiscente, útero grueso y blandujo, movable sin síntomas de pelviperitonitis, ni pelviperitonitis: indicación de raspado digital (y a la vez exploración) previa dilatación cervical-técnica igual que en el caso anterior.

3.º Cuello dehiscente, útero que por su volumen no hace sospechar retención importante o bien cuando existen ya síntomas de infección transuterina (pelviperitonitis, peritonitis, septicemia): bastención de toda maniobra.

En los dos primeros casos si la intervención no suprime los síntomas de infección y siempre en el tercer caso, se aplicará el tratamiento general que cada práctico estime más eficaz contra un estado infeccioso que no tiene tratamiento específico y sobre lo que no podemos entrar en detalles.

**Aclaraciones.** El práctico no deberá intervenir nunca en los casos de aborto, a no ser por indicación precisa sentada por las complicaciones que hemos expuesto. Si no es en estas condiciones, será preferible siga el *método de tratamiento expectante*, tal como aconseja BUMM: reposo en cama, ergotina (con prudencia) y atenta observación de temperatura y pulso. En la inmensa mayoría de los casos las contracciones uterinas expulsan todo el contenido de la cavidad y el aborto se termina sin complicaciones.

El taponamiento después del raspado digital o instrumental es discutible; nosotros creemos que nunca es nocivo y lo aconsejamos al práctico que tanta necesidad tiene de reposo y el que por pequeñas pérdidas de sangre con tanta facilidad es llamado durante la noche que sigue a la intervención. Con el taponamiento dormireis tranquilos y más bien beneficiareis a vuestra enferma, evitándole posibles hemorragias.

Siempre debéis procurar proceder sin precipitaciones: *buena asepsia, técnica metódica y reglada*, es la manera de obrar rápida y científicamente. Lo que hace el especialista en tales casos, podeis hacerlo los médicos todos; es más, debéis saber hacerlo. Los problemas de urgencia en medicina, deben resolverse donde está el enfermo; todo médico debe tener sobre ellos ideas claras, traducidas llegada la ocasión en prácti-

ca precisa. ¡Ojalá la enseñanza general de la medicina, la formación del médico práctico, se inspirara siempre en tales principios!

## CONCEPTO Y TRATAMIENTO DE LOS ECZEMAS

por el doctor

**ANTONIO CARRERAS**

El eczema es una de las erupciones que, por su frecuencia y por su relación íntima con el estado general del enfermo portador del mismo, es de interés capital que todo médico lo conozca y lo trate correctamente. Las distintas formas clínicas que presenta, según los individuos, edades, localizaciones y causas determinantes hacen que el concepto sobre el eczema haya variado según que los dermatólogos hayan aplicado para su estudio un criterio unilateral clínico, etiológico o anatómo-patológico. Así nos encontramos con las dos tendencias principales: de la Escuela localista de Viena, que considera el eczema como un fenómeno esencialmente local, y la Escuela francesa con BESNIER al frente, que consideran el eczema como una enfermedad, reflejo siempre de un estado dietésico o de predisposición del individuo.

Es el eczema una erupción esencialmente vesiculosa, apesar de que esta vesícula no es siempre apreciable a simple vista, ni exista en ciertas formas y estados; que obedece a un proceso inflamatorio de la piel, comprendiendo el dermis y la epidermis y que casi siempre evoluciona en brotes. Anatómo-patológicamente considerado presenta siempre una espongiosis del cuerpo mucoso de Malpígio. Raramente se presenta el eczema como una erupción monomorfa. Las distintas formas clínicas, que varían con la causa, localización, edad y factor individual, hacen que el eczema presente lesiones elementales muy distintas. Las complicaciones o transformaciones que sufren (infección secundaria, liquenificación, etc.), aumentan todavía la dificultad de identificar el elemento primario. Lo mismo sucede en el caso contrario en que otras erupciones (impétigo) se pueden eczematizar secundariamente.

