



# LUPUS

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA I FARMACIA

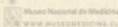
POR



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Israel Borquez S.



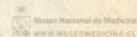
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

(Interno de la Casa de Orates de Santiago)

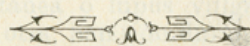
El presente trabajo fue por primera vez presentado en la Biblioteca Municipal de Santiago en un curso que tuvo lugar el día 12 de Julio de 1900. Este curso fue organizado por el Sr. Dr. Federico T. Lathrop, quien en ese momento era Director de la Biblioteca Municipal de Santiago. Este curso fue el primer curso que se dio en la Biblioteca Municipal de Santiago y tuvo un gran éxito. Este curso fue el primer curso que se dio en la Biblioteca Municipal de Santiago y tuvo un gran éxito.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

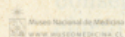


Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

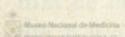
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



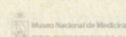
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

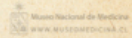
IMPRENTA VALPARAISO DE FEDERICO T. LATHROP

1900

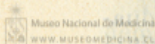
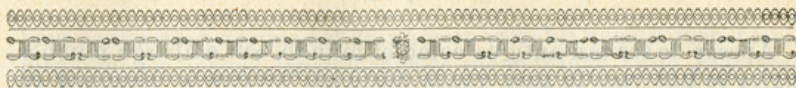


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El presente trabajo tiene por principal motivo, presentar ante la Honorable Comisión Examinadora los esfuerzos que ha hecho la medicina para combatir uno de los males mas tenaces i odiosos de la sociedad.

La tuberculosis cutánea o lupus vulgar por una parte i el lupus eritematoso por otra, han sido durante muchos años la poderosa valla contra la cual se ha ido a estrellar impotente la ciencia terapéutica, siendo necesario en muchos casos, el aunamiento de todos sus esfuerzos para conseguir siquiera detener su marcha progresiva i aniquiladora.

Todos los métodos curativos inventados, tanto tratamientos internos como externos, han resultado estériles, pues los que mas han conseguido, no han llevado su acción mas allá de retardar en un cierto tiempo las recidivas.

Al emprender este pequeño trabajo no me han halagado las esperanzas de llegar a soluciones acabadas i estables, pero siquiera he querido creer que haciéndolo, pongo de manifiesto que no en vano los hombres trabajan i que algo tiene que ceder el terrible mal de la destrucción, ante el empuje avasallador de la ciencia que día a día le va arrebatando sus víctimas en medio del aplauso de las multitudes que observan esta gloriosa marcha triunfal.

El lupus, enfermedad traidora, ataca la parte mas noble de la belleza física, pues, elije generalmente como campo de destrucción la cara, i allí donde ella llega imprime la fealdad i el desperfeccionamiento de las facciones.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Apesar de ser tan antigua como el mundo, sin embargo muchos siglos se han pasado para que la medicina viniera a descubrir en parte los secretos de su anatomía patológica i patojenia, i digo en parte, porque aun hoy existe todavía i al parecer con mas argumentos comprobatorios la dualidad del lupus. Recientes investigaciones posteriores i conclusiones sacadas de sabias observaciones anatómo-patológicas han venido a poner casi de manifiesto que la dualidad debe existir i que el lupus eritematoso es una afeccion distinta del lupus tuberculoso o vulgar.

Sobre esta base he querido hacer la descripcion de estas dos afecciones, tratando de colocar las variedades clínicas de la una frente a las variedades clínicas de la otra i así con su anatomía patológica i patojenia, puntos sobre los cuales insistiré preferentemente. Trataré con mas detencion el tratamiento de estas dos afecciones i sobre todo llevaré mi atencion hacia el tratamiento de Holländer sobre el cual presentaré una serie de observaciones.

Comprenderá la Honorable Comision que este modesto trabajo no lleva ideas propias. Me he limitado a reunir los últimos conocimientos que se tienen sobre el particular, i a seguir en la clínica la observacion de los casos que citaré mas adelante. Cumplo con el alto deber de dejar constancia aquí que para emprenderlo, he contado con el valiosísimo i jeneroso concurso de los doctores Moore i Barrenechea para los cuales van dedicadas especialmente estas pájinas.

## LUPUS

Desígnase con este nombre a dos afecciones conocidas con los nombres de lupus vulgar o tuberculoso i lupus eritematoso.

**LUPUS VULGAR—VARIEDADES CLÍNICAS—**Se llama lupus vulgar una afeccion caracterizada por pequeños tubérculos o pequeños nódulos superficiales como encajados en el démis.

Los nódulos tuberculosos que la caracterizan hacen una eminencia variable en la superficie de la piel, segun que se encuentren mas o menos profundos. Su forma es redondeada i su volumen no sobrepasa al de una cabeza de alfiler o de un grano de mijo. Son translúcidos, friables i de un color rojo pálido amarillento (azúcar de cebada). Se les puede dislacerar fácilmente i cuando están unidos, dan a la palpacion una cierta sensacion de blandura. El tejido de estas nudosidades es muy vascular; sangran fácilmente cuando se las dislacera. Los vasos son a veces tan abundantes, que dan al conjunto todo el aspecto de un naevus (lupus telanjectiásico o anjiomatoso). Los tubérculos son espontáneamente indoloros pero a la presion presentan cierta sensibilidad. Lijeramente aislados o



bien confluentes agrupados en número variable constituyen placas mas o ménos anchas, irregularmente redondeadas i que presentan una marcha lentamente estensiva i centrífuga. Miéntras que la periferia de la placa crece, su parte central sufre una metamorfosis ya ulcerativa o ya cicatricial. Este estado cicatricial es característico.

Atendiendo a la tendencia evolucionativa del lupus vulgar podemos establecer dos formas o grupos.—Segun que el lupus tienda a la atrofia cicatricial tenemos el *lupus no ulceroso*; segun que tienda a la ulceracion tenemos el *lupus ulceroso*.

LUPUS NO ULCEROSO.—Presenta tres variedades principales: 1.º lupus plano, 2.º lupus prominente que es la forma mas ordinaria i 3.º lupus elefantiasico.

En el *lupus plano* los tubérculos son a veces tan poco salientes que la afección puede ser confundida con el lupus eritematoso. Esta variedad elije mas a menudo la rejion de la mejilla. Está constituida por una placa primero mui pequeña susceptible de crecer por estension o por confluencia i que puede desarrollarse e invadir una gran parte de la cara. Esta placa es roja morena i bien limitada. Su superficie es lisa, luciente i como barnizada algunas veces cubierta de escamas grandes o pequeñas. En algunos casos las placas sufren como una especie de dejeneracion colóidea i toman una trasparencia especial. Este lupus es en jeneral indolente i a veces es bastante prurijinoso. Al cabo de un cierto tiempo se produce en el centro de cada placa una cicatriz blanquecina miéntras que en la periferia los tubérculos luposos continúan su marcha invasora. En ciertos casos viene la terminacion espontánea por cicatrizacion, pero jeneralmente no se llega a la curacion i la enfermedad dura lo que la existencia del individuo.

En el *lupus prominente* hai una infiltracion moderada de la piel en el sitio correspondiente a las placas luposas. Los nódulos aglomerados forman eminencias blandas elásticas, aisladas o reunidas en placas redondas del tamaño de una arveja, a veces como una avellana, de un rojo mas o ménos pálido o mas o ménos encendido. Al lado de estos nódulos salientes hai otros mas profundos que infiltran el dérmis i aun el tejido celular subcutáneo, todo esto apreciable solo a la palpacion. Las masas lúpicas determinan en su periferia una reaccion inflamatoria bastante viva i vascularizacion exesiva del dérmis con dilatacion de sus vasos. A veces el dérmis i el tejido celular subcutáneo estan infiltrados i espesados por el edema linfático. A los alrededores de la placa la piel está violácea i su grosor forma contraste con el de las partes sanas. El lupus prominente puede llegar a ser vejetante; si se sitúa en la nariz éste órgano toma la forma de un tumor abollonado del volúmen de una nuez i mayor todavia, que engloba el vértice de la nariz, las alas i el subtabique i se recubre de una costra verduzca bajo la cual se encuentran botones fungosos i rojos. Este lupus vejetante se ob-



serva tambien en los labios i de ahí puede invadir la cara que se pone roja i se cubre de vejetaciones simulando el acné rosáceo hipertrófico o aun la lepra tuberculosa.

En el *lupus elefantíásico*, la infiltracion tuberculosa i el edema del tejido celular subcutáneo, llegan á su mas alto grado de desarrollo a causa de los obtáculos que existen en las circulaciones venosa i linfática. Esta forma se sitúa con preferencia en los miembros inferiores i algunas veces en los superiores i en la cara. Cuando se acompaña de lupus de estas partes el diagnóstico se facilita enormemente. Los miembros inferiores se duplican de volumen se ponen cilindricos i pierden sus formas naturales; los ortijos se deforman i se sueldan entre sí englobados por la masa elefantíásica. En la superficie del lupus la epidermis está ya, lúcente como distendida o ya engrosada i cornificada. Sobre esta masa hirsuta se encuentran ulceraciones cicatriciales i en ciertos puntos tubérculos de diferentes volúmenes i de duracion tambien diferente. En los miembros superiores se presentan las mismas lesiones pero ménos pronunciadas. En la cara produce una deformacion especial del rostro: las mejillas tumefactas tienden a quedar pendientes, los lábios engrosados, el orificio bucal estrechado, los párpados hinchados i acercados, las orejas voluminosas i deformadas.

