

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL LUPUS
MÉTODO DE HOLLÄNDER

TESIS

PRESENTADA Á LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

AMBROSIO PONCE S.

(HONDUREÑO)

Ex-interno del Hospital General y ex-presidente de la sociedad científica «La Juventud Médica»

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

ABRIL DE 1907

GUATEMALA
AMÉRICA CENTRAL

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur, N° 24.

LUPUS

SINONIMIA: Ulcera maligna de Celso.—Lupus tuberculoso simple; común, *tumidus*, *famelicus*.—Osteomena (1).—Tuberculosis cutánea lúpica.—Escrófulo-tuberculosis de la piel.—Lupus Willani, vulgaris.

Historia.

La palabra «Lupus» ha pasado del lenguaje vulgar á la terminología médica, para designar las úlceras corrosivas que tienden á extenderse á los tejidos vecinos. Primitivamente servía para designar las úlceras de la pierna. En 1710 Jean Dolée hizo notar que muchos autores llamaban lupus á las úlceras corrosivas de la nariz, pero no fué sino hasta á fines del último siglo que se estudió bajo este nombre á ciertas producciones tuberculosas, que ocupan la cara y que pueden llegar hasta la ulceración; unos años más tarde el nombre fué conservado, exceptuando algunas divergencias, á la afección que nos proponemos estudiar. Su sintomatología ha sido esclarecida por Rayer, Bielt, Hebra, Bazin y otros, pero hasta estos últimos años han sido estudiadas sus lesiones histológicas, entrando en actividad directa con las publicaciones de Köster, Charcot, Grancher, quedando definitivamente establecida con el descubrimiento del bacilo de Koch.

Ciertos autores, tales como Veil y Willson han pretendido hacer derivar de la sífilis hereditaria ciertas formas de lupus, especialmente el lupus serpiginoso y sobre todo el que tiene por asiento las extremidades, lo mismo que el de la nariz; de tal modo que esta forma de lupus no representaría sífilis verdadera sino una especie degenerada; modificación de una sífilis de los padres que según Ricord no se

(1) Dubrenilh y Ban reservan el nombre de Osteomena á la ulceración crónica de la vulva, de origen variable; sostenida por malas condiciones locales y generales y acompañada de una linfangitis hiperplásica.

transmitía como tal á sus descendientes, pero sí bajo las formas de escrofulosis de los distintos tejidos; esto no es demostrable, por el contrario todas las investigaciones respecto á la herencia del lupus parecen indicar que no hay ninguna relación con la sífilis de los padres, ni con la sífilis en general: niños nacidos de padres sifilíticos pueden presentar lesiones hereditarias, manifestándose siempre bajo la forma de sífilis, pero nunca bajo la forma de lupus.

La analogía del lupus con la sífilis ulcerosa puede presentar alguna confusión, pero estos son errores de diagnóstico, siendo una rareza encontrar el lupus en varios miembros de una misma familia y ninguna observación demuestra la herencia y contagiosidad de esta afección. Se han encontrado estas dos afecciones en un mismo sujeto; individuos lúpicos desde hacía muchos años que posteriormente han adquirido la sífilis.

La opinión emitida desde antiguo, de que el lupus está en relación etiológica ó de parentesco con la escrófula, descansa en una base más sólida: Fuchs colocaba el lupus en la escrofulosis; Willson la llamó escrofulodermia; Plumbe la describió con el nombre de enfermedad estrumosa, y en realidad, dice Kaposi, hasta estos últimos tiempos no se ha señalado al término escrofulosis una noción clínica bien limitada; se ha querido provisionalmente representar lo que Billeroth indica; que se designe bajo el nombre de diátesis escrofulosa, un estado en el cual, después de una ligera irritación en un punto cualquiera del cuerpo, sobreviene una inflamación persistente, terminando por supuración ó caseificación.

Si se considera como la manifestación de la escrófula, la existencia de inflamaciones tales como la infiltración caseosa de las glándulas, del tejido celular sub-cutáneo, de las articulaciones, así como las úlceras de bordes blandos, las degeneraciones amiloideas de los distintos órganos (hígado, bazo, riñón), los tumores blancos; en una palabra, todas las manifestaciones que se miran como de naturaleza escrofulosa, además de las diversas enfermedades de los ojos que se tienen hoy como sintomáticas (keratitis, conjuntivitis, etc.), y tantas otras enfermedades de la piel, es natural que estos diversos géneros de afecciones se encuentren en gran número de enfermos atacados de lupus.

El descubrimiento del bacilo de Koch y los medios exactos de investigación abrieron una vía preciosa y cierta para la solución de tan difícil problema. Antes de Koch, Schüller había señalado la presencia de micrococus en el tejido lúpuso; Demme fué el primero que encontró en 6 casos de lupus, bacilos tuberculosos; Pfeiffer y Krausse los señalan en 2 casos; Doutrelepont ha encontrado los bacilos, sin excepción, en grupos numerosos de 10 y 12.

La primera experiencia positiva de inoculación, por la introducción de fragmentos de lupus en la cámara anterior del ojo del conejo, ha sido hecha por Schüller, después por Cornil y Leloir, habiendo obtenido además de la tuberculización del iris una tuberculosis general por inoculación peritoneal.

Para la mayor parte de los dermatólogos, estas observaciones no son suficientes para demostrar la identidad del lupus con la tuberculosis, quedando probado que en las pápulas lúpicas se encuentra el bacilo de Koch, y la inoculación de tejido lúpuso ó de bacilos procedentes de un cultivo puro, á conejos y cobayos, ha dado por resultado una tuberculosis local (iris y córnea) ó una infección generalizada, obtenida por las inoculaciones peritoneales de Cornil y Leloir.

Definición.

Colocado el lupus por algunos dermatólogos (Devergier, Bazin) entre las escrofulides; Chatelain dice que el lupus vulgar es una de las formas de la tuberculosis cutánea, estando constituida ordinariamente por tubérculos, tomando esta palabra en el sentido de la lesión elemental, que evoluciona hacia un proceso ulceroso ó cicatricial. Que estos tubérculos se ulceren ó no, se tiene el lupus tuberculoso ulcerado (*lupus exedens*, escrofulide tuberculoso con ulceración de Hardy), ó el lupus tuberculoso no ulcerado (*lupus non exedens*, escrofulide tuberculoso superficial de Hardy), siendo éste la primera face de aquel.

Los tubérculos lúpicos se presentan bajo la forma de pequeñas nudosidades miliares al principio, de volumen variable, de un grano

de mijo al de la cabeza de un alfiler, más ó menos saliente en la superficie tegumentaria, en la que parecen diseminados, de un color amarillo rojizo, transparente, desapareciendo ligeramente á la presión digital; presentándose, algunas veces, con una coloración violácea, semejante al tubérculo sifilítico. Estos nódulos pueden hacerse visibles empleando el aceite de anilina y la esencia de clavo que hacen completamente transparentes las superficies lúpicas (Unna). Leloir en sus lecciones sobre las lesiones elementales de la piel, define el tubérculo: un neoplasma que ocupa el dermis, de naturaleza inflamatoria, no resolutivo espontáneamente, que tiende por consiguiente, á la destrucción parcial ó total de los tejidos en los cuales se desarrolla, y á la formación de cicatrices por ulceración, por esclerosis y por reabsorción intersticial y encerrando un micro-organismo patógeno.

Esta definición permite comprender las analogías clínicas y patológicas que existen entre las sífilides tuberculosas, la lepra sistematizada nodular y el lupus.