Las causas que intervienen en la génesis de los eczemas son muy numerosas. Ante todo existen las causas de origen externo. Las irritaciones físicas y químicas, el calor y la luz producen los eczemas calórico y solar. Ciertas radiodermitis toman el aspecto de eczemas. Numerosas sustancias químicas, producen dermatitis eczematoides, casi siempre profesionales. Hay eczemas de origen parasitario, ya sean secundarios a erupciones parasitarias animales (sarna y pedículos) por el rascado a que dichas afecciones obligan, ya sean debidas a parásitos vegetales (micosis).

Las causas internas son todavía más numerosas. La insuficiencia en el funcionamiento de un órgano cualquiera, produce una autointoxicación que basta para provocar un eczema (trastorno gastro-intestinal, insuficiencia renal, hepática, de glándulas endocrinas o estreñimiento crónico). La simple ingestión de alcoholes

o tóxicos pueden producir igualmente un eczema. Los trastornos de la nutrición, enfermos gotosos, litíasicos, artríticos o reumáticos crónicos, constituyen el grupo llamado de dermatosis diatésicas por BOUCHARD y que muchas veces tienen una herencia humoral. No es raro en estos casos encontrar alteraciones mórbidas, dando una cierta realidad al concepto que merecen para el vulgo estas afecciones. Un desequilibrio nervioso o surmenaje intelectual son a veces la causa de un eczema. El origen endocrino o simpático de los mismos es invocado hoy como en todos los problemas de patología. El origen microbiano, que tanto ha sido defendido por UNNA, el gran dermatólogo de Hamburgo, con su morococo, ha quedado hoy relegado a alguna variedad de eczema en que los microorganismos de la piel juegan un papel primordial (dermitis eczematoides pericicatriciales) y que aparecen alrededor de algunas heridas.

Es evidente que el proceso patogenético que obedece a tan distintas causas ha de ser muy complejo. Los diferentes factores etiológicos, a veces no uno solo sino varios en un mismo caso, influyen sobre el organismo siempre sensibilizado y producen la reacción cutánea que determina el trastorno en las funciones de la piel.

Renunciamos a hacer una descripción clínica detallada, cuyo aspecto objetivo es bien conocido de todos. La forma más corriente del eczema empieza por un estado eritematoso, seguido inmediatamente por el período vesículo, vesículas que según las variedades, se transforman en escamas o en costras, constituyendo el último estadio del eczema, tras del cual viene ya la separación de la superficie cutánea. El prurito es constante.

Sus formas clínicas varían con la edad, localización, temperamento del enfermo, causas que determinan el brote agudo y complicaciones. Las principales variedades son: eczema vesículo o vulgar; eczema agudo inflamatorio, eczema rubrum, que puede simular una erisipela, eczema crónico populoso; eczema numular; eczema tricofitoide, de bordes limitados; eczema de los labios con descamación recidivante y persistente; eczema hiperqueratósico y fisurado, casi siempre en las regiones plantares y palmares; dishidrosis forma que aparece con las manos y pies y es exclusivamente venosa; eczema diseminado o miliar; eczema impetigioso y eczema liquenoide.

*Tratamiento.* El primer problema que se presenta cuando hay que tratar eczema, es si el tratamiento debe ser sintomático local o ha de ser un tratamiento interno. Siguiendo el criterio de la escuela de Viena el tratamiento sería exclusivamente local, y si partimos de la escuela francesa debiera ser instituido solo un tratamiento general. Es verdad que hay eczemas que curan con un simple tópico, como hay también otros que ceden en cuanto se corrige el trastorno interno que los produce, pero en general no hay que ser exclusivista y hay que tratar los eczemas en sus dos aspectos objetivo y etiológico y combinar los tratamientos interno y tópico. Hay algunos eczemas que es prudente no tratarlos enérgicamente. Un eczema agudo en una persona asmática, bronquítica, con lesiones viscerales graves, suprimido rápidamente puede producir trastornos pulmonares o

cerebrales que acarrear un peligro para el enfermo. Es necesario pues, en estos casos, por otra parte excepcionales, vigilar, el eczema y tratarlo lo indispensable para que no se extiendan o molesten excesivamente al enfermo.