Esta forma de lupus puede observarse tambien en los órganos jenitales sobre todo en la verga que toma un aspecto tumefacto e infiltrado. En la vulva constituye lo que se llama el estiomeno vulvar.

**LUPUS ULCEROSO.**—Esta forma comprende dos variedades: el lupus tubérculo-ulceroso i el lupus pústulo-ulceroso.

En el *lupus tuberculo-úlceroso*, los tubérculos presentan tendencia al reblandecimiento caseoso, la epidermis se altera, se adelgaza, se desgara, los tubérculos se vacian i dejan en su lugar una ulceracion de forma redondeada u oval. Los bordes de la úlcera se continúan insensiblemente con la piel vecina, algunas veces están desprendidos o recubiertos de botones fungosos o sanguinolentos. La piel que circunda la ulceracion está violácea infiltrada de tubérculos. Las ulceraciones son únicas o múltiples, a menudo poco profundas, se encuentran a veces casi al nivel de la piel; en ciertas formas son mas escavadas i su fondo está constituido por una supercie de un gris amarillento, friable infiltrada por el tejido neoplásico, cubierta de botones salientes, bañada por un líquido sanioso, purulento, algunas veces sanguinolento concretándose en costras ya delgadas i grises, ya espesas i amarillas. En ciertos casos afecta una forma como semejante a la variedad pústulo ulcerosa. La evolucion de la ulceracion es variable: o bien permanece limitada o bien se estiende en superficie i en profundidad. Estos diversos modos de evolucion sintetizan dos sub-variedades: el lupus serpijinoso i el lupus vorax o terebrante.

En el lupus *serpijinoso*, las ulceraciones siguen una marcha bas-

tante irregular: la presencia de nódulos en sus bordes, su reblandecimiento i abertura causan la estension gradual de la ulceracion primitiva. A medida que una úlcera cicatriza se invade otra rejion que está vecina i así se establecen líneas cicatriciales en las cuales nuevos brotes tuberculosos, pueden con el tiempo dar lugar a nuevas ulceraciones.

El lupus *vórax* aparece jeneralmente en la cara, sobre todo en la nariz: los nódulos principian por el vértice, toman las alas, luego el tabique i todas las fosas nasales. En todas partes los tubérculos se reblandecen i producen enormes ulceraciones de fondo fungoso i supurante que lo destruyen todo: se forma una sola cavidad de la boca i de las fosas nasales por la perforacion del velo del paladar i el infeliz enfermo aparece en una figura horrorosa con sus dientes descubiertos a causa de la destruccion del labio superior. La voracidad de esta forma es tal que a veces se estiende a los párpados que son destruidos o invertidos en ectropion; en otros casos ulcera hasta el pabellon de la oreja i hace que este órgano contraiga adherencias con la pared craneana. En rarísimos casos esta forma ataca las estremidades i produce la destruccion de uno o varios dedos (lupus mutilante).

*Lupus pústulo-ulceroso*.—Como su nombre lo indica se caracteriza por una placa roja de infiltracion lúpica, sobre la cual se desarrollan pústulas ya aisladas o confluentes. En este caso son pequeñas i cuando están aisladas son voluminosas. Las pústulas no tardan en romperse i entónces sobre su superficie se forman costras que dan a la placa todo el aspecto de costras impetijinosas (lupus impetijinoso). Esta forma tiene una evolucion rápida pero nunca hace los estragos del lupus *vórax*. Se sitúa jeneralmente en la cara.

### Lupus eritematoso - Variedades clinicas

El lupus eritematoso está caracterizado por un eritema que se desarrolla del centro a la periferia, cubierto de ligeras escamas con tendencia a la atrofia cicatricial.

Bautizada con este nombre por Cazenave, habia sido observado anteriormente por Bateman i Rayer, luego descrita por Bielt en 1828 i mas tarde por Hebra que la llamaba seborrea conjestiva.

El lupus eritematoso se encuentra rara vez en la infancia i en la vejez, lo cual puede esplicarse por la muerte jeneralmente precoz de los individuos atacados; parece mas frecuente en la mujer que en el hombre. La forma aguda ha sido observada hasta hoi solo en mujeres jóvenes i no siempre en personas débiles i deprimidas.

El lupus eritematoso es polimorfo en su mas alto grado. Se pue-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

den distinguir en él dos formas: una *aguda deseminada* i otra *forma crónica* en la que hai diversas variedades.

*Forma aguda deseminada.* — Descrita primeramente por Kaposi ha sido mas tarde observada varias veces, particularmente por Besnier i por Hallopeau. La afeccion comienza jeneralmente por la cara i se manifiesta por la aparicion de manchas lenticulares que luego se estienden escéntricamente i alcanzan algunos centímetros de diámetro; deseminadas, sin órden por la rejion, preséntanse lijeramente prominentes i de un tinte rojo vivo; al principio son mui prurijinosas. A no tardar las placas eruptivas continúan ensanchándose; se vuelven a trechos confluentes i la mayor parte del rostro puede resultar así progresivamente invadida, el cuero cabelludo puede serlo igualmente i se nota entónces que los cabellos adelgazan i caen en ciertos puntos. La erupcion no tarda en propagarse al tronco i a los miembros i en estas rejiones se halla siempre constituida por manchas eritematosas de progresion escéntrica, no excediendo al principio de las dimensiones de un grano de alpiste i llegando hasta las de la palma de la mano. Su parte central es en los comienzos mas oscura; mas tarde palidece i se deprime, al mismo tiempo que se forma un relieve periférico. En el área de esas placas pueden producirse vesículas, ampollas o equímosis: se forma rápidamente una descamacion furfurácea que empieza por el centro de cada placa al nivel del cual los tegumentos aparecen infiltrados i engrosados.

Los sitios que con preferencia ocupa esa erupcion son el rostro i las manos. La cara puede resultar interesada en la mayor parte de su estension, si bien quedan siempre ciertos puntos indemnes como el circuito de los orificios nasales i el pliegue de la barba. Sobre el cuero cabelludo la erupcion es de ordinario mas deseminada bajo forma de placas irregularmente circulares. En el cuello las placas confluentes pueden formar como una corbata i descender hasta el tórax i se las ha visto ocupar toda su parte superior i descender hasta la línea central i divisoria de las mamas. En las otras partes del tronco esas alteraciones aparecen mas deseminadas. Los miembros pueden ser invadidos en toda su altura pero donde la erupcion se presenta confluyente es en las estremidades; las caras palmares de los dedos ofrecen numerosas placas eruptivas que se observan igualmente sobre el dorso de las manos i al nivel de las articulaciones del puño. Ménos abundantes son en la planta de los piés. La erupcion viene por brotes sucesivos que pueden acompañarse de una reaccion febril intensa jeneralmente remitente. Las placas eruptivas pasan por diversas fases; su color rojo vivo inicial se pone mas oscuro en su parte central, luego se atenuan progresivamente al mismo tiempo que toma un tinte lívido pudiendo volverse equimótico; la depresion central termina a veces por la formacion de una pequeña cicatriz mui superficial.

Al mismo tiempo pueden aparecer otros elementos eruptivos:





a veces pápulas gruesas como gránulos de alpiste i dispuestos en líneas, otras veces son placas ortigadas. Cada nueva erupcion se manifiesta por verdaderas crisis de prurito mas o ménos intensas.

Cuando el lupus toma esta marcha sucesivamente invasora se vé que las partes invadidas toman un carácter esclerodérmico sobre todo en las estremidades digitales; los tegumentos se endurecen i no permiten plegarse sobre las partes sanas.

Muchas veces las placas antiguas solo dejan en su remplazo manchas morenas salpicadas de puntos blancos descoloridos. Puede verse que en las partes donde hai placas de lupus agudo se desarrollan otras de lupus crónico i que persisten despues que la invasion luposa aguda se ha pasado.

Besnier ha descrito con el nombre de lupus iris una variedad caracterizada por un círculo eritematoso rodeando un anillo mas descolorido. En el centro de la placa hai una meseta pálida i escamosa. Varias placas pueden unirse formando un conjunto policíclico.

La forma aguda diseminada puede tomar un caracter sumamente grave e ir acompañada de tuberculósis pulmonar, de nefritis albuminosa, adinamia i acarrear rápidamente la muerte.

Sí el individuo resiste puede quedar albuminúrico.

Kaposi ha visto esta forma maligna invadir toda la cara simulando una erisipela. Las adenopatias consiguientes alcanzan a veces dimensiones considerables i se transforman marcadamente en lesiones tuberculósas. (?)

*Forma crónica.*—Según sea el aspecto de las lesiones pueden distinguirse dos principales: la una lisa, la otra escamosa. Las escamas se producen sobre todo a espensas de los orificios pilo sebáceos; esta forma merece el nombre de foliular que le ha dado Besnier. Ambas formas tienen por caracter esencial de estar formadas por placas curvilíneas que se estienden exétricamente, al mismo tiempo que se deprimen i se atrofian tomando en su centro un aspecto cicatricial.

En la forma *lisa* las placas que la constituyen son de un tinte rojo que varia desde los tonos claros a los tonos lívidos. En ella se pueden distinguir tres variedades: *llana*, *hipertrófica* i *asfíxica*, esta última descrita tambien con el nombre de lúpus pernio.

El lúpus *llano* se presenta bajo la forma de discos jeneralmente redondeados que se estienden exétricamente: su periferia queda mas colorada i su centro puede palidecer i tomar un apeto cicatricial; con frecuencia se produce una lijera descamacion. Como todo lupus eritematoso esta forma tiene predileccion sobre la nariz orejas i mejillas. La duracion es larga i deja por lo jeneral atrofias con acromia indeleble.

