

Una modalidad nueva, en el tratamiento de las lesiones producidas por los agresivos vesicantes

F. BERGÓS RIBALTA

Mayor Médico, Jefe de los Servicios Sanitarios "Z", - Profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona

por

F. FOLCH SOLÉ

Teniente Farmacéutico de los Servicios "Z"

Al grupo de los agresivos de tipo vesicante pertenecen la *iperita* (sulfuro de etilo diclorado $B B' S \begin{matrix} \swarrow CH_2 - CH_2 & Cl \\ \searrow CH_2 - CH_2 & - Cl \end{matrix}$, conocida en alemán por Gelbkrenzkampfstoff, host y por Mustardgas en inglés y la lewisita (dicloruro de la B clorovinilarsina $Cl - CH = CHA_3 \begin{matrix} \swarrow Cl \\ \searrow Cl \end{matrix}$).

Una y otra tienen como carácter nosológico el provocar lesiones en la piel que van desde el simple eritema a la ulceración profunda de la misma.

Son las lesiones apuntadas de una duración extraordinariamente larga; su torpidez, nacida en ocasiones de una terapéutica mal conducida, nos plantea el problema de fijar con mayor acierto no tanto lo que debemos hacer, sino más a menudo lo que es preciso no hacer.

La actividad terapéutica, el empleo de métodos fuertes heroicos, conduce con frecuencia a irrogar más perjuicios que ventajas; se trata de unas lesiones que corresponden a una hipersensibilidad especial, y en las que la delicadeza en el curso terapéutico mejora notablemente. Debemos apartarnos de irritaciones mecánicas (vendajes que opriman), de irritaciones químicas (pomadas excitantes) y de irritaciones térmicas, elementos todos ellos que dan lugar a una acción perjudicial combinada, sobreañadida a los originarios del vesicante.

La gama de los medios terapéuticos recomendados es extensa; desde la arcilla acética y la vaselina inerte hasta la exéresis quirúrgica de las superficies lesionadas, existen multitud de procedimientos de tratamiento; casi siempre se habla de tal o cual sistema, sin una consideración precisa del estado de la lesión.

Helioterapia (Fischmann), Asubrina (Taylor), Permanganato potásico (Von der Welden), Sol. Dakín (Wharthin-Weller), arcilla acética (Von der Welden), carbonato sódico (Wharthin-Weller), aceite de oliva y solución de Silicato sódico (Kramer), pomadas en forma Pellidal, Rojo escarlata, Nitrato de plata, Bálsamo del Perú (Minkovski), Polvos en forma de óxido de zinc, magnesia Dermatol. De este momento terapéutico debe decirse que cada fármaco propuesto tiene algo de verdadero en su utilidad, pero su abundancia sumirá indiscutiblemente en un mar de confusiones al médico que no haya visto ni tratado ningún caso de ellos, tanto más, si a ello se añade que los autores antedichos que nos hacen tal o cual recomendación no nos hablan de la oportunidad del tratamiento con el producto indicado, dejando al arbitrio del operante este detalle, que puede ser el más esencial.

En cada caso debemos hacer depender el tratamiento de la gravedad de la lesión y de la impresión de conjunto que tengamos del enfermo.

Vamos a tratar en este artículo de aquellos casos en que el agresivo vesicante ha actuado en forma de pequeñas pulverizaciones sobre la piel, formando pequeñas ampollas; y, ya definida así la lesión, se puede hablar con toda propiedad del tratamiento adecuado a la misma.

Es indistinto aplicar en estos casos polvos o pomadas; son tan útiles los unos como los otros.

Von der Welden y Minkovski recomiendan el bismuto; basándonos en esta recomendación y ante la dificultad que dicha aplicación representa, empleamos la fórmula farmacéutica siguiente:

Subnitrato de bismuto, talco y Perhidrol de magnesia

El Subnitrato de bismuto, conocido por su acción antiséptica y secante; *el talco*, substancia de elevado poder secante, de gran suavidad y de empleo en las escoriaciones, y *el Perhidrol de magnesia*, substancia que desprende con suma facilidad oxígeno activo, ejerciendo una enérgica acción bactericida y cicatrizante.

¿Cómo incorporaremos esta fórmula a los medicamentos de nuestro botiquín especial de Brigada? La diferente densidad de cada uno de sus componentes ocasionaría una lenta y continua separación de ellos en dos capas, según sus densidades; ello nos ha inducido a elaborar una venda que retuviera la mezcla.

Una serie de pruebas han precedido a dicha elaboración, para llegar a la

venda, adoptada. Esta presenta dos cualidades muy importantes; una, la de no ejercer irritación mecánica sobre las partes lesionadas y limítrofes, pues su grosor es de 0,5 mm. aproximadamente, siendo solamente 0,1 mm. el del tejido, la diferencia es polvo bismutado. La segunda cualidad es que la adhesividad de los polvos mezcla a la malla es de un grado tal que éstos se sueltan con gran facilidad y se depositan suavemente sobre la piel lesionada, y es precisamente este grado de adhesividad el problema que más dificultades ha presentado para resolver.

Antes de la aplicación del vendaje es conveniente punzar asépticamente las vesículas, conservando la piel y dejando escurrir el contenido. Ningún cuidado es necesario, puesto que el contenido no es tóxico para las inmediaciones; la película entonces se hunde, y ello es la mejor protección para la herida.

En el caso de pequeñísimas ampollas ocasionadas por pequeñas salpicaduras o por vapores medianamente concentrados, es conveniente no punzarlas. Salvo esta última eventualidad, no debemos prolongar la presencia del líquido dentro de la vesícula. Se trata en todos los otros casos de ampollas periféricas, en cuyo centro, que es donde ha caído la gota del vesicante, la epidermis está ablandada. La acción destructiva ha sido tan intensa que el tejido ha muerto, de forma que la epidermis no puede levantarse de ninguna manera para formar una ampolla; sólo cabe conservar esta epidermis mortificada central durante el tiempo que presenta un aspecto blanco amarillento, pero cuando esta superficie se vuelve oscura, es preciso quitar la epidermis y con ella las ampollas que se hallan a su alrededor, pues el obscurecimiento es una señal de que existe una necrosis.

Las ampollas pequeñas, pues, deben dejarse sin abrir, y, aplicando el apósito descrito, las formadas por la unión de ampollas de poco tamaño deben punzarse asépticamente, dejando salir el líquido que contienen y conservando la película; pero en los casos graves, en que las ampollas son periféricas y su parte central necrosada, hay que esperar, antes de eliminar la epidermis y la ampolla, hasta que se percibe el centro negruzco, es decir, unas 48 horas, y entonces se elimina tanto la ampolla periférica como la epidermis, para proceder contra la necrosis.

En todos los casos la aplicación del vendaje objeto de este trabajo es útil, si bien la gran indicación radica en las lesiones del primer grado.