

No obstante, la nueva concepción operatoria se halla tan ajustada a los principios de la razón natural, que se abrirá paso por sí sola, arrollando cuantos obstáculos le opongan el escepticismo y la rutina. Y si estos fuesen tales que no bastase la idea para destruirlos, la nueva técnica se impondrá también, porque contará, porque ya cuenta, con aliados invencibles; los propios enfermos que no se dejarán practicar la extirpación del saco, sabiendo que pueden curar radicalmente, mediante una operación que no deja el más leve lagrimeo (1).

DERMATOSIS PIÓGENAS Y SU TRATAMIENTO

por el Doctor

A. CARRERAS

de Barcelona

Con este nombre se conoce un grupo de dermatosis, producidas por los microbios de supuración, que se encuentran habitualmente en la piel, en estado saprofito y que obedeciendo a una causa determinada, exaltan su virulencia y se hacen patógenos. Los gérmenes que producen estas dermatosis son los estafilococos y los estreptococos. Su virulencia es muy diferente según la causa productora y condiciones individuales del enfermo. Los estafilococos tienen más poder piogénico, produciendo un pus espeso, cremoso y con tendencia necrosante; el estreptococo, por el contrario, produce más exudación de plasma, y el pus que forma es más seroso.

La puerta de entrada de la infección en la piel es casi siempre externa: Unas veces se trata de un traumatismo. Traumatismo cutáneo que puede ser producido no ya por una herida, sino por un parásito (sarna, piojos, etc.), o por el rascado en una piel que es asiento de una dermatosis pruriginosa.

La maceración de la epidermis, sea debida a una dermatosis secretante o sea provocada por emolientes (cataplasmas) o antisépticos (fenol, sublimado, etc.), favorecen también las dermatosis de supuración.

Estas pueden constituir también las lesiones secundarias de gran número de enfermedades cutáneas, particularmente de los eccemas, por disminución de la resistencia local.

Los agentes piógenos pueden quedar localizados en la epidermis, constituyendo los impétigos y el ectima; o invadir los folículos pilosos, dando lugar a las foliculitis superficiales o profundas (forúnculo y antrax), o bien en los canales sudoríparos, produciendo las hidrosadenitis.

La más vulgar de estas dermatosis piógenas es el

impétigo. Erupción netamente pustulosa, producida tanto por el estreptococo como por el estafilo.

El impétigo estafilocócico o de BOCKHARDT se caracteriza por pústulas pequeñas, rodeadas de un halo inflamatorio y centradas muchas veces por un pelo. Estas pústulas están llenas de un pus cremoso y se secan o se abren formando una costra.

El impétigo estreptocócico o de TILBURY-FOX, está constituido por ampollas de mayores dimensiones, irregulares, de contenido sero-purulento y que asienta sobre la piel rosada. Estas ampollas se secan muy fácilmente dejando una costra milicérica típica, que cuando se elimina deja un tejido rosado de nueva formación. La asociación de estas dos variedades o sea la asociación patógena del estreptococo y del estafilococo dan lugar a la forma más corriente de impétigo, el impétigo vulgar. Muy frecuente en los niños, muy contagioso y formado por elementos de impétigo de TILBURY-FOX y de BOCKHARDT, que se resuelve rápidamente en costras amarillas, color de miel y que recubren zonas rojizas. Esta erupción se propaga rápidamente. Tiene casi siempre su origen, y consiste frecuentemente con coriza, boqueras, conjuntivitis, otitis supuradas, etc. Se presenta corrientemente en individuos linfáticos o sucios y complica muchas veces otras dermatosis (eccemas, sarna, pediculosis, etc.).

Cuando los piógenos no se detienen en la epidermis sino que invaden el dermis y producen un proceso ulceroso, se llama ectima. Se presenta de ordinario en los miembros inferiores y en individuos debilitados o con alguna tara orgánica. Han sido invocadas varias causas para explicar la evolución especial de este proceso: varices, éxtasis circulatorio, linfatismo, alcoholismo, estados depauperantes, diabetes, mayor virulencia de los gérmenes. Todas estas causas y otras pueden dar lugar al ectima. El proceso es, como en el impétigo inicialmente pustuloso. Sobre la pústula se forma la costra y esta costra es espesa y cuando se levanta deja una ulceración de bordes tallados a pico y regulares, que supura. Esta ulceración se repara y deja siempre una cicatriz. Los elementos de ectima son siempre poco numerosos. Las sífilides ulcerosas pueden simular el ectima y es un diagnóstico que hay que aclarar siempre.