Para instituir el tratamiento general, hay que hacer un estudio detenido del enfermo; conocer bien sus antecedentes personales y hereditarios, su régimen de alimentación, las funciones de sus distintos aparatos y glándulas endocrinas. Estos datos nos servirán de base para prescribir, según los casos, un régimen hipotóxico, una higiene estricta en la alimentación y medicaciones especiales en cada caso para corregir estos trastornos. En los niños la calidad de la leche y la regularidad y número de tetadas deben ser siempre vigiladas y corregidas. Si se cree que intervienen la sífilis o el terreno tuberculoso deberán ser tratados éstos.

El hiposulfito sódico y la peptona sea por inyecta, sea por vía intravenosa obran como desensibilizantes y dan en general excelentes resultados. La proteinoterapia no específica por vía intramuscular así como la auto-hemoterapia dará buenos resultados pero inconstantes. Estos procedimientos desensibilizantes deberán ser instituidos siempre que no resulte indicada una medicación general especial deducida del examen del enfermo.

El tratamiento local de los eczemasos varía mucho según los casos, y la medicación que resulta de gran eficacia en un período, estará contraindicada en otro.

Ante todo deberá ser prohibido el contacto de la parte enferma con el agua que es siempre perjudicial. Para lavar manos y cara será recomendado el cold, cream fresco. Será también proscrito el contacto con las substancias irritantes (tinturas de cabello, substancias químicas, tintes, cemento, etc.)

Si el eczema está acompañado de lesiones de infección piogena secundaria hay que tratar ante todo estas lesiones de supuraciones que muchas veces enmascaran la lesión primordial. Para esto hay que hacer primero el decostrado de la lesión que se conseguirá con fomentos de agua hervida y en algún caso con cataplasmas asépticos. Después se volverá una pomada a base de precipitado blanco, minio o óxido amarillo de Hg. al 1 o 2 por 100. El agua de Alibour en estos casos no hará más que aumentar la inflamación y entorpecer la buena marcha de la curación.

En el primer período del eczema, período secretante e inflamatorio está más justificado que en ningún otro el principio de *Primum non nocere*, que debe prescindir toda terapéutica dermatológica. Está contraindicada en este período toda terapéutica oclusora. Hay que disminuir la inflamación y hay que establecer un drenaje de la lesión. Esto se consigue con fomentos astringentes, una de las mejores fórmulas es el agua de Burow (Agua hervida, 1000 gr. subacetato plomo 10 gr. Alumbre 20 gr.) Cuando haya disminuido la inflamación y la lesión no sea secretante es cuando hay que empezar con las pastas a base de reductores en general y especialmente las breas (ictiol, brea vegetal, alquitrán de hulla, antrasol, tumenol, lenigalol, enebro, etc., al 1 a 5 por 100 según los casos). Cuanto más crónicos sean los eczemas más fuertes podrán hacerse estas pastas.

Si los eczemas son fisurarios, (orejas, labios y pier-nas) podrán hacerse toques con soluciones de nitrato de plata al 1 a 5 por 100 y encima pastas ligeramente reductoras.

En las formas hiperqueratósicas (manos y pies) y formas liquinoides hay que asociar a los reductores, los exfoliantes (ácido salicílico del 1 a 5 por 100).

En los eczemas del cuero cabelludo hay que emplear casi siempre excipientes oleosos y reductores suaves (aceite de almendras dulces 25 gr.; aceite de enebro 5 gramos y anís salicílico 0'50 grs.).

En los eczemas tricofitoides de origen parasitario el alcohol yodado al 2 por 100 dá excelentes resultados.

En los niños hay que ser particularmente prudente en las terapéuticas activas.

Gran número de medicamentos en distintas formas y fórmulas han sido empleados en la terapéutica farmacológica de los eczemas, pero es imposible detallarlos en esta breve reseña. Solo repetiremos que pocos medicamentos y bien manejados es la terapéutica más eficaz y que expone menos a complicaciones desagradables e inesperadas.