Robin da una descripción análoga á la anterior, dice así: «El lupus es una de las formas de la tuberculosis tegumentaria; variedad más virulenta, cuya lesión elemental (lupoma), es desde el punto de vista dermatológico, un tubérculo; tubérculo de volumen y disposición variables; de color rojo moreno, que recuerda el azúcar de cebada, de consistencia blanda, de evolución lenta, crónica, destruyendo los tejidos, sea por reabsorción intersticial, sea por ulceración, sea por esclerosis.»

Estos lupomas se desarrollan más frecuentemente en el dermis, bajo la forma de nudosidades aisladas, pudiendo encontrarse diseminados, lupoma en *red*, lo que hace que se consideren dos formas: el lupoma nodular, y el lupoma diseminado en *red*, debiendo considerarse éste como una infiltración confluyente y difusa de los tubérculos lúpicos, siendo bueno agregar que el lupoma no se reblandece en masa, carácter importante que le distingue de los gomas escrófulo-tuberculosos dérmicos, con los que puede prestar alguna semejanza.

Los lupomas son generalmente indoloros, remitentes y elásticos, dotados de una blandura considerable y siendo siempre muy vasculares.

Designaremos las diferentes formas de tuberculosis-cutánea con el nombre de *lupus*, empleado desde la antigüedad; subdividiéndole en las diferentes especies que comprende: serpiginoso, exfoliante, exulcerante, hipertrófico, papilar, verrugoso, etc.

Localización.

El lupus de la cara, se observa con más frecuencia que las afecciones análogas de la piel, en las restantes partes del cuerpo; Randnitz afirma que de 100 casos de lupus, 76 radica la enfermedad en la cara, y de estos, 36 la nariz era el lugar afectado.

Las distintas variedades tienen su sitio de predilección; así el lupus vórax ataca la nariz y las mejillas; el mixomatoso, el pabellón de la oreja; el papilomatoso, la nariz; el verrugoso, las manos y los pies; las rodillas y los codos, la forma serpiginosa; y la elefantíásica, las piernas y los pies.

En la cara el aspecto es típico: estrechamiento de los párpados en ectropión, de donde resulta lagrimeo constante, atrofia y destrucción de las narices.

La forma clínica descrita por Lang y caracterizada por la hipertrofia de las papilas cutáneas, el lupoma córneo, se presenta á menudo en las mejillas y en el ángulo del maxilar inferior; la epidermis sufre la transformación queratinizante y al crecer da lugar á la formación de cuernos cutáneos.

El hecho de ser atacadas, principalmente, por esta enfermedad, las regiones ricas en folículos y pelos y el de que en general, en dichos sitios en que se localiza la lesión, se nota una participación, más ó menos notable de las glándulas sebáceas, indujo á algunos autores á creer que estaba constituida por una enfermedad de los folículos sebáceos; pero dos hechos hablan en contra de esta opinión. Por una parte la afección también se presenta en las regiones desprovistas de glándulas sebáceas, como por ejemplo, en la palma de las manos y en la mucosa de los labios, en la que generalmente no hay glándulas, y por otra parte, hay formas morbosas que no pueden considerarse diferentes del lupus y en las cuales se conserva el pelo, mostrándose solamente el proceso inflamatorio en las partes de piel comprendida entre los folículos.

Etiología.

El lupus es una afección que suele iniciarse con especial frecuencia en la infancia, de los 10 á los 15 años de la vida; pudiéndose observar también desde edad temprana, en la niñez; raramente después de los 35 años, con preferencia en el sexo femenino. La influencia hereditaria no se ha demostrado. El temperamento

escrofuloso ofrece un terreno favorable para su desarrollo. La misma influencia ejercen las infecciones generales anteriores; tales como la fiebre tifoidea, erisipela, reumatismo, escarlatina. (Philipson).

La Bacteriología ha demostrado que el lupus es inoculable, de origen bacilar, tiene por agente el bacilo de Koch. El camino por el cual se realiza la infección para el desarrollo del primer foco lupo, es variable; el primer nódulo puede producirse por inoculación directa (contagio externo), picadura, tatuaje, contacto de una herida por los dedos cargados de esputos tuberculosos. Los bacilos pueden ser transportados á la piel desde los tejidos profundos, ó propagarse la infección, de lesiones tuberculosas más ó menos distantes; encargándose los vasos linfáticos y sanguíneos de su transporte (contagio interno).

Que la tuberculosis cutánea es producida muchas veces por una infección venida directamente del exterior, lo comprueban aquellos casos, en los que, después de un traumatismo superficial, quizá insignificante, vemos desarrollarse en la cicatriz, nódulos luposos según lo ha podido probar Jadassohn en sus importantes experimentos sobre el lupus por inoculación.

Los mismos esputos del enfermo, que contienen bacilos, pueden ser transportados á cualquier lesión cutánea, de la nariz, de los labios, etc., dando lugar á la siembra del agente infeccioso; habiéndose observado que después de operaciones cruentas, motivadas por focos tuberculosos profundos, se desarrollan consecutivamente, nódulos tuberculosos en la cicatriz. Este sería un nuevo caso de lupus por inoculación.

Aparte de esta infección ectógena, se ha atribuido un papel importante en la localización del lupus, á las corrientes sanguínea y linfática (Winiwarter). Algunos autores franceses (Hallopeau, Besnier) en estos últimos años, han querido establecer que la toxina de los bacilos tuberculosos es la que provoca la enfermedad; doctrina en oposición con las escuelas alemana é inglesa, fundándose éstos en que no han obtenido comprobación de ninguna clase, estando claramente probado que la enfermedad también se presenta en individuos absolutamente exentos de tuberculosis (Ebstein); hechos demostrados con las investigaciones histológicas y cadavéricas. Deben tenerse como factores muy importantes *las alteraciones de los vasos, y quizá también de los tejidos, debidas á la acción de los frecuentes enfriamientos y ligeras congelaciones*; prueba de ello, la localización casi constante, de la afección, en los lugares que regularmente llevamos descubiertos, como la cara, las manos, etc.

Curso clínico.

La marcha del lupus presenta grandes diferencias; variando con la mayor ó menor profundidad que alcanza la lesión en las capas de los tejidos atacados, y según el grado de hipertrofia del tejido lupo, habiendo formas en las que á pesar de contar largos años de existencia, no manifiestan ninguna tendencia á la ulceración y en los sitios en donde los nódulos han producido sólo la descamación de la epidermis y han sido luego reabsorbidos, queda una cicatriz lisa, cuyo color blanco amarillento, separa brotes luposos aislados. En las formas ulcerosas la infiltración no tarda en propagarse, alcanzando el tejido conjuntivo, profundizándose lentamente hasta invadir el cartílago, el periostio y por último el hueso; comprendiéndose que en estos casos el tejido cicatricial ulterior se adhiere á la superficie ósea, dando lugar á retracciones que deforman la fisonomía. En estas formas ulcerosas, influyen notablemente, respecto á la extensión y profundidad de la lesión, los micro-organismos que toman parte en la supuración, los que con suma facilidad alcanzan los sitios de la piel desprovista de epidermis, acumulándose en las costras formadas por la desecación de los exudados, explicando ésto el hecho, desde antiguo observado, de que el lupus tratado con la conveniente limpieza, presenta alguna tendencia á la cicatrización. Entre estos micro-organismos merece especial mención el estreptococo, cuya presencia lo demuestra la frecuente aparición de la erisipela en individuos que padecen dicha afeción.