Cuando los agentes piógenos de la piel, invaden el orificio pilo-sebáceo y gana las vainas del pelo, produciendo una supuración inflamatoria, toman el nombre de foliculitis. La forma más común de foliculitis es la *sicosis simple*. A veces es consecutiva a otra supuración que acarrea los gérmenes por contacto o inoculándose estos por el rascado. La falta de higiene y otras veces la navaja son los factores que intervienen para determinar la infección, así como toda causa depauperante. Se presenta comunmente en las regiones pilosas, barba, bigote, pubis o axila o bien en el cuero cabelludo.

La lesión empieza por una inflamación peripilar con sensación de prurito o molestia y que termina por supuración alrededor de cada pelo. Los pelos afectos ceden fácilmente a la pinza y están recubiertos por una vaina gelatinosa.

La *sicosis lupoides* está constituida por placas de

(1) Aparte los trabajos mencionados en el texto, no existen en España publicaciones sobre la Dacriocistorrinostomía de DUPUY-DUTEMPS.

Los procedimientos de los Dres. FERNÁNDEZ, BALBUENA, ARRUGA y CASADESÚS (el de este último por vía nasal) son meras variaciones del TOTI, sin anatomosis del saco a la pituitaria, y, por lo tanto, adolecen de los mismos defectos que el del autor italiano, en el cual están inspirados.

foliculitis, con gran inflamación cutánea, infiltración, que se extiende regularmente y deja alopecia cicatricial.

No describimos el *forúnculo* y el *antrax* que son procesos más quirúrgicos que dermatológicos. Su característica es la necrosis de los tejidos que acompaña la foliculitis y perifoliculitis profunda.

Las *hidrosadenitis* son abscesos dérmicos o subdérmicos, de tamaños distintos que aparecen casi siempre en la región axilar, muy dolorosos e inflamatorios y que siempre terminan por la supuración. Las reinoculaciones son frecuentes y las recidivas son casi constantes, haciendo el proceso sumamente pesado.

El tratamiento de las dermatosis de supuración, es un problema que interesa directamente al médico general. La frecuencia con que éstas se presentan, y la facilidad e inocuidad con que pueden ser tratadas son motivos suficientes para que en la mayoría de casos no sea necesaria la cooperación de un médico especializado.

El tratamiento local es siempre imprescindible y constituye la base del tratamiento. Los tratamientos generales que, indudablemente tienen un gran valor y que no hay que olvidar nunca, tienen el carácter de coadyuvantes al tratamiento tópico.

El tratamiento de las piodermitis es fácil a condición de que sea aplicado correctamente y es lógico que un tratamiento intempestivo o inapropiado, dada la índole de la etiología microbiana de los mismos, no sólo no cure sino que ayude a la propagación de las lesiones por reinoculación directa de los gérmenes productores.

Analicemos sucintamente los medios terapéuticos más apropiados en cada forma clínica.

En los impétigos, forma la más corriente y más fácil de curar, lo primero que hay que hacer es el decostrado de las lesiones. Las gruesas costras que recubren los elementos pustulosos anidan y entretienen los gérmenes y por lo tanto es lo primero que hay que eliminar. Esto se consigue fácilmente o con fomentos con agua hervida durante unas horas o con vaselina con un 1 ó 2 por ciento de ácido salicílico. Una vez obtenido el decostrado, se puede emplear el agua de ALIBOUR (agua alcanforada a saturación, sulfato cobre, sulfato de zinc y tint. de azafrán), que obra como caterético. Tiene sus inconvenientes que son: irritar mucho la piel, aplicación dolorosa y aspecto repugnante de la lesión debido al color azul verdoso del sulfato de cobre. Estos inconvenientes se ven particularmente en los niños. Se atenúan o bien diluyendo el agua de ALIBOUR o bien usando simplemente una solución al 2 % de sulfato de zinc en agua alcanforada.

Las pomadas con ácidos de mercurio son un gran elemento para combatir los impétigos (óxido rojo, óxido amarillo y precipitado blanco).