La variedad *hipertrófica* difiere de la precedente en que la rejion invadida se presenta tumefacta i edematosa sobre todo en los párpados i en los labios.





El lúpulo *asfíxico* notable por su semejanza con los sabañones se halla caracterizado por una coloración lívida, violácea con tumefacción de los tegumentos i que persiste años enteros, teniendo verdaderas pousées en las estaciones frías durante las cuales se forman escoriaciones i escaras superficiales, alteraciones que dan lugar a una atrofia cicatricial de la piel. Simultánea o consecutivamente se producen placas de lúpulo escamoso i escepcionalmente nódulos de lúpulo vulgar. (?)

El lúpulo pernicio se situa primeramente en las orejas i de ahí invade toda la cara i miembros superiores. Cuando se situa en las estremidades de los dedos determina distrofias de las uñas.

En la forma *escamosa*, segunda variedad de la forma crónica, las escamas que en la forma lisa tenían una importancia secundaria, resaltan en ésta i le dan su verdadero carácter. Las escamas se hacen notables por su adherencia a las partes vecinas i existen a veces en tal cantidad que forman relieves considerables. A veces al aspecto cretáceo de las escamas se une una infiltración que se hace predominante i da al conjunto forma de vejitaciones (variedad vejetaute).

El lúpulo eritematoso escamoso de la cara constituye la forma mas habitual de la enfermedad. Los puntos de eleccion son el dorso de la nariz las rejiones malares i las orejas. Como las lesiones son ordinariamente de una notable simetria el aspecto particular que resulta ha hecho que se le dé el nombre de *vespertilio*. Pueden producirse igualmente localizaciones sobre las alas de la nariz, frente, párpados i rejiones mastoideas.

Al lado de esas formas simétricas conviene mencionar otras en que las alteraciones quedan por el contrario en la parte unilateral del rostro. La marcha de estas alteraciones es esencialmente lenta i su progresion se hace en direccion exéntrica. Al principio es un relieve del volúmen de un grano de alpiste, de una coloración que varia del rojo claro al moreno oscuro i violáceo; ese relieve se cubre en su parte central de una escama delgada i mui adherida i que es mas gruesa al nivel de los orificios pilocebáceos dilatados. A no tardar la lesion se estiende escentricamente al mismo tiempo que se deprime en su parte central; el desarrollo se hace de ordinario con regularidad sobre todo el contorno de la lesion, la cual presentará así un aspecto discoide; otras veces se desarrolla irregularmente i el conjunto forma unas placas curvilíneas que representan ya un fragmento de círculo ya una parábola; la parte periférica de la lesion está mas roja e infiltrada. El reborde de la lesion es mas o ménos pronunciado i está o nó rodeado de una aréola eritematosa o fuertemente pigmentada de moreno oscuro.

Como el centro del área lesionada tiene casi siempre un aspecto pálido i cicatricial, resulta que toda la actividad de la enfermedad se halla en la periferia. En la forma vejetaute las placas eruptivas ofrecen un aspecto papilomatoso.

Otra variedad del lupus eritematoso es la que se puede denominar *acneica, destructiva i supurativa*. Las depresiones cicatriciales son aquí profundos i los rebordes forman un relieve relativamente considerable; las dilataciones de los orificios sebáceos alcanzan en ella proporciones enormes. Contrariamente a la regla, las foliculítis acaban en esta variedad por supuración. Cuando la lesión interesa el lóbulo de la oreja se puede juzgar su poder destructivo por el hecho de que acarrea algunas veces la división casi completa de ese apéndice, así como su desaparición parcial. Los caracteres de las erupciones de lupus eritematoso se modifican según las regiones en que se localizan. En el cuero cabelludo las placas son circulares o dispuestas en fajas curvilíneas; la atrofia se manifiesta de una manera precoz coincidiendo con una alopecia indeleble. Las partes enfermas se hallan deprimidas i a menudo cubiertas de escamas delgadas i muy adheridas.

Según la antigüedad de la alteración, su color es pigmentado o blanco i las placas son por lo regular múltiples.

El tronco queda indemne casi siempre, pero no son raros los casos en que se presenta atacado. Hallopeau cita el caso de un lupus eritematoso que invadió todo lo alto de la región torácica en una extensión de 30 centímetros transversalmente por 13 de alto.

Los miembros se hallan a veces interesados en toda su extensión. Las extremidades superiores son las preferidas i en las manos ocupa por lo común el dorso. En las extremidades de los dedos produce distrofias ungueales.

Las mucosas no son sino excepcionalmente el centro de lupus eritematoso. Se han señalado localizaciones penianas.

Los trastornos funcionales son por lo jeneral poco acentuados; con todo, los enfermos acusan sensaciones dolorosas cuando las partes atacadas sufren una violencia exterior o bien hasta un simple contacto. A veces experimentan igualmente un prurito intenso. Los mismos síntomas pueden producirse en el caso de accesos agudos

## **Anatomía patológica i naturaleza del lupus vulgar**

La neoplasia lúpica es esencialmente de naturaleza tuberculosa. En la superficie de las nudosidades la epidérmis aparece engrosada i se hunde profundamente para penetrar en las papilas, que se encuentran aumentadas de volumen. Las papilas i el dérmis se hallan infiltrados de células embrionarias que en las partes superficiales del dérmis se reúnen en islotes, dispuestas al rededor de los folículos pilosos i de las glándulas sebáceas. Estos islotes contienen en su centro o en su periferia, células gigantes bien caracterizadas i de tamaño diverso, cuya existencia han comprobado Friedländer, Chandeloux, Larroque, Vidal, Leloir etc. Esto ha permitido consi-



derar los nódulos embrionarios como nódulos o folículos tuberculosos, siendo difícil según dicen Cornil i Babés encontrar tubérculos mas típicos i con mas células jigantes que los del lupus; los nódulos no tienen tendencia la que menor a la caseificación.

Cuando se ulcera el lupus, sufre la epidérmis modificaciones semejantes a las que preceden a la formación vesicular i pustular.

Los nódulos luposos no siempre llegan a la ulceración, pues en muchos casos pueden desaparecer por absorción espontánea o intersticial o pueden también llegar a la transformación fibrosa o esclerosa bien descrita por Leloir con el nombre de lupus esclerosado. Esta regresión fibrosa, rara vez observada, es una verdadera terminación, es un modo de curación por el cual el lupus pierde su virulencia, muy semejante en todo al obtenido por el profesor Lannelongue con el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas por el método esclerógeno.

Hay que distinguir este modo de curación, con el estado de ciertas formas de lupus en que la producción de tejido fibroso no suprime la virulencia del lupus ni impide la evolución ulterior de las lesiones, sino que constituye solamente una variedad de evolución anatómo-clínica.

Bazin atribuyendo el lupus vulgar a la escrófula, indicó ya, del modo que era posible en esos tiempos, las relaciones que afectaba el lupus con la tuberculósia. La transformación que ha sufrido el concepto de la escrófula debia inducir a considerar el lupus como tuberculoso, i Besnier, ántes que la histología i bacteriología demostraran con hechos esta teoría, sostuvo fundándose en argumentos clínicos, que el lupus vulgar presenta estrechas relaciones con la escrófula-tuberculósia, o mas bien, que el lupus no es mas que una de las formas de la escrófula tuberculósia de la piel, pudiéndose invocar como razonamientos el presentarse esta enfermedad en individuos de familias tuberculosas, la coexistencia con lesiones tuberculosas de los huesos, de los pulmones etc. hasta la presencia de la misma dermatósia, en las fístulas o tuberculósias ganglionares u óseas.

Friedländer con su descubrimiento de las células jigantes en los tejidos luposos i al mismo tiempo su comprobación hecha por un sinnúmero de autores, vino en apoyo de la opinion citada. Pero como el hallazgo de estos elementos tuviera relativamente poca significación i no habia llevado el convencimiento al ánimo de los hombres de ciencia, el descubrimiento del bacilo tuberculoso por Koch proporcionó un nuevo campo de investigaciones: Pfeiffer, Doutrelopont, Demme, Schuchardt, Krause, Cornil i Leloir demostraron su presencia en los nódulos luposos; pero el microbio es muy poco abundante pues en once casos Cornil i Leloir no lo encontraron mas que una sola vez i aun así no pudieron descubrir mas que un solo bacilo en doce cortes que examinaron. Al poco tiempo,

Koch, en un caso de lupus, obtuvo un cultivo puro del bacilo, que inoculó a animales en los que se desarrolló la tuberculosis.

La inoculación de pequeños fragmentos de tejido lúpico en los animales ha suministrado en gran número pruebas mas convincentes, por la constancia i fijeza de los resultados obtenidos. Cornil i Leloir, en una primera serie de experimentos hecha sobre catorce **cuyes** inoculados, determinaron cinco veces lesiones tuberculosas; i Leloir ha llegado despues por la inoculación en la cámara anterior del ojo i por un procedimiento particular de inoculación intraperitoneal, a obtener constantemente el desarrollo de la tuberculosis.

La linfa de Koch ha venido tambien a confirmar la naturaleza del lupus vulgar pues, determina al ser inoculada la reaccion local que es característica de las lesiones tuberculosas.

Hoy parece cosa resuelta definitivamente, a pesar de la creencia del menor número de autores, i sin discusion, que el lupus es una de las formas de la tuberculosis cutánea.