Se comprende fácilmente que la ulceración puede dar origen lo mismo á una erisipela que á un flegmón ó á una inflamación purulenta de los ganglios linfáticos. Accidente importante por su gravedad, que puede presentarse en el curso del lupus, es el desarrollo de un neoplasma carcinomatoso. Según Steinhauser el lupus en pleno desarrollo da lugar con más frecuencia á esta noviformación, puesto que de 83 carcinomas desarrollados en tejidos luposos, en 58 el neoplasma se había formado en los nódulos ó en las ulceraciones lúpicas, y sólo en 25 se inició en las cicatrices consecutivas.

Se ha señalado la influencia de las estaciones en la marcha del lupus, y así se dice que en la primavera camina más de prisa. El

curso es esencialmente *crónico é insidioso*; en virtud de ello, la anamnesia puede prestarnos gran auxilio y ponernos en el camino del diagnóstico si se comprueba que una manchita pequeña é inofensiva, una pápula ó una infiltración escamosa, insignificante, existía ya desde mucho tiempo antes, y que su tamaño no ha aumentado notablemente. Casi siempre la enfermedad comienza en la primera infancia, lo cual se explica por ser muy frecuentes en esta edad los eczemas y los catarros «escrofulosos» (Ebstein); por lo demás, el curso general de una afección luposa depende de la constitución del enfermo, de su estado de nutrición, etc., y de las otras localizaciones tuberculosas que pueden existir en los huesos, articulaciones, etc.; por consiguiente, tendrá importancia decisiva para el pronóstico, el que el lupus se desarrolle como forma producida por inoculación en individuos completamente sanos ó como sucede casi siempre en la infancia, desarrollándose en niños predispuestos, oriundos de padres tuberculosos.

Hay una variedad cuya marcha es bastante rápida, el lupus vorax; en estos casos se ve, dice Bazin, entre las aberturas nasales, el vómer y la lámina perpendicular del etmoides, juntarse más y más, la lengua es destruida por partes y muy pronto se encuentra reducida á un muñón deforme colocado en el fondo del antro, representado por la boca y por las fosas nasales, reunidas después de la caída de los dientes y de la destrucción de la bóveda palatina. El plano de la órbita no tarda en desmoronarse y los globos oculares caen detenidos únicamente por los nervios ópticos de los que se encuentran suspendidos, y cosa curiosa, en este estado horrible y miserable los enfermos temen la muerte; yo he visto un enfermo, dice Bazin, que temblaba todo su cuerpo, cuando por equivocación, tomó un día, alcolatura de acónito.

Esta terrible afección no ocasiona vivos dolores, á lo más los enfermos sienten ligerísimo cosquilleo, que les obliga á rascarse, resultando de ello que agrandan más la ulceración. El marasmo, la fiebre héctica faltan y á menudo el fagedenismo agudo y la tuberculización general son las causas de la muerte.

Anatomía Patológica.

En qué consiste la alteración anatómica? ¿Cuál es su origen? ¿En dónde encuentra los elementos de su malignidad? Es este un problema que preocupa á los micrógrafos, y el que en sus largas investigaciones ha sido en gran parte resuelto. En la trama dérmica se encuentran, en cantidad más ó menos abundante, elementos embrionarios, cuyo modo de formación no está claramente determinado (migración de células linfáticas?, proliferación perivascular? Bouilly), estos elementos al principio no tienen nada de especial en sus caracteres morfológicos; se hinchan lentamente hasta alcanzar el centro del nódulo, encontrándose en cada foco nodular algunas células gigantes; á medida que la degeneración se extiende, el tejido dérmico se inflama y cuando ha alcanzado las partes más superficiales, aparecen las ulceraciones. Respecto á la marcha del proceso, á su rápida evolución, á su malignidad, no se traducen por ninguna particularidad anatómica, á lo sumo, en estos casos, se encuentra mayor confluencia de elementos embrionarios.

Al examinar histológicamente los nódulos, se encuentran masas de tejido, más ó menos denso, implantado en el corion; con un aumento microscópico considerable, el foco aparece muy limitado: el tejido conectivo sano rodeado de haces espesos presentando el tejido lúpico una trama fina, en la que Virchow y Auspitz han visto la analogía con el tejido de granulación, consistente en un reticulum, atravesado de pequeñísimos vasos sanguíneos.

La tendencia de los trabajos histológicos recientes, es hacer jugar á las vasos la regla principal en la génesis de los tejidos patológicos. De los estudios recientes de Lang, de Klebs y otros, parece que los vasos sanguíneos y linfáticos forman, por la proliferación de sus paredes y de los elementos de la vaina adventicia, la trama del lupus y una parte de sus células; de tal modo que los nódulos jóvenes quedan formados de un tejido rico en jugo y en vasos.

Las distintas partes que constituyen la piel están representadas por elementos epiteliales que han sufrido algunas modificaciones: cuando la inflamación ha empezado por la superficie ó ha alcanzado

la capa papilar, las células de la capa mucosa proliferan, las que algún tiempo después son destruidas por la supuración ó por la descamación, quedando así los nódulos lúpicos al descubierto. Las células de revestimiento de las glándulas sebáceas y sudoríparas, lo mismo que los folículos pilosos, se hipertrofian, se keratinizan prematuramente; los folículos se obliteran á consecuencia de la degeneración papilar; los acini de las glándulas después de la retracción de su conducto excretor, permanecen llenos de una masa epidérmica. El lupus de las mucosas presenta las mismas alteraciones histológicas, modificadas apenas por su constitución anatómica especial.

Diagnóstico.

La gran diversidad en la forma que presenta el lupus en sus variedades, dependiente en parte de su localización y en parte de las circunstancias externas, dificulta el diagnóstico, siendo, por desgracia, muy frecuente que se desconozca la naturaleza de una afección lúposa, sobre todo en los principios de la enfermedad.

Los signos objetivos son:

1. *La coloración del foco.*—Si no existen fenómenos inflamatorios intensos, los focos de lupus son pardo-amarillentos; pero si constituyen pequeños focos situados por debajo del epitelio, se presentan á modo de gotitas transparentes de cera amarillo-obscura ó de azúcar candi, con las cuales se hubiera rociado la piel, (Jadassohn).

2. *La blandura y la fragilidad.*—Si falta la epidermis ó está ya alterada, se puede desde luego hacer penetrar en los tejidos fácilmente el mango de un bisturí y comprimiendo ligeramente con el dedo, queda en ese lugar la impresión digital.

3. *El curso* es esencialmente crónico, de tal modo que los anamnésticos pueden prestarnos gran auxilio y ponernos en el camino del diagnóstico, si se comprueba que una manchita pequeña é inofensiva, una pápula insignificante existía ya desde algunos años, no habiendo aumentado notablemente. Como fácilmente se comprende, esto no constituye un signo diagnóstico seguro; por una parte sabemos que en edades más avanzadas puede también tener lugar,

por cualquier circunstancia, la inoculación de bacilos tuberculosos; por otra parte, ya en la infancia pueden haberse desarrollado las formas de sífilis terciaria que tanta importancia tienen en el diagnóstico diferencial; sin embargo puede auxiliarnos un poco el fijar la época en que se produjo la afección y el tiempo que cuenta de existencia.

4. El lupus es susceptible de curar espontáneamente, pudiendo mantenerse, durante años, constituyendo una forma exfoliante inofensiva. Es importante hacer notar que «el lupus es una enfermedad que ocasiona una destrucción de los tejidos y que nunca cura con *restitutio ad integrum*.»