Muchas veces o mejor dicho casi siempre basta una pomada de óxido amarillo de Hg., adicionando una pequeña cantidad de ácido salicílico, para curar un impétigo. Nosotros usamos la siguiente fórmula que casi siempre es suficiente para nuestro objeto y que empleamos como único tratamiento:

vaselina, 20 grs. ; óxido de zinc, 10 grs. ; óxido amarillo de Hg, 0,60 grs. ; ácido salicílico, 0,30 grs. Se aplica tres veces al día.

Para el ectima se sigue el mismo tratamiento que para el impétigo. Es conveniente quitar la espesa costra que recubre cada elemento. En caso de ectima de los miembros inferiores es muy conveniente el reposo.

Las foliculitis de la barba, son las formas de dermatosis piógenas más resistentes a los tratamientos. La causa de esta resistencia es debida a que los gérmenes se introducen en los folículos pilosos formando focos de resistencia, donde no llegan los tópicos usados en la terapéutica ordinaria. Hay que evitar por todos los medios esta propagación y para ello debemos, ante todo, prohibir el afeitado, que es la manera más corriente de inoculación de los piógenos. Cuando hay focos aislados, hay que depilar las zonas invadidas. Si las zonas infectadas son muy extensas, la depilación se puede practicar con los Rayos X. Si sólo son focos aislados, se hace con pinzas, siendo esta depilación sumamente dolorosa para el enfermo. Salvo la depilación el tratamiento local será el mismo que para los impétigos.

El forúnculo y el antrax son lesiones casi siempre quirúrgicas, pero muchas veces el dermatólogo se ve obligado a tratarlos. En su comienzo puede ensayarse un tratamiento abortivo simplemente arrancando el pelo que centra el forúnculo, o bien dando un punto de galvanocauterío en este mismo centro. Estos procedimientos fallan en muchos casos y la lesión sigue su curso. Cuando en lugar de un elemento aislado y único es una verdadera forunculosis, es necesario combatirla.

Ante todo hay que combatir los trastornos de orden general (diabetes, retardos de nutrición, trastornos digestivos, estreñimiento, etc.) que muchas veces son los factores esenciales en el desarrollo de estas lesiones. Además de estos medios, creemos que el procedimiento de elección es la autohemoterapia. Obra como una proteinoterapia pero de los tratamientos con proteínas es indudablemente el más eficaz. Se hacen las inyecciones por punción venosa con sange total, de 5 a 10 cm.³, 2 veces por semana, e inyectada inmediatamente por vía hipodérmica o intramuscular. El tratamiento debe ser continuo y seguirlo hasta después de desaparecida la lesión.

Muchos tratamientos generales han sido instituidos para combatir las piodermitis. Las vacunas específicas estrepto y estafilocócicas pocos resultados han dado, por no decir nulos. Los caldo-vacunas locales dan en muchos casos buen rendimiento.

La proteinoterapia obrando como desensibilizante, sea por vía gástrica (peptona o hiposulfito sódico) o por inyecciones, coadyuvan a la curación en ciertas ocasiones. La autohemoterapia como hemos indicado en los forunculosis y en algunas foliculitis del cuero cabelludo o de la barba, da excelentes resultados. Las sales de estaño, manganeso y otros metales, así como los extractos de bardana, son de resultados muy inciertos e inconstantes.

Estos conceptos creemos que pueden bastar para

dar una orientación acerca de las dermatosis piógenas y tratarlas correctamente. Es un problema sencillo a condición de hacer un diagnóstico preciso y no usar medios terapéuticos que puedan entorpecer el curso normal de las lesiones.

LOS NUEVOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA EPILEPSIA

por el Doctor

L. BARRAQUER FERRÉ

de Barcelona

Por la importancia de la enfermedad y por lo rebelde del tratamiento, uno de los estudios de mayor interés de la patología nerviosa es la epilepsia.

Iniciada por Pedro MARIE en el año 1887 ha ido creciendo la campaña que tiende a cambiar por completo la concepción clásica de la etiología de la epilepsia.

Desde luego nos referimos a la epilepsia mal llamada esencial, y decimos mal llamada porque en realidad no existe como morbo independiente; el mal epiléptico es siempre una manifestación sintomática de desórdenes profundos en cuyo conocimiento se va progresando continuamente.

Desde antiguo se estudiaba el mal comicial en el capítulo de las neurosis, pero esta clasificación caduca desde el momento que la epilepsia *sine materia* no existe. En efecto y dicho ya de una vez, la epilepsia es la expresión sintomática de una lesión orgánica encefálica, tal es el resultado de las modernas investigaciones y de cuya nueva doctrina Pedro MARIE ha sido el precursor.