Todas estas investigaciones no solo demuestran que el lupus es una tuberculosis, sino que es poco virulenta o atenuada i esto se prueba ademas por su marcha lenta i tórpida, la escasez de los bacilos, la relativa dificultad con que se logra determinar experimentalmente la tuberculosis por inoculación en los animales i la lentitud de ésta. Las tuberculosis cutáneas son esencialmente de escasa virulencia i entre ellas se distingue el lupus por la atenuacion de su poder. Este dato es mui favorable por lo que se refiere al pronóstico i tratamiento; pero en muchos casos esta tuberculosis atenuada adquiere gran virulencia i es el oríjen de una infeccion de las mas graves i rápidas.

### **Anatomía patológica i naturaleza del lupus**

#### **eritematoso.**

Segun la mayor parte de los autores las alteraciones anatómo-patológicas consisten sobre todo, en una infiltración celular difusa del dérmis en el cuerpo papilar i en focos en las capas profundas; no se ha podido determinar si estos elementos son leucocitos emigrados fuera de los vasos i transformados o bien células fijas multiplicadas. Segun Unna se trata al principio de los *plasmazellen* que a no tardar pierden sus caracteres; sin embargo, su forma regularmente cúbica o redondeada i sus núcleos ovales que absorven fuertemente los colores recuerdan ese oríjen. Burí no ha podido descubrir esos elementos i Jadassonh no los ha encontrado sino en un corto número de preparaciones; segun Geber, existe un fino retículo interpuesto entre ellos.

Las agrupaciones celulares son mas abundantes en el circuito de los vasos i de las glándulas cutáneas; en concepto de Leloir, existe

concurrentemente una inflamacion con proliferacion de la túnica interna; en los focos *no se encuentran nunca células gigantes* i solo células multinucleadas. La infiltracion celular borra los límites de las papilas engrosadas. Audry en sus esperiencias ha querido demostrar que las investigaciones de Leloir no estan en armonia con la realidad de los hechos; segun este autor en dos casos de lupus eritematoso, ha podido comprobar la presencia de células gigantes rodeadas de núcleos i se trataria de lesiones francamente tuberculosas. Por lo que se refiere a los procesos glandulares el criterio de los autores interpreta los hechos de maneras mui diversas: Hebra las considera como el punto de partida de las lesiones lo cual parece hoy abandonado; Unna cree que no hai en ellas sino un fenómeno de obstruccion ocasionado por la presencia de células i de restos epiteliales, al paso que la mayoría cree que en el conducto escretor de las glándulas sebáceas se verifica una activa jeneracion celular.

Segun Unna i Burí, habria que conceder una importancia especial a la canalizacion central de los focos celulares i a la formacion de un sistema de canales con paredes que unas veces se hallan recubiertos de un endotelio, otras veces tapizadas únicamente por las células de la agrupacion celular en el cual se han desarrollado; estos focos húmedos i salpicados de cavidades caracterizarian esos lupus.

Las células de la epidérmis pueden estar hipertrofiadas i multiplicadas; en ellas son raras las mitosis, raras veces tambien los leucocitos vienen a interponerse entre las células epidérmicas lo cual solo ocurre en los casos mui poco frecuentes en que se han formado vesículas. Leloir llama la atencion sobre el adelgazamiento del cuerpo mucoso i una alteracion de la capa granulosa así como del estratum lucidum. En las escamas encuentranse unos como taponos corneales que segun la mayoría de los autores provienen de los orificios glandulares dilatados; la produccion de granos de milium es atribuida jeneralmente a la obliteracion de los orificios pilocebáceos por la epidérmis proliferada.

Holder ha señalado en el lupus eritematoso del cuero cabelludo la existencia de trombosis capilares que propagándose exéntrica-mente, acarrear la estension de los focos, la atrofia que en este caso resultaría esplicaria la formacion de un tejido de cicatriz en el centro de la lesion. En la atrofia consecutiva a ese lupus no existe únicamente reabsorcion de los tejidos dejenerados, sino que hai tambien formacion de un verdadero tejido cicatricial; Jadassohn, para demostrarlo, aduce la desaparicion de las fibras elásticas.

La busca del bacilo no ha dado hasta hoy mas que resultados negativos (Hallepeau.)

Schoonheid en un trabajo presentado últimamente en Amsterdam sobre histopatolojia del lupus eritematoso ha espuesto hechos de gran importancia. En doce casos de lupus eritematoso en sus

diversos períodos de desarrollo hizo este autor investigaciones microscópicas. Encontró que en el comienzo de la enfermedad todas las capas de la piel participaban de la afección; eso sí que probablemente al principio tomaban parte solo los vasos del tejido subpapilar. Después la infiltración se extiende al rededor de los vasos papilares i los vasos mismos estan considerablemente ensanchandos, sobre todo en un caso de lupus pernio en el cual hai tambien neoformación de vasos. Además los vasos estan rellenos, sin modificación considerable de sus paredes; solo llama la atención el contraste del lúmen ancho con la sutileza de la pared. No ha sido posible encontrar trombosis. En las glándulas sebáceas i sudoríparas tambien se pueden observar infiltraciones pero solo al rededor de los vasos que las rodean. Los fenómenos inflamatorios aumentan rápidamente. En las capas mas profundas i en grados mas avanzados se encuentran tambien edem.

A causa de la exaltación inflamatoria se forma mas tarde una proliferación del tejido conjuntivo reticular i sobre todo de sus células. La infiltración al fin se hace difusa así que en algunas partes apenas se pueden conocer los límites de la prolongaciones de la red de Malpighio, de los folículos, vasos etc. Aunque la inflamación se encuentra cerca de la superficie, nunca se ha podido ver clínica ni microscópicamente una ulceración. Es cierto que esta particularidad suele existir en otras afecciones de la piel pero en uno que otro caso, mientras que en el lupus eritematoso existe siempre. La infiltración contiene solo leucocitos mononucleares; *nunca se han encontrado las células gigantes ni núcleos segmentados.* La existencia de células *Mastzellen* es inconstante en todas los grados de la enfermedad, vale la pena mencionar el encuentro de grandes núcleos celulares parecidos a los núcleos de las células epiteliáles, con protoplasma poco marcado, pero *muy coloreados en su nucleólo i cromatina.* No afectan un orden determinado i estan como dispersados por toda la preparación. No se sabe de que células sean oriñarios ni la importancia que tienen. Procesos de degeneración no se encuentran en ninguna parte.

Se ha encontrado frecuentemente un stratum granuloso compuesto de varias capas celulares sobre todo al nivel de las desembocaduras de los folículos, todo esto en union con una hiperkeratosis con formación de escamas i de costras producidas probablemente por un aumento del epitelio sin que hasta ahora se pueda tener sobre esto pruebas convincentes. En un caso de participación de las glándulas sebáceas estaba fuera de duda i su desarrollo era tal que los acinis llegaban hasta el nivel de la espiral de las glándulas tubulares. Tambien se manifiestan estos procesos en las glándulas sudoríparas.

Llamá la atención la modificación que sufren las fibras elásticas, Aunque estas modificaciones se han desarrollado secundariamente, su relación íntima con el proceso jeneral no se puede negar. En



algunas preparaciones se ven las capas situadas bajo las células basales ocupadas casi enteramente por una masa de color negruzco, sin estructura, que ofrece intersticios donde se muestran vasos linfáticos i sanguíneos o focos de infiltración. En otras preparaciones tales masas se hallan entre la epidérmis i las formaciones foliculares. Estas masas sin estructura siguen el trayecto de los folículos hacia las capas mas profundas del dérmis, donde cambian de aspecto i se encuentran suplantadas por fibras hinchadas que corresponden segun su carácter a las fibras elásticas. Al lado de las fibras elásticas no modificadas se encuentran otras que se han hinchado considerablemente i que se colorean con igual intensidad, otras estan segmentadas, partidas, aglomeradas i colocadas de cualquier modo. Hai que llevar la atención sobre todo hácia ciertos cuerpos que se colorean del mismo modo i que están colocados entre esas agrupaciones compuestas de fibras elásticas dejenneradas. El tamaño i forma de estos corpúsculos son mui variados, sobre todo ovales suelen ser de formas angulosas o puntiagudos. Por lo jeneral se colorean mas en la periferia que en el centro i por su gran tamaño se parecen a las células jigantes, pero no es posible distinguir en ellos estructura.

Las modificaciones descritas solo se pueden explicar por un proceso de dejenneracion de las fibras elásticas, pero no se ha podido identificar estas dejenneraciones con ninguna de las conocidas entre las del tejido elástico. En dos casos de lupus de principio agudo la investigacion microscópica no demostró ninguna de estas modificaciones.

En los casos observados solo se ha podido hablar de dejenneracion de las fibras elásticas, sin poder explicar el proceso ni los productos que se forman. Solo se puede sospechar que sean causa del edema crónico o en la accion dijestiva (?) de la inflamacion de Medicina

Hasta ahora no es posible pronunciarse sobre el asunto i hai necesidad de que nuevas investigaciones vengán a arrojar nuevas luces. Sin embargo parece que la atrofia cicatricial tenga estrecha relacion con las modificaciones, de las fibras elásticas. En las cicatrices del lupus como en toda cicatriz se trata de un proceso regresivo pero en que la dejenneracion de las fibras es incompleta: se ven fibras delgadas, mui finas, elásticas que forman una red apretada, cuya estructura i funcion estan alteradas.

A pesar de su estructura histológica que seguramente no corresponde a la de un producto nacido de una infeccion tuberculosa, en muchas preparaciones se han buscado los bacilos sin haber obtenido ni una sola vez resultado positivo.