5. *La localización de los focos.*—Prescindiendo de las inoculaciones que se producen accidentalmente y de las autoinoculaciones producidas al rascarse, á consecuencia de las cuales, pueden producirse focos de lupus en cualquier parte del cuerpo, sus localizaciones son principalmente, en las partes que llevamos constantemente descubiertas (cara y manos).

Diagnóstico diferencial.—Se deduce del aspecto clínico que esta afección está constituida por infiltraciones inflamatorias, que pueden estar recubiertas de *escamas* ó de *costras*, y en la mayoría de los casos, de contorno circular; de aquí el parecido del lupus con las *placas eczematosas* ó de *psoriasis*. Si las infiltraciones se presentan aisladas, es posible que el lupus se confunda con las formas de *acné* ó con los nódulos de la *sífilis tubero-serpiginosa*. En el diagnóstico diferencial de todas las formas mencionadas hay que tener en cuenta que en el lupus existe una infiltración de color pardo-amarillenta, fácilmente depresible, que siguiendo un curso crónico y muy insidioso va sufriendo un aumento de dimensiones insignificante en comparación con el tiempo que lleva de existencia. Falta el color rojo vivo de la inflamación reciente del eczema, también en el folicular, designada con el nombre de acné, lo mismo que la coloración rojo intenso de la psoriasis.

Si existen procesos de destrucción ó de ulceración, quedan desde luego excluidas las afecciones que nunca destruyen los tejidos, como el eczema, la psoriasis y el liquen rúber. Al contrario hay que tener en cuenta todas las formas de lupus con destrucción (y sin ella)

para hacer su diagnóstico diferencial con las formas terciarias de la sífilis: la *analogía* consiste en que ambas formas tienden á la destrucción, teniendo propensión á extenderse hacia la periferia y á presentarse en formas circulares y serpiginosas: las *diferencias* entre ambas son las siguientes: las eflorescencias más recientes del lupus se presentan en forma de pequeños nódulos diseminados en la piel, pareciendo ligeras manchas; al contrario, los fenómenos aislados, primarios, de la sífilis terciaria son eflorescencias tuberosas, es decir, constituidas por grandes nódulos que forman constantemente prominencia sobre la superficie de la piel, de color rojo-oscuro; de consistencia dura y resistente.

Si se producen procesos de destrucción se presentan ulceraciones en las dos enfermedades; ulceraciones que presentan notable diferencia:

Las formas de lupus ulcerado no son pérdidas de substancia propiamente dichas que se profundicen en los tejidos, sino que están formados por los puntos de una infiltración lúposa, en la que ha desaparecido la cubierta epidérmica. Al contrario, la sífilis ulcerosa es casi siempre producida por la destrucción rápida de una neoplasia sifilítica que desde su principio forma prominencia en la piel. La destrucción comienza por los puntos de la neoplasia que cuenta más larga fecha, y por lo tanto, por su centro, produciéndose una profunda pérdida de substancia con sus bordes cortados á pico y escarpados, como si hubiera sido practicada «con un saca-bocado.» Los bordes de la úlcera y su fondo parecen estar irregularmente corroídos y festoneados, supuran mucho y ocasionan fuertes dolores. En una palabra, todos los síntomas demuestran el carácter *agudo* del proceso morbozo (Jadasshon). Las ulceraciones, tanto lúposas como sifilíticas, si se dejan sin tratamiento y abandonadas á sí mismas, se cubren de costras, las que presentan algunos signos diferenciales: en el lupus son delgadas, planas y sin otra cosa de particular; en la sífilis son con frecuencia gruesas, cónicas ó aplanadas, «parecidas á la concha de una ostra.»

Las *cicatrices* son diferentes en ambas enfermedades: las consecutivas á ulceraciones sifilíticas están generalmente rodeadas por

piel pigmentada, más distendidas y más gruesas que las consecutivas al lupus.

Como queda dicho, en la mayoría de los casos, la *anamnesis* tendrá importancia, puesto que las destrucciones y la gran extensión en superficie de las lesiones que se hayan producido en muy poco tiempo, hay que atribuir las á la sífilis, mientras que el proceso lúpico está caracterizado por su curso eminentemente crónico. La sífilis llega á producir en pocas semanas lesiones tales, que el lupus sólo es capaz de ocasionar después de muchos años.

Siempre que no nos sea posible con estos medios auxiliares objetivos y anamnésicos establecer con seguridad el diagnóstico, podrá ayudarnos la antigua tuberculina de Koch.—En los adultos, en caso de no existir una tuberculosis general grave, que exija que se comience con mayor cuidado empleando dosis menores ($\frac{1}{100}$ hasta $\frac{1}{10}$ miligramos), se comienza con una dosis de $\frac{1}{5}$ á $\frac{1}{2}$ miligramos, y si no se presenta una reacción local se aumenta dejando intervalos de muchos días, pudiendo llegar con el transcurso del tiempo hasta 10 miligramos.—Hay que observar exclusivamente los procesos locales.—Si al practicar la primera inyección, que es muy débil, no se presenta síntoma alguno de reacción local, se practicarán, como queda dicho, otras inyecciones, empleando cantidades mayores de tuberculina.—Al observarse una reacción local típica demuestra con seguridad la naturaleza lúpica de la afección.

Si por cualquier causa no podemos emplear la tuberculina, se puede administrar el yoduro de potasio á grandes dosis, en aquellos casos dudosos; si se trata del lupus, no perjudicaremos ni alcanzaremos ningún beneficio, aún suponiendo que se combatan oportunamente los fenómenos de yodismo que puedan presentarse, mientras que en las manifestaciones sifilíticas el efecto será seguro.

La localización del lupus en la mucosa bucal es seguramente una de las más graves y desagradables; sus lesiones son casi inaccesibles al tratamiento y poco á poco van produciendo trastornos muy marcados del lenguaje, de la deglución y de los movimientos de la lengua pudiendo decirse que en toda la dermatología nada hay más triste para el médico que el tratamiento de estos casos tan

avanzados de lupus, que uno no puede decidirse á dejar abandonados, y en los que, sin embargo, hasta las tentativas más enérgicas se han mostrado ineficaces.

Ciertos nódulos *leprosos* se parecen á los del lupus, pero fuera de su volumen más considerable y la diferente coloración, se encuentran casi siempre, en otra región del cuerpo, un tubérculo leproso característico, lo que con el auxilio de los trastornos de la sensibilidad acabaría de esclarecerse el diagnóstico.

El *cáncer*, de bordes duros y perlados, se distingue de los tubérculos lúpicos, en que éste presenta sus bordes blandos y renitentes; no hay dolor en el lupus, siendo grande en el caso de un cáncer.—Bueno será tener en cuenta la edad de los sujetos y el tiempo de evolución.

Pronóstico.

El pronóstico, como se comprende fácilmente, es muy variable; según las formas, el estado de simplicidad ó complicación, y de un modo general el pronóstico deberá ser muy reservado; debe tenerse presente que se trata de una afección que tiene por agente patógeno esencial, un elemento tuberculoso, estando por consiguiente el individuo amenazado constantemente de una tuberculización general atenuada si se quiere su virulencia, haciendo valer el argumento de que la piel es un terreno de cultura poco favorable; agregando para mayor seguridad que en esta región la fagocitosis se ejerce en mayor proporción, y enumérese, si se quiere, el número considerable de luposos que no presentan localizaciones viscerales, aún después de muchos años, lo que no impediría que en algunos casos de lupus de la piel, sigan localizaciones tuberculosas del pulmón, de la pleura, de las meníngeas, etc., según lo prueban las estadísticas de Holländer.