La causa de la epilepsia es siempre externa al enfermo y posterior a su concepción, según Pedro MARIE, quien ha publicado recientemente un interesantísimo artículo: «*Quelques considérations sur l'étiologie et sur le traitement de l'épilepsie*», en la *Presse Médicale* de 21 de enero de 1928.

Parece ser que un gran contingente de epilépticos, el mayor, es atribuible a los traumatismos craneales, unos por distocias, partos difíciles que hacen necesario la aplicación de forceps y acarrear lesiones encefálicas, otros por asfixia consecuente a las mismas dificultades de alumbramiento, que en otros casos ocasionan hemorragias parenquimatosas cerebrales. Los profesores COUVELAIRE y LÉRI han puesto de manifiesto la anatomía patológica de estas lesiones hemorrágicas.

Por esto hay que insistir en el interrogatorio para orientarse en la etiología del mal comicial, de cómo fué el parto respecto a duración, intervención obstétrica, si el recién nacido apareció asfíctico y lloró pronto o no lloró, etc.

Otro factor etiológico son las infecciones propias de la infancia, coqueluche, fiebres eruptivas, infecciones estrepocócicas y estafilocócicas.

La sífilis hereditaria es otra responsable de otro número de epilépticos, sífilis difícil muchas veces de encontrar pero que debe buscarse en estigmas específicos de sus antecesores o colaterales.

A veces y aun en el adulto, la causa debe buscarse en la patología de un nervio craneal. Adviértase que ya

por vía noble, por un nervio craneal (enfermedades del oído, de los ojos, de la nariz, las más frecuentes) o por vía linfática, en la región correspondiente del encéfalo aparecen lesiones neuróglícas similares a las de etiología traumática derivadas del parto que determinan los ataques convulsivos.

Pero el punto importantísimo a dilucidar, el problema obsesionante se refiere a la herencia del mal comicial. La nueva doctrina de que la epilepsia es siempre de etiología externa pone en tela de juicio la importancia del factor herencia en la epilepsia llamada antes esencial. Sin embargo, es innegable que vemos familias afectas de epilepsia pareciendo revelar un encadenamiento hereditario. Si reflexionamos sobre esta respuesta predisposición o aptitud del tejido nervioso cerebral en toda una familia neuropática, comprobaremos que se admite sin discusión el hecho y se le da una explicación puramente hipotética, pues nadie ha demostrado la realidad de unas condiciones anatómicas que constituyan terreno abonado para el arraigo del mal a que venimos refiriéndonos.

Obsérvese que entre los familiares de un epiléptico los hay que sufren la misma enfermedad mientras otros padecen psicopatías originadas o acompañadas de lesiones orgánicas del encéfalo.

De los conocimientos actuales se deducen las importantes conclusiones siguientes:

- a) La coparticipación de la herencia con la etiología epiléptica exógena no ha sido hasta ahora demostrada de una manera fehaciente.
- b) Aun así, y como precaución profiláctica, conviene que los facultativos desaconsejen los matrimonios entre epilépticos o personas afectas de psicopatías similares.
- c) Los padres deben ejercer la más estricta vigilancia sobre los niños, procurando evitar que sufran caídas.
- d) Ante los casos de epilepsia el médico debe profundizar todo lo posible en su etiología, procurando llevar sus averiguaciones hasta las posibles causas intrauterinas, las circunstancias del nacimiento, los traumatismos craneales de la primera infancia, las afecciones, etc.

BIBLIOGRAFÍA

Pedro MARIE.—*Quelques considérations sur l'étiologie et sur le traitement de l'épilepsie. Presse Médicale*, enero 1928.

BABONNEIX y ROGER VOISIN.—*Tratado de patología médica. SARGENT. Tomo XXV.*

LAINEL-LAVASTINE y ROGER VOISIN.—*Epilepsia. Tratado de patología médica. SARGENT. Tomo V.*

BABONNEIX y ROGER VOISIN.—*Encefalopatías infantiles, tomo XXV SARGENT.*

CRÓNICA

EL INTERROGATORIO EN CLÍNICA SU REHABILITACIÓN

por el Doctor

M. RODRÍGUEZ PORTILLO

de Barcelona

La finalidad de la Medicina es la de prevenir, curar o aliviar las dolencias que por ley natural acechan o aquejan los seres vivos, y, por tanto, el hombre.