Resumiendo los resultados tenemos que el proceso morboso principia por una dermatítis que se localiza primero en el stratum reticular con infiltracion perivascular de los vasos sub-papilares i con extension posteriormente al rededor de los vasos papilares i mas profundos, con participacion inmediata de las glándulas sebáceas i



sudoríparas. En los estados posteriores nace una proliferación del tejido conjuntivo con una extensión difusa de la infiltración que se ha formado por focos aislados. En estos grados habrá seguramente modificaciones en las capas epiteliales. Al fin a todo se agregan las modificaciones típicas de las fibras elásticas que conducen a la atrofia cicatricial. La cicatriz queda superficial porque la mayoría de las fibras elásticas están localizadas en las capas superficiales, i se distingue de la cicatriz ordinaria por la falta de desarrollo del tejido cicatricial típico i por esta causa son suaves i blandas, pues, falta en ellas la retracción cicatricial.

A pesar de todas las experimentaciones la opinión de los autores está dividida sobre la naturaleza del lupus eritematoso. Esta división reina más en la Escuela francesa donde sin embargo la mayoría de los autores con Vidal i Leloir a la cabeza niegan el origen tuberculoso de la afección. Las escuelas de Viena i Alemania participan de este mismo parecer. Entre los franceses hai autoridades como Besnier i Hallopeau que sostienen su origen tuberculoso. Este último autor funda sus juicios en las siguientes argumentaciones: a) la tuberculosis es a menudo hereditaria en las familias de los individuos atacados de esta dermatosis; b) con frecuencia se encuentran lesiones concomitantes de origen o de carácter tuberculoso; hai que mencionar particularmente el hecho de que muy a menudo vemos coexistir, junto con el lupus eritematoso cicatrices de absesos ganglionares o adenopatías cuya naturaleza tuberculosa ha comprobado junto con el profesor Jeanselme; c) los enfermos atacados de esa variedad de lupus mueren más a menudo de tuberculosis pulmonar que los que tienen un lupus vulgar; d) no es raro ver coincidir el lupus eritematoso con el lupus vulgar; e) el lupus eritematoso reacciona a veces bajo la influencia de la tuberculosis; f) muchas veces se nota la existencia de lesiones tuberculosas en focos de lupus eritematoso; g) la semejanza clínica entre los dos lupus puede ser de las más evidentes.

A las argumentaciones de Hallopeau puedo contestar con las siguientes: a) No tiene nada de raro que la tuberculosis se instale sobre los individuos atacados de lupus eritematoso, por cuanto esta afección se presenta en personas débiles i en las cuales encuentra esa enfermedad un terreno apropiado; b) así como en muchos casos, el lupus vulgar se injerta en las escoriaciones de la piel i en medios preparados para recibir el bacilo de Koch es muy posible que el microbio ya nombrado aproveche las lesiones del lupus eritematoso i produzca infecciones ganglionares; c) dado el caso que haya estadísticas que comprueben que los enfermos de lupus eritematoso mueren más de tuberculosis hai otras estadísticas que establecen lo contrario, i además siendo el lupus eritematoso como parece una infección generalizada, encuentra ahí su medio; d) así como sobre un lupus eritematoso se suele desarrollar un lupus vulgar, también se citan casos en los cuales sobre este lupus se han



desarrollado cánceres sin que por esto el lupus vulgar vaya a tener parentesco con el cáncer; e) la acción de la tuberculina como medio de diagnóstico es muy variable sobre los atacados de lupus eritematoso; f) todas las observaciones anatómo-patológicas hechas hasta el presente por diversos autores, especialmente por Schoonheid han resultado estériles para encontrar el bacilo de Koch. h) sus inoculaciones han dado resultados negativos.

### Tratamiento del lupus vulgar

Se ha dicho que el lupus puede curar espontáneamente, pero generalmente lo que pasa es que el médico tiene que habérselas con una afección sumamente tenaz a los diversos tratamientos.

El proceso curativo consiste en que la parte morbida se transforme en tejido cicatricial; es preciso, pues, provocar una irritación que facilite este proceso.

La naturaleza bacilar del lupus, ha venido a demostrar que los antiguos tenían razón al emplear el tratamiento interno en esta enfermedad. Reconociendo, con todo, la mayor eficacia del tratamiento externo, debe dársele al interno su importancia, a fin de modificar el terreno sobre el cual evoluciona la enfermedad.

*Tratamiento interno.*—Según las ideas reinantes este tratamiento debe ser el de la tuberculosis visceral.

Las preparaciones más eficaces son 1.º el aceite de hígado de bacalao; 2.º los arsenicales; 3.º los iódicos; 4.º la sal común i 5.º los llamados específicos bacilares.

El aceite debe ser administrado a las mayores dosis soportables 3, 4, 6, 8 cucharadas. Al decir de Brocq este es el medicamento interno por excelencia.

Los arsenicales parecen ser útiles a veces. Se le puede dar en forma de licor de Fowler u otros preparados. Los iódicos son excelentes estrumosos. Se les prescribe bajo forma de jarabe iodo-tánico, de rábano iodado, tintura de iodo etc. Para Hardy el cloruro de sodio dado a las dosis de 1 a 3 gramos por día es el mejor medicamento del lupus i de la tuberculosis ganglionar.

Entre los antibacilares tenemos la creosota cuyo empleo hoy no es justificado como tal, pues, las dosis que podrían ser antibacilares son tóxicas para el hombre.

Se tratará de modificar el estado general por la hidroterapia, la la gimnasia i el aire libre.

Las aguas minerales en muchos casos son poderosos auxiliares; se usan las bromadas, iodadas, sulfurosas, arsenicales, cloruradas etc.

*Tratamiento externo (local).*—Después de haberse usado como tratamiento los diversos cáusticos, se ha llegado hasta los métodos quirúrgicos, que constituyen hoy el verdadero triunfo de la tera-



péutica del lupus. Dos son los métodos principales 1.º los métodos sangrientos 2.º los no sangrientos.

Entre los métodos sangrientos se cuentan: la ablacion, el raspaje i la escarificacion.

*Ablacion.*—Es un procedimiento que da resultados en muchos casos; se usan los métodos a colgajos principalmente el colgajo de Tierch.

*Raspaje.*—De una manera jeneral el raspaje debe ser evitado cada vez que se opera sobre una rejion en que las cicatrices viciosas son de temer; es lo que sucede notablemente en la cara i sobre todo en la proximidad de los orificios naturales. Si se trata por este método un lupus situado cerca del ojo, se está espuesto fatalmente a una deformacion mas o ménos grave del orificio palpebral o de los párpados, tal como la lagofthalmia o el ectropion. Sobre los tegumentos vecinos de los labios o de las ventanillas de la nariz, la cicatriz provoca retracciones, estrechamientos i desviaciones que ademas de su aspecto desagradable aportan una dificultad notable al cumplimiento de las funciones naturales.

Todas las tuberculosis locales cutáneas i mucosas son justificables del raspaje, pero cada una de ellas presenta a este respecto ciertas indicaciones particulares.

El raspaje está indicado en el lupus vulgar no *exedens*, sobre todo si ocupa una vasta superficie. En semejantes casos en efecto, la cauterizacion o la escarificacion no son aplicables; exigirian sesiones mui numerosas i el tratamiento se prolongaria sobre manera. Es bien preferible recurrir a una operacion mas radical que, gracias a la anestesia clorofórmica, se puede hacer fácilmente tan profunda i tan estensa como lo necesitan las lesiones.

Es en seguida necesario desde que se ha hecho la hemostásis, cauterizar toda la superficie abrazada; se puede servir para esto del cloruro de zinc, del nitrato de plata o del electro-cauterio. Para las curaciones consecutivas el iodoformo es ciertamente el mejor tópico; en los casos en que se tenga que renunciar a él se le reemplazará por el iodol, aristol o por el eurofeno; el sublimado i el ácido fénico son mui irritantes i no pueden ser utilizados. Las curaciones deben hacerse por el médico mismo.

Despues de una operacion de este jénero, es a menudo útil hacer injertos para apresurar la cicatrizacion.

El raspaje dá tambien buenos resultados en el lupus de las mucosas, en particular en las fosas nasales. Aquí todavia es preciso completar la intervencion quirúrgica por una tocacion con ácido láctico al 10 o con naftol alcanforado o nitrato de plata. Se locionará enseguida con agua boricada i se aplicará algun polvo anti-séptico.

En el lupus *exedens* el raspaje debe ceder el paso a la escarificacion. El raspaje ocasiona muchos desprendimientos i no se obtie-



ne la curacion mas que al precio de cicatrices espantosas. No está incado, pues, recurrir a él.

*Escarificacion.*—Fué usada primitivamente por Volkman i Voiel en 1870 i 71, quienes la empleaban como un método coadyuvante para imbibir mejor los tejidos en los líquidos cáusticos con que los impregnaban. Para ello hacian punciones pequeñas por medio de agujas i sobre los puntos sangrientos llevaban las cauterizaciones.

En 1874 un nuevo e importante progreso se realizó por Balmano Squire quien instituyó las escarificaciones puntuadas por las lineares. En lugar de hacer picaduras con una aguja puntuada, hizo incisiones con una lámina cortante. El instrumento de que se servía era análogo a las agujas de catarata i presentaba una estrechidad triangular formada de dos láminas cortantes que se encontraban en ángulo agudo; las incisiones eran paralelas i distanciadas de 4 milímetros; dos o tres dias despues de haber practicado una primera serie de incisiones hacía una nueva serie de cortes paralelos entre sí pero que cruzaban a los primeros en losangos alargados; terminaba sus operaciones tocando toda la superficie sangrienta, con una solucion de cloruro de zinc en alcohol.