Se ha objetado que las observaciones han sido seguidas en enfermos de hospitales, colocados, por este hecho en malas condiciones higiénicas, al mismo tiempo que están expuestos al contagio nosoconial.—Basándose en una observación suficientemente prolon-

gada, algunos autores afirman que el lupus, en todas sus formas; la tuberculosis más atenuada de la piel, representada por el tubérculo anatómico, por ejemplo, puede ser el origen, el punto de partida de tuberculosis ganglionares y viscerales, en el número de las cuales la tuberculosis pulmonar ocupa el primer lugar.

Como afección local, la gravedad del lupus es muy clara; abandonada á sí misma, cura raramente, dejando como reliquias cicatrices indelebles, mutilaciones horribles, atresia de los orificios, destrucción parcial ó total de la nariz, con alteraciones del oído externo y medio, etc., etc.; en fin hay pocas lesiones tegumentarias, en las que la recidiva sea tan obstinada cuando ha infiltrado profundamente los tejidos, pudiendo á título accesorio, ser el punto de partida de adenopatías persistentes.

Tratamiento.

La terapéutica de la escrófulo-tuberculosis tegumentaria (lupus), como la terapéutica de toda tuberculosis local, comprende:

I. Tratamiento profiláctico.

II. Tratamiento curativo.

Comprende este último:

a). El tratamiento interior y general.

b). El tratamiento local.

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.—Este comprende según Leloir:

1º—Evitar en lo posible todo contacto de la superficie tegumentaria, con el virus tuberculoso, cualquiera que sea su origen.

2º—Tratar enérgicamente y lo más pronto posible, toda herida susceptible de haber sido bañada por el virus tuberculoso.

3º—Destruir ó aseptizar rápidamente todo foco tuberculoso, que pueda inocular secundariamente los tegumentos.

4º—Vigilar la piel de los individuos atacados de tuberculosis visceral, y modificar esta tuberculosis levantando la economía por medio de una terapéutica apropiada.

5º—Modificar el estado general de los sujetos linfáticos, por medio de una terapéutica y una higiene minuciosas; y

6°—No olvidar como dice Landouzy, que, en materia de tuberculosis, ha pasado la hora de las preocupaciones sentimentales.

TRATAMIENTO INTERNO Y GENERAL.—No se conoce hasta ahora, ninguna substancia que introducida en la economía, por cualquier vía, sea apta para esterilizar la parte de la piel sobre la que se ha implantado y vegeta el elemento patógeno del lupus, á la manera como obran el mercurio y el yoduro de potasio en la sífilis.

Algunos autores creen que diversas infecciones secundarias, definidas ó no; tales como la erisipela, la linfangiodermatitis paroxística, son microbicidas, pudiendo destruir el elemento patógeno del lupus, lo cual es pura ilusión. En todos los desórdenes graves de la economía; en todos los casos en que se produce un estado apirético prolongado, el lupus sufre una atenuación momentánea mucho más acentuada cuando se agrega una irritación local, pero en verdad el beneficio realizado es aparente, momentáneo (Kaposi), ó parcial.

Esto es aplicable también á la acción local que produce la inyección sub-cutánea de extracto glicerinado de culturas secas y puras del bacilo de Koch; esta acción local, como lo ha demostrado Vidal, da como resultado efectivo, la reducción temporal de la masa; una atenuación momentánea del proceso tuberculoso, y en ningún caso, dice Bernier, es suficiente para producir una curación verdadera; el resultado obtenido es siempre inferior al que dan los procedimientos de tratamiento de que se dispone actualmente, y algunas veces la proliferación tuberculosa, lejos de reducirse, experimenta un aumento manifiesto.—Desgraciadamente en todos los casos sin excepción, cualquiera que sea la dosis empleada, la acción no puede obtenerse sin que produzca una fiebre efemera de intensidad imposible de determinar, aun con dosis muy pequeñas, pudiendo desde la primera inyección de linfa producir la muerte, exponiendo á los enfermos, por lo menos, á accidentes graves del lado del cerebro, del corazón, de los riñones, etc. y alterando, cuando menos, profundamente la salud del sujeto.

Numerosos autores le han dado como sucedáneo la nueva tuberculina T. R., de la que Elie Faure ha hecho su estudio y á la que da la ventaja de ser inofensiva, cuando es manejada con alguna prudencia.

Algunos beneficios pueden sacarse de ciertas substancias, tales como el *iodoformo*, sea al interior y á dosis elevada, sea por la vía hipodérmica; lo mismo decimos de la *creosota*, asociada ó no al aceite de hígado de bacalao; no habiéndose señalado casos de lupus constituido, curado por alguno de estos medios.

TRATAMIENTO LOCAL.—Como queda dicho, no existe ninguna sustancia conocida que administrada al interior ó por la vía hipodérmica, pueda esterilizar los tejidos invadidos; no hay ningún cuerpo que introducido directamente en el tejido mismo, sea capaz de esterilizar ó destruir el agente parasitario, sin destruir al mismo tiempo los tejidos.

El tratamiento real es externo, y porque la extensión de este trabajo no lo permite, solo mencionaremos algunas sustancias que se han empleado, para detenernos un poco más en la descripción y tratamiento del lupus por el método de Holländer por el que han sido tratados los enfermos cuyas observaciones figuran al final de esta tesis.

Gozaron en la antigüedad de alguna fama las sustancias siguientes: cloruro de zinc, cáustico de Viena, nitrato de plata, nitrato de plomo, potasa cáustica, sales mercuriales, etc.; algunos agentes reductores, «cáusticos electivos,» ácidos pirogálico, criso-fánico, salicílico, etc.—La idea de introducir en los lupomas agentes capaces de destruir ó esterilizar es muy seductora, habiendo hecho ensayos sobre el particular Besnier y Eduardo Schiff, quien introdujo glicerina iodada al vigésimo en los tejidos luposos, sirviéndose de una jeringa ordinaria.

Método reciente, la fototerapia, ha sido creada por Finsen y se funda en que los rayos químicos comprendidos en la parte violeta y ultravioleta del espectro, muy abundantes en la luz solar y en la del arco voltaico, tienen propiedades biológicas considerables, de las cuales la más notable es la acción bactericida, determinando en la piel humana una inflamación especial.

La fototerapia tiene por objeto curar ciertas afecciones de la piel, pero únicamente aquellas que son accesibles directamente á los rayos químicos, condensando á este nivel gran cantidad de ellos, y provocando, consecutivamente, una inflamación local que termina con la reabsorción intersticial de la lesión y destruyendo las bacterias cuando existen en el foco.

Entre las ventajas atribuidas á este método, figuran las de no ser dolorosa su aplicación, las cicatrices consecutivas son perfectas, la reacción fotogenética no es destructiva.

TÉCNICA DE LA FOTOTERAPIA.—Toda fuente luminosa emite, además de los rayos luminosos, rayos químicos (violetas y ultravioletas), y rayos caloríficos (rojos é infra-rojos), deben eliminarse éstos que son perjudiciales y conservar los rayos químicos, y respecto

á los luminosos propiamente dichos son indiferentes bajo el punto de vista cutáneo.

Finsen ha imaginado un aparato solar compuesto de una lente hueca, de 20 á 40 centímetros de diámetro que descansa en un soporte movable, conteniendo una solución amoniacal de sulfato de cobre que elimina los rayos caloríficos. El aparato eléctrico se compone de una lámpara de arco de 60 á 80 amperes. Los rayos son concentrados en un punto limitado de la región enferma, y un nuevo punto es tratado durante una hora cada día.