Los distintos medios que nos proporciona la terapéutica física pueden ser de utilidad en el tratamiento de los eczemas. El radium en aplicaciones cortas de 5 a 15 minutos, sin filtrar y aprovechando las radiaciones blandas obran como sedante y disminuyen rápidamente el prurito interno que producen los eczemas crónicos. Los mismos efectos se pueden conseguir con la alta frecuencia con electrodos condensadores. Igual resultado obtendremos con la Roentgenterapia superficial, pero donde esta radioterapia superficial tiene una indicación precisa es en los eczemas liquenoides, crónicos y con una infiltración notable, así como en los eczemas secos de la región anal o genital, que no ceden apesar de los fármacos locales. Todas estas formas ceden rápidamente y sin molestias para el enfermo con una sola o muy pocas sesiones, de radioterapia superficial, filtradas ligeramente (0,5 mm. de aluminio) para evitar los fenómenos de reacción local.

Cuando haya desaparecido un brote de eczema hay que tener en cuenta que siempre el individuo afecto queda sensibilizado para otro brote y por esto hay que apartar de él todas las causas que consideramos hayan influido en su dermatosis.

## CRONICA

### HEREDOSÍFILIS.- Profilaxia y tratamiento durante la vida intra y extrauterina en sus aspectos individual y social. (1)

por el doctor

JOSÉ M.<sup>a</sup> PEYRÍ

De la Facultad de Medicina, Hospital Clínico, Instituto Municipal de Beneficencia, Cuerpo de Higiene Social, etc.

Un detallado estudio de la heredo-sífilis con los conocimientos que hoy tenemos acerca de la misma. abarcaría el volumen de un libro, y no es éste nuestro plan;

(1) Trabajo premiado por la Real Academia de Medicina de Canarias Año 1927.

nos limitaremos, pues, a recordar algunas ideas por todos sabidas, en relación con la sífilis de los padres y con preferencia nos entretendremos en su profilaxia y tratamiento, única base segura de éxitos.

FOURNIER, en el estudio profundo de la sífilis, admitió que la sífilis podrá transmitirse como tal enfermedad, como a herencia de germen, pasando al producto de la concepción la infección misma, y como herencia de terreno o sea el trastorno que ha aportado la sífilis de los padres en la evolución normal del nuevo ser: en el primer caso los accidentes por los cuales se manifiesta en los hijos, son siempre de naturaleza sífilítica; en el segundo caso se producen taras orgánicas o funcionales, trastornos de la nutrición o del desarrollo, sin caracteres específicos, de donde se deduce que no son propios de la sífilis, presentándose también en la tuberculosis y en el alcoholismo.

Esta clasificación que clínicamente podía tiempo atrás admitirse, hoy, con motivo de un conocimiento mejor de los trastornos endocrinos y de las relaciones de estas glándulas con el crecimiento, desarrollo y anomalías del cuerpo, ha sufrido un rudo golpe, tendiendo a admitirse que casi todos los trastornos que se admitían como resultado de la herencia de terreno, no son más que infecciones luéticas localizadas en las glándulas endocrinas, dando lugar a la disfunción de las mismas y por lo tanto al conjunto de síntomas propios del fisiologismo alterado.

Está comprobado anatómicamente y además es lógico admitir que no hay razón para que órganos tan ricamente vascularizados como son las glándulas endocrinas, escapen a la infección de los treponemas que atacan indistintamente a todos los órganos. Sin embargo, no se ha comprobado aún el hecho importantísimo de que la glándula endócrina atacada por el espiroqueta sea la causa de las diversas distrofias que en la herencia sífilítica se presentan, a pesar de los muchos experimentos que para ello se han hecho.

Pero es muy lógico admitir que estas glándulas enfermas, su producto de secreción tiene necesariamente que ser defectuoso y por lo tanto tienen que entrar en disfunción, la cual al obrar sobre el organismo, producirá necesariamente los fenómenos característicos de tales disfunciones.

El Dr. P. L. GASTON, discípulo de FOURNIER, en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Lisboa en 1906, daba a conocer la manera de investigar la descendencia de los sífilíticos valiéndose del siguiente cuadro:

*Cuadro indicando el orden y naturaleza de las investigaciones a hacer para estudiar la descendencia de los sífilíticos, según la fuente, el origen y la naturaleza de la sífilis de los ascendientes (según GASTON):*

- I. Hijos sanos.
- II. Hijos con signos o estigmas de naturaleza sífilítica (sífilis hereditaria).
  1. Sífilis inmediata.
  2. " precoz.
  3. " tardía.