Sin embargo, despues de los ensayos de Volkman, la observacion clínica habia probado que la escarificacion posee por sí sola una incortestable eficacia en las afecciones lúpicas; pero quedaba por demostrar científicamente su modo de accion, i explicar el mecanismo de las curaciones que se producen bajo su influencia. Parecia, en efecto, sorprendente a primera vista que la escarificacion fuese capaz de modificar profundamente una neoplasia esencialmente parasitaria i virulenta, i todo esto sin destruccion del tejido, sin perdida de sustancia.

A Vidal le tocó el trabajo de dilucidar la cuestion. Este investigador, hizo una serie de observaciones histológicas.

Fragmentos de lupus en las diferentes fases del trabajo de reparacion que sucede a la escarificacion, fueron sometidos al exámen microscópico. Se pudo así dar cuenta de los fenómenos que evolucionan en los tejidos a continuacion de la operacion; la dislaceracion de los tegumentos i la seccion de los vasos modifican considerablemente las condiciones de la circulacion i de la nutricion en toda la estension del territorio escarificado; los elementos celulares mas alterados sufren la dejeneracion gránulo-granosa i desaparecen las células mas jóvenes en lugar de desarrollarse en el sentido neoplásico; se organizan bajo la forma de tejido conjuntivo cicatricial el cual llega a ser mas i mas denso i concluye finalmente en la esclerosis.

Se encuentra, pues, aquí el proceso habitual de la curacion espontánea de los nódulos tuberculósos, a saber la transformacion fibrosa tal como se ha pretendido provocarla desde tantos años con un fin terapéutico, por el método esclerójeano del profesor Lannelon-



gue. La escarificación obra de una manera análoga i debe en suma ser considerada como un procedimiento esclerosante.

Una vez en posesión de estas nociones, E. Vidal trató de estender i vulgarizar la práctica de las escarificaciones. Hizo construir un instrumental nuevo, regló minuciosamente el manual operario; en una palabra, transformó i perfeccionó a tal punto los procedimientos ántes usados que se puede considerar como el verdadero creador del método.

Después de haber usado varios cuchillos escarificadores, Vidal se hizo fabricar uno que es el que hasta hoy se tiene como el más perfecto: se compone de una lámina de 22 a 24 mm. de largo i de  $2\frac{1}{2}$  a 3 de ancho; la mitad inferior es roma i redondeada sobre los bordes; la mitad superior presenta dos láminas cortantes que se juntan formando una cresta roma sobre cada cara. La estremidad forma un triángulo cuyos lados se cortan en el vértice bajo un ángulo de 60 a 70° de tal manera, que en su parte terminal este instrumento puede obrar como un bisturí o como una aguja, para cortar o para dislacerar según los casos; además, gracias a su pequeñez, permite ejecutar estas diversas maniobras con una estrema precisión en puntos muy limitados. (1).

Después de aseptizar bien la rejón se procede a hacer la escarificación que consiste en hacer una serie de incisiones paralelas i después en cruzarlas por una segunda serie de incisiones que cortan a las primeras en ángulo agudo.

La importancia de la escarificación en dermatoterapia es de las más considerables. En el lupus vórax los resultados son muy superiores a los de otras medicaciones. En el lupus ulceroso simple son también muy buenos pero menos rápidos.

En el lupus plano la curación se obtiene con menos seguridad i más lentitud.

La escarificación permite muy frecuentemente, corregir en mucha parte las cicatrices defectuosas consecutivas al empleo de otros procedimientos terapéuticos, o de mejorar cicatrices consecutivas a tratamientos racionalmente aplicados.

Sin embargo a pesar de todas estas ventajas, la escarificación después de haber gozado hace algunos años de una voga considerable se ve hoy más i más abandonada. No hay duda que ello proviene de lo difícil de ejecutarla bien sobre todo en los primeros ensayos, pero familiarizándose con su ejecución se pueden obtener en muchos casos resultados que no dan otros métodos.

En el lupus vulgar la escarificación se hace de distinta manera según se trate de lupus plano o prominente. El 1.º es más rebelde al tratamiento. La manera de proceder en este caso es la siguiente: colocado el enfermo en posición acostado o sentado, se fija la cabe-

(1) Existen también escarificadores múltiples de 10 a 12 láminas



za con la mano izquierda. Al mismo tiempo con los dedos de esta mano se tiende cuidadosamente la piel al nivel de la superficie lúpica. Esta precaucion es mui importante por dos razones: la 1.<sup>a</sup> porque el escarificador no obra bien mas que si los tegumentos estan perfectamente inmovilizados, de manera a no poder resbalar-se ni torcerse; la 2.<sup>a</sup> porque la tension espulsa la sangre de las partes superficiales i suprime momentaneamente el eritema conjestivo que oculta algunas veces los nódulos tuberculosos, permitiendo así distinguir mucho mejor su color amarillo azúcar de cebada, que resalta sobre el fondo blanquizco de los tejidos anemiados. Luego, con la mano derecha sólidamente apoyada sobre la cabeza del enfermo, por medio del dedo pequeño o por el anular i pequeño a la vez, el médico maneja su instrumento como una pluma de escribir con bastante firmeza para impedir que se desvie o que ruede entre los dedos, pero al mismo tiempo debe tenerse bastante soltura para que los dedos guarden toda su finura de tacto i puedan apreciar las menores diferencias de consistencia de los tejidos.

Despues de un movimiento neto rápido que debe pasar todo entero en la mano, sin participacion del codo ni del hombro, se trazan sobre la piel una série de incisiones paralelas que se cruzan inmediatamente con una segunda série i a veces con una tercera. Estas incisiones deben ser cortas iguales, perpendiculares a los tegumentos.

Las incisiones deben comenzarse por los bordes de la lesion, se cerrará pues primero la superficie lúpica, teniendo cuidado de sobrepasar anchamente sobre la piel sana unos 3 o 4 milímetros. En profundidad es preciso ir tan léjos como sea necesario para sobrepasar los límites del mal i llegar al tejido sano. El instrumento debe penetrar por todas partes donde hai tejido mórbido, debe dilacerar todo lo que es tejido blando, respetando en lo que sea posible las partes sanas cuya resistencia detiene la punta de la aguja. Esta produce un pequeño ruido en las partes fibrosas.

No hai que contentarse con practicar unas pocas series de incisiones. Es necesario hacerlas en todos sentidos, reducir en una palabra el tejido lúpico a una verdadera papilla. Solo a este precio se puede ver retroceder la neoplasia. Si se descuida los bordes el lupus progresa en superficie; si se escarifica mui tímidamente se forma una cicatriz superficial i las partes inferiores del dérmis no atacadas quedan infectadas i los tubérculos repululan en la profundidad. Por otra parte las incisiones mui profundas pueden caer en el extremo de dejar cicatrices defectuosas.

La pequeña hemorragia que hace continuacion a la escarificacion se detiene fácilmente por compresion o por la aplicacion de un líquido cáustico como solucion de nitrato de plata.

Despues de la hemostásis se hace uná rápida locion antiséptica con agua boricada al 1°/50 o sublimada al 1 por 1000. Despues se seca i se barniza la parte operada con una capa de vaselina aséptica boricada. En la tarde o al dia siguiente se aplica el emplasto





rojo de Vidal que se reemplaza al 3<sup>er</sup> día por el de Vigo. La cicatrización se hace bastante rápidamente, aunque de una manera variable según los individuos, según la energía de la escarificación i según la friabilidad del lupus: es de ordinario completa del 4.º al 5.º día. Se continúa con toda la misma curación hasta el día de la otra operación.

Si el emplasto de Vigo provoca un poco de inflamación de los tejidos i retarda la cicatrización como se produce bastante frecuentemente en los casos de lupus friables i un poco irritables es preciso cesar en su empleo con un día o más de anticipación, de manera a dejar a la inflamación el tiempo de calmarse.

Unna ha preconizado un emplasto más activo que el de Vigo i que contiene resorcina, ácido salicílico i creosota. Es cierto que se obtienen con este tóxico resultados superiores a los que dan los otros emplastos; pero como es muy irritante vale más reservar su empleo para los lupus rebeldes.

Las sesiones de escarificación deben ser repetidas regularmente cada ocho días; es ésta condición indispensable a los resultados del tratamiento. Si alguna circunstancia se opone a que el enfermo se someta a él exactamente, será mejor renunciar a este método i dirigirse a otro procedimiento terapéutico.

Es necesario que se repita que la escarificación no obra más que cuando se la practica con una regularidad absoluta i una tenacidad incansable. (Brocq)

Se continúa con las escarificaciones hasta que todo rasgo de eritema haya desaparecido i se entra entonces a observar atentamente al enfermo para asegurarse si la curación se mantiene. Si se comprueba la formación de nuevos tubérculos se vuelve sobre el tratamiento. Si por el contrario la cicatriz queda blanca, sin ningún punto sospechoso, al cabo de un año a dos de vigilancia se tiene el derecho de considerar curada la afección.

La eficacia de las escarificaciones es mucho mayor en la variedad ulcerosa que en todas las otras formas de lupus.