Ultimamente Lortes y Genaud han inventado un aparato por medio del cual han tratado no de concentrar los rayos, sino de colocar á los enfermos lo más cerca posible del foco eléctrico, para evitar las pérdidas considerables que se producen en el aparato de Finsen. Algunas observaciones tiene Finsen en su estadística y mucho se puede esperar de este tratamiento.

Muy recientemente algunos clínicos han ensayado y recomiendan la aplicación algo prolongada y en repetidas sesiones de los rayos Röntgen, en el tratamiento del lupus, y según se deduce de las observaciones publicadas, parece que buenos resultados han producido, no pudiendo, sin embargo, sentarse aún una conclusión definitiva, «porque se necesita una experiencia más larga y que transcurra algún tiempo, algunos años, para que pueda asegurarse que están ya libres de nuevas recidivas.»

No discutiremos el modo como obran los rayos Röntgen y por lo tanto consignaremos tan sólo que bajo el punto de vista clínico, se observa, después de algunas sesiones de irradiación, una reacción inflamatoria evidente y que esta reacción parece ser la que determina el cambio favorable en la marcha del proceso, conforme se observa también en muchas otras circunstancias después de la aplicación de los rayos X. Sea como quiera, después de esa franca reacción flegmática se va formando una cicatriz blanda, lisa y poco retráctil, (Von Bergmann).

Jacquot estudia (Tesis de París 1901) la producción de corrientes de alta frecuencia: la corriente de una batería de acumuladores en comunicación con una bobina de 25 de chispa. El resonador Oudin, primer modelo, es el que conviene según Jacquot al lupus eritematoso; el electrodo empleado es el de Bisserié.

Las sesiones muy variables en duración sin pasar de 3 minutos y los efluvios deben ser muy débiles, espaciando las aplicaciones durante algunos días. El tratamiento determina cierta irritación, y la piel se pone lisa y relumbrosa.

El autor concluye diciendo que las corrientes de alta frecuencia tienen una acción real en el lupus eritematoso, siendo el método de elección en lupus aberrants, resultando menos eficaces en los lupus fijos y que sus ventajas son: sesiones cortas, ningún dolor, posibilidad para el enfermo de continuar sus ocupaciones, y resultados plásticos bastante satisfactorios; ventajas que hacen esperar mucho de este tratamiento en las distintas enfermedades de la piel.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.— El tratamiento quirúrgico del lupus comprende dos órdenes de procedimientos: sangrantes y no sangrantes. Los primeros comprenden: la extirpación, la ruginación y la dilaceración ó escarificación. Los procedimientos no sangrantes son: la electrolisis, la cauterización ígnea y la cauterización con aire supercalentado (Holländer).

Todos estos métodos han sido empleados, teniendo algunos de ellos verdadero valor; no los describiremos detalladamente y pasamos á ocuparnos del método de Holländer, tratamiento por el cual han curado los enfermos de las observaciones que figuran en este trabajo.

A través de un tubo metálico arrollado en espiral sobre un potente mechero de Bunsen, se hace pasar por medio de un fuelle una corriente de aire, la que alcanza la temperatura de 300 á 400° centígrados. Un termómetro de alta temperatura adaptado al aparato, podría servir para indicarnos los grados de calor con que deseamos trabajar. Por la acción de esta corriente de aire localizada á la parte enferma y á las partes más próximas, la piel se levanta primeramente en forma de ampolla, poniéndose después completamente blanca, transformándose finalmente en una escara negruzco-amarillenta y completamente seca; generalmente al llegar á este período se puede interrumpir la aplicación, puesto que la necrosis del tejido enfermo se produce más rápidamente que la del sano, siendo frecuente que recobre sus propiedades primitivas.

Las aplicaciones es preferible hacerlas bajo la narcosis clorofórmica, ó en combinación con la solución Schleich, siendo los dolores poco intensos después de la aplicación. Es conveniente aplicar apósitos con lanolina ó vaselina boricadas posteriormente; al cabo de poco tiempo se ven formarse granulaciones de buen aspecto que casi siempre producen una cicatriz lisa y muy satisfactoria desde el punto de vista estético.

Investigación microscópica.

Con el objeto de determinar el efecto de la quemadura, nos decidimos llevar á cabo los siguientes experimentos. Nos había llamado la atención, á menudo, al estudiar los trabajos referentes al método de Holländer, que existiesen opiniones tan divergentes, con respecto á la intensidad de acción del aire caliente.

Algunos autores la declaran superficial é incapaz de penetrar lo suficiente para poder destruir el tejido enfermo, de donde la opinión de Spitzer, que su efecto no sería sino paliativo. Otros autores, en cambio, incluyendo á Holländer, indican que se pueden obtener todos los grados de la quemadura, hasta la carbonización de los tejidos si se desea; ésto no implicaría necesariamente profundidad de acción, pues se comprende fácilmente que si el efecto cauterizante ó la alta temperatura del aire se agotara pronto al contacto de la piel, se carbonizarían con facilidad las partes superficiales y una vez carbonizadas, formarían un impedimento poderoso para una acción más profunda.

Es interesante averiguar con ayuda del microscopio, hasta que punto se han afectado las capas de la piel por el chorro de aire, especialmente en combinación con la solución Schleich, la cual interponiéndose en las mayas del corion y del tejido sub-cutáneo debía debilitar la acción del calor.

Para controlar la temperatura del aire y careciendo de un termómetro adecuado para poder medirla exactamente, expusimos pedazos de papel y algodón á la acción del chorro de aire, los que tomaban rápidamente una coloración cobriza, lo que indicaría una elevación mínima térmica de 180°. Creemos que esta pequeña precaución, constituyendo una prueba sencilla, debería emplearse cada vez que se use el aparato.

No nos cabe duda que muchos autores no habiendo encontrado medio para controlar la temperatura, han trabajado con temperaturas demasiado bajas, y los resultados obtenidos, y la discrepancia, podrían explicarse por esta razón.

No encontrando en la literatura médica datos referentes al asunto, emprendimos con el Doctor Lehnhoff W. la investigación histológica, y yo mismo me dejé hacer una cauterización en la región lumbar del lado izquierdo, previamente anestesiada por la solución Schleich, de diez segundos de duración y sacando por medio de dos insiciones convergentes la parte de piel comprendida por la quemadura;

haciendo también en el joven Ernesto Mendizábal, con iguales cuidados, cuatro cauterizaciones en la misma región, de 20, 30, 40 y 60 segundos de duración; cuyo resultado microscópico pasamos á describir. En el corte ⁽¹⁾ de un pedazo de piel que había sido expuesto á la acción del aire caliente, á una distancia de $\frac{1}{2}$ á $\frac{3}{4}$ centímetro y por espacio de 20 segundos, se notaron los cambios microscópicos siguientes: hinchazón considerable y aumento de tamaño del estratum córneo de la epidermis; el estratum córneo separado del estratum de Malpigio en muchos lugares, probablemente por exudación serosa; las papilas borradas, confundándose en los lugares en donde la acción del calor alcanzó mayor intensidad; en estos lugares tiñe la hematoxilina muy intensamente el tejido conjuntivo en una extensión de medio milímetro macroscópicamente, llegando microscópicamente hasta la parte reticular del córion; en esta región se nota una disminución considerable de núcleos tingibles; sin embargo, ni los vasos sanguíneos ni los canales secretores de las glándulas sudoríparas parecen haber sido destruidos completamente. La modificación del tejido la demuestra la tingibilidad de la trama conjuntiva que se ha vuelto vasófila y suministra una manera cómoda de distinguir la extensión del efecto del calor.

Pasamos de una vez á la descripción del tejido expuesto durante 60 segundos á la acción del aire: en este corte se nota una disminución notable del grosor de la capa epitelial, en aquellos puntos expuestos al calor durante el tiempo más largo, no se observan soluciones de continuidad en el espesor de esta capa, ni entre la de Malpigio y el córion, probablemente debido á que dichos huecos desaparecieron con la evaporación de la linfa que dió lugar á ellos. Todos los tejidos destruidos en la extensión macroscópica, alcanzan un milímetro; apenas se nota uno que otro núcleo teñido; sin embargo, existen aún algunos capilares que conservan la tingibilidad ó facultad de teñirse y es de notarse, que las glándulas sebáceas á pesar de encontrarse en la intimidad de la zona teñida intensamente por la hematoxilina, parecen muy poco ó nada afectadas por el calor; también en el tejido conjuntivo existen uno que otro núcleo teñido. La acción del calor atravieza todas las capas y llega hasta el tejido laxo sub-cutáneo. Creemos que á pesar de la conservación de uno que otro núcleo, todo el citado tejido, teñido intensamente por la hematoxilina debe considerarse como muerto.

(1) Inclusión en celoidina; teñido con hematoxilina y eosina.

No describiremos en detalle las modificaciones que encontramos en los intermedios, pues no representan sino grados de transición entre los dos extremos que dejamos descritos.

De lo anterior se deduce prácticamente, que la acción del aire caliente es en efecto, superficial, si no se prolonga durante el tiempo necesario, y nuestros interesantes experimentos nos demuestran que en una piel poco modificada que se asemeja á la normal, el tiempo mínimo para obtener la destrucción completa de la epidermis es de 60 segundos, á una distancia media, de medio centímetro: en tejido modificado, como en el lupus, sobre todo cuando se trata de tejido ulcerado ó infiltrado y más succulento que la piel normal, es probable que la exposición podría acortarse un poco; costras y espesamientos de la epidermis, deberán por el contrario, debilitar mucho el efecto, y en estos casos talvez sea conveniente, como ya otros autores lo han aconsejado, hacer preceder un raspado á la aplicación del aparato de Holländer.

La carbonización propiamente como indica Holländer, no la hemos podido obtener, á pesar de que no podemos tachar nuestro aparato de mal funcionamiento, puesto que la prueba hecha con los retazos de papel y el algodón nos demuestran lo contrario.

Creemos que no sería imposible modificar el aparato, en el sentido de obtener una corriente de aire aún más caliente, produciendo así mayores efectos, sin embargo, sería de ensayarse primero si de tal modificación resultaría un progreso.

* * *

Como resumen general de los métodos de tratamiento, debemos hacer algunas consideraciones.

Algunas formas requieren un tratamiento puramente quirúrgico; particularmente el lupus de las extremidades hacen necesaria la amputación de los dedos y muchas veces de la mano y el pié. En la cara se practican ingertos, se dilatan y se mantienen abiertos los orificios de la boca, de la nariz y del oído.

Imitando el tratamiento de Bier por la estancación sanguínea, para las articulaciones tuberculosas, se puede también tratar el lupus por medio de *estrangulaciones prolongadas*, (anillos, vendas); en los sitios en que no se pueda aplicar la estrangulación, se puede sustituir

por la aplicación de ventosas, destruyendo posteriormente el foco por medio del aire caliente. ⁽¹⁾

El tratamiento por la tuberculina, practicado según el método de Ehrlich, empleando dosis mínimas, separadas por intervalos de muchos días, puede considerarse como auxiliar en todos los métodos de tratamiento. Las inyecciones son verdaderamente útiles para poder comprobar por medio de la reacción local, hasta que punto se ha obtenido la curación; así, en vez de pasar semanas y meses aguardando que se produzca la recidiva, emprenderemos el tratamiento con más energía.

Las estrecheces cicatriciales del orificio bucal y las retracciones acompañadas de rigidez, se consigue hacerlas desaparecer y se obtiene un aumento de los movimientos por medio de inyecciones subcutáneas de tiosinamina, (solución acuosa al 10% de glicerina, 1 *cc.* *pro die*).

Por último, la regla general es, hacer oportunamente el diagnóstico y proceder al tratamiento enérgico, sin miramiento alguno: «cuanto más pronto se conozca la enfermedad, tanto más probable será que el tratamiento obtenga positivos y grandes resultados.»

OBSERVACIONES

I

Héctor Andreis, bien constituido, de 23 años de edad, se presenta á la Clínica del Dr. Lehnhoff W. en el mes de julio de 1900, quejándose de una ulceración que ocupa el borde superior del pabellón de la oreja izquierda y de la que padece desde hace dos años.

El aspecto de la ulceración hace pensar, desde luego, en un lupus vulgar; el pabellón se encuentra en su borde superior, «carcomido,» en una extensión como de dos centímetros y medio, habiendo una pérdida de sustancia cuyo diámetro, en su parte más ancha, sería como de un centímetro próximamente. La superficie está en parte ulcerada, en parte cubierta de costras sucias sin señales de granulación.

(1) El método de Bier es demasiado reciente para admitir una conclusión.

El examen del enfermo no revela nada de particular; niega haber sufrido de sífilis.

Bajo la acción clorofórmica, (mezcla de Schleich,) se cauteriza intensamente la parte enferma con aire supercalentado hasta que toda la superficie y piel sana, al rededor de la úlcera, ha adquirido la coloración y la consistencia del pergamino, aplicando después una pomada de vaselina boricada y renovando este apósito todos los días. Poco á poco se va cubriendo la herida de piel fina pero resistente, quedando, al cabo de un mes perfectamente cicatrizada y sin que haya habido recidiva después de casi 7 años de verificada la curación. Debemos decir que el enfermo había sido tratado anteriormente por otros médicos por los medios corrientes, sin resultado.

II

C. F., hombre bien constituido, como de 45 años de edad, viene quejándose de una ulceración y notable hinchazón de la nariz, cuyo principio hace remontar á 18 años atrás.

El enfermo cuenta que su mal le apareció como un granito pequeño, sobre el lado izquierdo de la nariz, granito que al pelarse dejaba al descubierto una úlcera, la que se cubría nuevamente de una costra que el enfermo solía arrancarse sin que se llegara á curar definitivamente, no pudiendo «secar» á pesar de toda clase de remedios empleados. Aquella ulcerita fué creciendo, encaminándose arriba hacia el párpado inferior que ha llegado á destruir en su mitad externa, é invadiendo consecutivamente la conjuntiva ocular, y alcanzando posteriormente la córnea, produciendo en ella una perforación con pérdida de la visión distinta de ese lado. También hacia abajo ha ido caminando el proceso con el transcurso de los años, invadiendo y modificando completamente la punta de la nariz, la cual se encuentra convertida en un «florón,» como suele expresarse el enfermo, aumentada esta región de volumen y compuesta de un tejido laxo cuyas granulaciones rojas aparecen libremente en muchos sitios.—Sobre el lado izquierdo de la nariz alternan pedazos de ulceración reciente con trechos antiguos, cubiertos de cicatrices tirantes y más ó menos espesas.—Costras sucias cubren la piel aquí y allá, debajo de las cuales se encuentra tejido ulcerado.