Cuando la enfermedad afecta una marcha extensiva rápida, que amenace destruir en breve tiempo el párpado o el ala de la nariz etc. cuando en una palabra, toma los caracteres del lupus vórax, la escarificación dá resultados verdaderamente maravillosos; detiene los progresos del mal i en un tiempo relativamente corto trae la cicatrización. Es éste sin opiniones contrarias el triunfo del método. Pero se debe tener presente que en este lupus, más que en otras formas, se debe obrar sobre todo el tejido mórbido i hacer penetrar el instrumento hasta sentir la resistencia de los tejidos sanos. Poco importa que las incisiones no sean regulares i que la aguja vuelva a repasar las anteriores incisiones. No hai para qué preocuparse de los resultados estéticos ulteriores: se debe naturalmente reducir a papilla toda la masa neoplásica, i esta pulpa apenas adherente que parece condenada a la necrosis se repara con una sorprendente



rapidez. Desde que la cicatrizacion de las incisiones se ha efectuado es preciso hacer una nueva escarificacion, i es de ordinario despues de la 4.<sup>a</sup> intervencion cuando se ve al lupus perder su aspecto amenazante i tomar su marcha lenta habitual.

Lo que hai mas notable es que este procedimiento preserva contra las deformidades espantosas que deja a menudo el lupus de la cara: se cree que todo va a ser devorado cuando al fin se puede ver cómo renacen los tejidos i cómo se forma poco a poco una cicatriz fibrosa, lisa, plana, del aspecto mas satisfactorio.

La ventaja de la escarificacion es de dar cicatrices irreprochables. Bajo este punto de vista es incomparablemente superior a todos los otros métodos.

**Objeciones que se hacen al empleo de los métodos sangrientos.**— Desde hace algun tiempo los métodos sangrientos han sido abandonados porque se dice que ellos han traído reinoculaciones. Ardiente partidario de esta teoria M. Besnier ha sido combatido por Vidal i Brocq, quienes no han tenido casi ningun caso de reinoculacion. Brocq en su clientela privada ha tenido solo tres casos i quién sabe si se trataba de individuos que llevaban ya el jérmen tuberculoso en su organismo.

Las reinoculaciones se han visto solo en jente hospitalizada i que a no dudarlo han adquirido la tuberculósís por otro camino.

Sin embargo la autoridad de Besnier i las conclusiones a que llegó han hecho retroceder a muchos i hoi no se emplean los procedimientos sangrientos mas que en los casos en que se trata de lupus vulgar típico i en personas mui bien constituidas.

**Métodos no sangrientos.**—Entre estos se pueden colocar 1.<sup>o</sup> las cauterizaciones ígneas; 2.<sup>o</sup> la electrolísis; 3.<sup>o</sup> la electricidad en corrientes de alta tension; 4.<sup>o</sup> rayos catódicos; 5.<sup>o</sup> rayos solares; 6.<sup>o</sup> aire caliente (método de Holländer i 7.<sup>o</sup> los cáusticos.

**Electrolísis.**—Este método no ha dado resultados alentadores para que se le pueda recomendar como un medio de tratamiento del lupus vulgar.

**Cauterizacion ígnea.**—Desde los tiempos mas remotos se ha empleado siempre mucho el fierro rojo para destruir o modificar las ulceraciones i las heridas de mala naturaleza.

A causa de no haber instrumentos manejables su empleo ha sido mui circunscrito. Hoi con el descubrimiento de aparatos cómodos, verdaderamente manejables i poco impresionables para el enfermo se ha llegado a estender i vulgarizar singularmente este procedimiento terapéutico. En 1880 Guibout trató por la 1.<sup>a</sup> vez en el Hospital Saint Louis un lupus de la cara con el termocauterio de Paquelin i los resultados fueron excelentes. Poco despues en 1883 Besnier realizó un nuevo progreso, sustituyendo al termocauterio un aparato a la vez mas perfecto i mas cómodo, el gálvano-cauterio.

Sucede con este método lo que con la escarificacion; es sobre todo para el tratamiento del lupus vulgar para lo que se ha estudiado i





perfeccionado en estos últimos tiempos este método, i apesar de la estension que han tomado sus aplicaciones es todavia para esta terrible afeccion en lo que mas se utiliza. Antes de cauterizar un lupus vulgar es preciso examinar con cuidado. Si la superficie enferma está recubierta de costras o de escamas, se las levanta con pulverizaciones o cataplasmas; casi siempre basta barnizarla con vaselina, friccionando despues dulcemente i limpiando bien la rejion se puede distinguir con fijesa los tubérculos bajo su forma ya conocida. Cuando se ha apreciado la estension exacta i el grado de infiltracion de la neoplasia se escoje el canterio que conviene i se procede a la operacion.

Es aquí sobre todo i particularmente si se trata de un lupus poco estendido de la cara cuando las reglas que se han dado para la posicion del enfermo (escarificacion), han de tomarse en cuenta; vijilar mucho los accidentes que pueden sobrevenir.

Con la mano izquierda, el médico debe para la escarificacion tender fuertemente la piel de la rejion lúpica, para disminuir el aflujo de sangre i hacer resaltar el color rojizo de los tubérculos. La punta del cauterio será calentada al rojo sombrío solamente; jamás debe llevarse hasta el rojo blanco pues, para el lupus vulgar mas que para toda otra dermatosis, es bueno que el médico no fatigue su vista i distinga netamente los tubérculos a fin de reconocer el lugar preciso donde debe obrar i ademas no debe haber hemorragia.

Cuando se tiene que tratar un lupus, esterno, turjente, exuberante, es bueno comenzar por reprimirlo con una serie de puntas de fuegos poco profundas. Cuando por este procedimiento se ha disminuido la exuberancia del lupus, se entra en las reglas i se practican entónces verdaderas cauterizaciones puntuadas, profundas que penetren hasta los límites del mal en el espesor de los tegumentos.

Para que las cauterizaciones puntuadas sean verdaderamente eficaces, es preciso inspirarse ántes que todo en el principio siguiente: la primera indicacion es enrayar la marcha del mal. Se debe pues cercar primero la neoplasia con una serie de cauterizaciones puntuadas yuxtapuestas linealmente sobre pasando dos o tres milímetros los tejidos en apariencia sanos; despues se cubre de puntas de fuego la superficie circunscrita por esta cercadura.

La punta del galvanocauterio debe penetrar perpendicularmente a la piel bastante profundamente para sobrepasar el limite inferior del mal. La consistencia de los tejidos dá bajo este punto de vista indicaciones bastante precisas; el tubérculo del lupus es blando i mui friable, el cauterio penetra sin ningun esfuerzo como en la mantequilla; el tejido normal es mucho mas firme i desde que la punta lo ha alcanzado, la mano un poco ejercitada apercibe bastante netamente una resistencia que la detiene. Debe irse pro-





fundamente para evitar que bajo la cicatriz superficial renazcan los nódulos lúpicos.

El espacio que conviene dejar entre las punciones ígneas varia con el grosor del cauterio por que si es muy grueso i se hacen muy juntas las punciones, se produce la mortificacion de la zona intermedia i en lugar de escaras puntiformes aisladas se determina la necrosis en masa de la superficie cauterizada i la formacion de cicatrices retráctiles verdaderos keloides. Ademas mientras mas gruesa es la punta del cauterio mas considerable es su irradiacion i mas necesario se hace dejar un intervalo entre las punciones para evitar el inconveniente ya dicho.

En la vecindad de los orificios debe serse circunspecto para impedir las retracciones cicatriciales. La curacion varia segun como reacciona la parte operada: si hai mucha congestion se usan los sedantes i si por el contrario el lupus es tolerante se puede ayudar por medio de los diversos emplastos principiando por los mas débiles i siguiendo por los mas activos para concluir con los primeros. Parece que de este modo se abrevia la curacion.

Si caidas las escaras persisten pequeñas ulceraciones atónicas se emplean polvos cicatrizantes como iodoformo, aristol iodol. Si la herida tiene mal aspecto se toca con cloruro de zinc o con nitrato de plata.

Cuando ya la cicatrizacion es completa es decir a los 15 o 20 dias se procede a una nueva cauterizacion i su número varia segun la estension i forma del lupus que se trata. El lupus mas rebelde es el plano que no tiene tendencia a la ulceracion.

Respecto a la evolucion que sigue la enfermedad con el tratamiento es la misma que con la escarificacion. En muchos casos se hacen despues escarificaciones para impedir cicatrices defectuosas o para poder modificarlas.

Las cauterizaciones se recomiendan especialmente en el lupus plano; en él da resultados superiores a la escarificacion. En el lupus ulceroso simple los dos procedimientos son buenos i tienen uno i otro sus indicaciones. La escarificacion será preferible cuando se trata de una persona de rango o de una mujer joven, en una palabra cuando la estética prime sobre todas las otras indicaciones.

Para los lupus bucales la cauterizacion es de eleccion porque no causa hemorragia i es poco doloroso. Por otra parte, en las interioridades de la boca no hai para qué hablar de cicatriz. En las fosas nasales el método como todos, fracasa porque no se ven las lesiones. En los párpados quedan cicatrices defectuosas.

En jeneral las cicatrices de la gálvano-cauterizacion son mas o ménos defectuosas.

*Eléctricidad en corrientes de alta intensidad.*—En los casos de lupus vulgar este método ha dado a Brocq solo mejoras superficiales, pero nó reales curaciones. El Dr. Oudin habia obtenido resultados mucho mas alentadores en esta afeccion.



*Rayos catódicos X.*—Utilizados en medicina i cirugía como un prodimiento de diagnóstico, han entrado despues en la terapéutica a causa de haberse observado que cuando se aplicaban producian la caída del pelo i ciertas lesiones de la piel.

Hoi se ha tratado de aprovechar esta accion modificadora de los rayos X i se les ha empleado en el tratamiento de lupus vulgar.

Los «Archives d'electricité médicale» del 15 de Enero de 1898 contienen la relacion de dos casos de lupus tratados por el doctor Albers Schünberg por medio de los rayos X.