El enfermo niega toda clase de infección sifilítica; es padre de varios hijos sanos. El tratamiento anti-sifilítico instituido por otros médicos, en diferentes ocasiones, había dado un resultado negativo.

En vista de la apariencia de la enfermedad, de su aparición muy remota, en edad relativamente joven y la falta de antecedentes sifilíticos y á la inutilidad del tratamiento específico empleado, se formuló el diagnóstico de lupus vulgar y se procedió al tratamiento por el método de Finsen, aparato que el mismo enfermo hizo venir de Europa, y á pesar de un tratamiento constante y de varios meses de duración, ayudado también por el uso de la adrenalina, se obtuvo apenas una mejoría insignificante, por lo cual se decidió recurrir á un procedimiento más enérgico.

En completa narcosis y usando la mezcla de Schleich N° 3, se procedió con la cucharilla de Volkmann á hacer un raspado completo en toda la superficie ulcerada, menos en la región del ojo, que el enfermo rehusó sacrificar, después de cohibir la hemorragia parenquimatosa, por medio de una compresión pareja y sostenida durante un par de minutos, se aplicó posteriormente un chorro de aire caliente hasta lograr el aspecto apergaminado; aplicando en seguida una pomada boricada y se cubrió con gasa aséptica; curación que se cambiaba con alguna regularidad.—Después de un par de meses la herida fué cubriéndose de una epidermis pareja y delgada que conserva aún el enfermo, quedando perfectamente curada toda la antigua ulceración.

Como el ojo enfermo que no había recibido, por razones comprensibles, el mismo tratamiento, le molestara al enfermo constantemente, se procedió á hacer la estirpación del mismo, lo mismo que de la glándula lagrimal y resecando el párpado lupo.

La curación se hizo por primera intención, aprovechando la oportunidad para cauterizar, al mismo tiempo, dos pequeños nódulos de aspecto sospechoso que habían aparecido en el lado de la nariz ya cauterizada anteriormente. El aspecto consecutivo ha sido muy satisfactorio, haciendo abstracción de la punta de la nariz, debido á lo adelantado del proceso se produjeron por la pérdida de sustancia dos perforaciones fáciles de corregir por medio de una autoplastia, á la cual el paciente no ha querido someterse.

El enfermo ha quedado libre de recidivas en un período que pasa ahora de 6 años, y la piel de la cicatriz perfectamente normal, lisa y de aspecto análogo á la del resto del cuerpo, si acaso más delgada, ventaja sobre la que todos los que han usado el aparato de Holländer, han insistido.

III

S. C. natural de Guatemala, de 32 años de edad; se presenta á la clínica del Doctor Lehnhoff W. en el mes de Junio de 1900 á consultarle una enfermedad de las narices.

ANAMNÉSICOS.—Nos cuenta este señor que estando en la República de El Salvador, en el mes de Febrero de 1900, notó un día en su fosa nasal izquierda una pequeña ulcerita, del tamaño de una lenteja, indolora, de superficie escamosa; estas escamas al desprenderse dejaban al descubierto una superficie cruenta de la que manaba pequeña cantidad de un líquido inodoro y ligeramente teñido. En esta misma época le aparecieron en la garganta algunas granulaciones. Atribuye dicho enfermo su mal á los excesos alcohólicos; «á consecuencia, refiere, de tomar algunas copas durante algunos días,» le apareció ardor y dolor en la garganta lo mismo que su ulceración nasal.

No encontramos ningún dato referente á la sífilis; tiene tres hijos sanos.

Consultó por aquella época á muchos médicos sin que ninguna medicina haya conseguido curarlo y el mismo Doctor Lehnhoff W. le puso como piedra de toque, quince inyecciones de sublimado (1 c.c. de la solución 1 %) sin ningún resultado, y entonces desechando la idea de que se tratara de una afección específica y en la creencia de la existencia de una ulceración tuberculosa, se decide practicar una cauterización con aire supercalentado, siguiendo el método de Holländer.

Bajo la acción clorofórmica (acompañado del Doctor Salvador Casco), se le hace una cauterización de algunos minutos de duración, cubriendo después la herida con una pomada boricada, y como ésta se practican cuatro cauterizaciones más, con algunos meses de intervalo, sin conseguir un resultado definitivo; por último, la quinta se practica sin cloroformo, la que dicho sea de paso el enfermo soportó perfectamente, obteniéndose un resultado satisfactorio; la cicatriz se establece á los pocos días, lisa, regular y fina.

Es de notar que los folículos pilosos han sido destruidos, por el calor, en dicho lugar.

Hace 7 años que está curado definitivamente y su estado no ha sufrido ninguna alteración; como recuerdo le queda una pequeña cicatriz, situada entre el tabique y el suelo nasal como he tenido ocasión de convencerme personalmente, al examinar al enfermo hace poco tiempo, con motivo de esta tesis. ⁽¹⁾

(1) Estas observaciones han sido recogidas de la clientela civil del Doctor Don Federico Lehnhoff W.; en las operaciones colaboró el Doctor Don Salvador Casco.

Conclusiones.

El tratamiento de lupus por el método de Holländer, está indicado:

1º—En los casos en que no se necesite ejercer una acción muy profunda (Observación número I).

2º—Cuando esta acción profunda sea necesaria como complemento del raspado (Observación número II) ó seguido del tratamiento por medio de agentes reductores, «cáusticos electivos.»

3º—En los casos de difícil acceso (Observación número III), cavidades, etc.

Las ventajas son:

Sobre el raspado; la falta de hemorragia, la ausencia de peligro de tuberculosis miliar, el aspecto mucho más natural de las cicatriz y la menor frecuencia de recidivas.

Sobre los demás tratamientos: la rapidez de ejecución, el instrumental sencillo y poco costoso, el fácil manejo, la ausencia de dolor post-operatorio, la facilidad de poder hacerlo, á menudo, con la anestesia regional de Schleich, y sobre todo, el tan favorable resultado cosmético; ventajas que no reune, juntas, ninguno de los otros métodos.

Ambrosio Lonce S.

Vº Bº,

F. Lehnhoff W.

Imprimase,

J. J. Ortega.

PROPOSICIONES

ANATOMÍA	Uretra.
FÍSICA MÉDICA	Galvanómetros aperiódicos.
BOTÁNICA MÉDICA	Rheum palmatum.
ZOOLOGÍA MÉDICA	Tœnia saginata.
FISIOLOGÍA	Glándulas sudoríparas.
HISTOLOGÍA	Celoidina.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA	Protargol.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA...	Acido salicílico.
PATOLOGÍA GENERAL	Hidropesía.
PATOLOGÍA EXTERNA	Lupus.
PATOLOGÍA INTERNA.....	Tísis laríngea.
CLÍNICA QUIRÚRGICA	Diagnóstico del testículo sifilítico.
CLÍNICA MÉDICA.....	Exantemas.
MEDICINA OPERATORIA	Traqueotomía.
HIGIENE	Destete.
TERAPÉUTICA.....	Cloruro de etilo.
OBSTETRICIA	Contra indicaciones del forceps.
MEDICINA LEGAL	Aborto espontáneo.
GINECOLOGÍA	Operación de Porro.
BACTERIOLOGÍA.....	Cultura en medios sólidos.
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Cáncer del estómago.
TOXICOLOGÍA.....	Envenenamiento por el ácido fénico.
FARMACIA	{ Preparación de las inyecciones hipo- dérmicas.