En el 1.<sup>er</sup> caso se trataba de un jóven de 20 años atacado de lupus en 1895, i en el cual todos los medios ordinarios empleados habian fracasado. El tratamiento de este enfermo ha comenzado el 19 de Marzo. Fué acostado sobre una mesa i una máscara de estaño recubria toda la parte del rostro que no estaba atacado por la enfermedad; una tapa del mismo metal cubria tambien la cabeza. El tubo fué colocado a 25 centímetros del rostro; la duracion de la esposicion fué de 20 a 30 minutos en cada aplicacion.

Despues de 17 dias de tratamiento la superficie espuesta mostraba una rubicundez i una reaccion mui neta; el dia 21 la dermatitis se habia jeneralizado a toda la superficie; a partir de este momento las partes ulceradas cedieron poco a poco i la curacion se produjo regularmente.

En el 2.<sup>o</sup> caso se trataba de un enfermo de 48 años atacado de lupus rebelde a todos los tratamientos i que curó con la radioterapia despues de cinco aplicaciones.

El 2 de Junio de 1897 el D<sup>r</sup>. Schiff ha comunicado a la Sociedad vienesa de Dermatología, dos casos de lupus vulgar que habian sido modificados felizmente por los rayos X.

En Francia Barthelemy i Oudin han utilizado igualmente este método terapéutico en el lupus vulgar.

*Rayos solares.*—M. Finsen ha tenido la idea de utilizar para el tratamiento del lupus vulgar las propiedades bactericidas de los rayos luminosos químicos. Ha tenido por precursores a Thayer, Maximiliano Mehlet i Schuaamm.

Emplea con este fin sea la luz solar, sea un arco voltaico de una intensidad de 35 a 50 ampères. Es preciso en uno i otro caso concentrar los rayos por medio de lentes converjentes.

Si se emplea la luz solar, todo el aparato se reduce a una lente plano-convexa ahuecada, de gran diámetro, que se llena de una solucion de sulfato de cobre amoniacal. Si se utiliza la luz eléctrica el aparato es un poco mas complicado, pues que los rayos que emanan del foco no son tan paralelos como los que vienen del sol i se proyectan casi diverjentes; es preciso pues, emplear un sistema de lentes que haga converjentes los rayos del arco voltaico, anteriormente filtrados al traves de una cuva llena de una solucion de sulfato de cobre amoniacal de modo a dejar pasar solo los rayos químicos.



La experiencia ha demostrado que la acción sobre los tegumentos es mas eficaz cuando se ha tenido el cuidado de espulsar de ellos la sangre que contienen i cuando se opera sobre una rejion poco mas o ménos exangüe. Para obtener este resultado, se comprime el lupus por medio de un disco de vidrio que se fija con bandeletas de tejido elástico.

El tratamiento consiste en esponer cada dia durante a lo ménos dos horas una superficie de uno a tres centímetros cuadrados a la acción de los rayos luminosos, atacando siempre la placa por la periferia i teniendo cuidado que la acción de la luz se ejerza sobre una zona bastante estensa del tejido aparentemente sano que rodea a la neoplasia. Al cabo de un tiempo que puede variar de algunos dias a algunas semanas, se ataca de la misma manera una superficie vecina, i así en seguida hasta que todas las partes de la rejion enferma hayan sucesivamente sufrido la acción de los rayos químicos concentrados.

La operación produce regularmente eritemas, algunas veces vesículas o un desluzamiento seroso; todo termina por la descamación de toda la superficie tratada. Despues de un número variable de sesiones los bordes del lupus se aplanan, la rubicundez se borra progresivamente i se forma una cicatriz de un aspecto mui satisfactorio.

Es por otra parte indispensable vijilar minuciosamente el lupus durante largos meses despues de su curación aparente i de someter de nuevo al tratamiento los puntos sospechosos donde los tuberculos parecieran reproducirse.

Finsen ha tratado por este método 59 enfermos; sobre este número 23 aparecen curados; los otros todavía en tratamiento estaban todos, salvo uno solo, notablemente mejorados.

Tales son los hechos enumerados por Finsen. Sin duda son alentadores Brocq cree que es prematuro un juicio emitido sobre este tratamiento i se limita a desear que investigaciones de control vengan bien pronto a confirmar los felices resultados enunciados.

*Tratamiento de Holländer.*—El año de 1897 el Dr. Holländer de Berlin presentaba en el Congreso internacional de Medicina de Moscow un nuevo método de curación del lupus. Convencido este cirujano de la inutilidad de los esfuerzos desplegados para conseguir ciertos éxitos por el tratamiento del vapor de agua, quizo encontrar un medio de curación que consistiese en un calentamiento gradual del tejido enfermo, desde la simple quemadura superficial hasta la completa carbonización i sin acción de contacto, lo cual no se obtenia con el vapor de agua ni con el Paquelin pues, el primero quemaba no solo el tejido enfermo sino las manos del operador, i el segundo proporcionaba solo la acción momentánea i destructora del fierro candente. Con este objeto se hizo construir un aparato por el cual fuese posible emplear el aire caliente concentrado, dosado i graduado a voluntad. El instrumento es mui sencillo:



consta de una espiral metálica hueca con un tubo de entrada i salida respectivamente en sus estremidades. La espiral está colocada bajo un canastillo de amianto sostenido por un soporte metálico que está en union con la base de un mechero de Bunsen. Este se enciende de modo que la llama vaya a dar sobre la espiral; con este fin el canastillo que la contiene puede correrse de arriba abajo sobre las columnitas que lo sostienen. La espiral se pone por una de sus estremidades en relacion con una pera insufladora i por la otra con las puntas destinadas a llevar sobre la rejion enferma la corriente de aire caliente. Estas puntas deben ser hechas de una sola pieza para impedir que la alta temperatura a que sale el aire funde las soldaduras i hagan su uso casi imposible. Todo el aparato se maneja por medio de un mango fijo inferiormente i que para mayor comodidad es corredizo a fin de darle al instrumento la direccion i posicion que se quiera.

Para usar el aparato se enciende el mechero de Bunsen cuya llama hace que a los pocos minutos la espiral tome un color rojo. Luego se inyecta el aire por medio de la pera insufladora i asi se obtiene con él un chorro de espesor voluntario i que tiene a su salida una temperatura de 300 grados. Para saber cuándo la temperatura del aire está apta para la operacion, se coloca un trozo de papel por delante del chorro i éste debe carbonizarlo inmediatamente. Por medio de este aparato se puede regularizar tanto la concentracion del aire caliente, que se puede quemar casi como con el Paquelin, focos bastante circunscritos; asi pasa cuando se opera sobre los párpados: se puede cauterizar sin temor de que la corriente tome desviaciones que pudieran ser peligrosas.

Holländer tiene una larga esperiencia sobre todo en casos de lupus vulgaris. Los casos lijeros se pueden operar sin narcosis. Se puede comprobar en estos casos, que el dolor mas intenso se produce mientras se forma la escara, hasta que la epidermis se ha ampollado, ya despues la cauterizacion es menos dolorosa. He visto a los doctores Moore i Barrenechea hacer quemaduras bastante intensas solo por medio de la anestesia cocaínica o por el cloruro de etilo.

Los casos en que hai que operar sobre una grande estension i cuando se quiere hacer una quemadura bastante estensa a fin de no repetir tan seguido las pequeñas sesiones operatorias se pueden i se deben hacer bajo narcosis total. Es curioso el hecho de que despues de despertar, el paciente siente solo un lijero escozor, por mas que la quemadura haya sido mui grande; esto tiene sin duda su esplicacion en que la quemadura al destruir las terminaciones nerviosas altera sus funciones sensitivas.

Por otra parte ni los Sres. Barrenechea i Moore en Chile ni en Europa se han podido comprobar hasta el presente consecuencias desagradables. En ningun caso por grande que haya sido la cauterizacion, se han presentado complicaciones de ningun jénero. El

temor de que en el cuello las venas superficiales puedan presentar trombosis parece que no tiene fundamentos.

En principio deben distinguirse dos grados en el tratamiento: la cauterización *absoluta* i la *relativa*. La diferencia entre ambas es gradual. La cauterización relativa puede considerarse como el primer período de la absoluta que consiste en la carbonización total de la parte enferma. Si se deja obrar la corriente de aire caliente en un punto cualquiera de la piel, la epidérmis se levanta en forma ampolla e inmediatamente se pone la piel blanca por efecto de una contracción que corre en forma de ola peristáltica, muy semejante según me parece, a la isquemia que se produce cuando se hace una inyección intradérmica de cocaína. Tal aspecto es el resultado de anemia completa que se produce. La demostración más característica de esto es que esa ola isquémica falta completamente cuando se hace la cauterización sobre tejidos exangües por el aparato de Esmarch. Si se continúa la acción del aire caliente toma la piel un color amarillento. El límite de la cauterización relativa se ha conseguido entonces cuando ese color amarillento toma un brillo seco. Este período, cuyos signos característicos naturalmente pueden ser determinados solo por la experiencia clínica se designa ventajosamente con el nombre de *cauterización relativa*, porque la piel así tratada, no sufre las consecuencias de la necrosis sino en sus partes enfermas, i las partes sanas se rejeneran fácilmente. Si se prosigue la acción del calor sobre un punto determinado i se acerca el aparato lo más posible, se produce un necrosis de todo el cutis i se llega entonces a la *cauterización absoluta*. La rejion aparece entonces de color negruzco.

La diferencia que hai entre la cauterización absoluta del aparato de Holländer i el Paquelin es la siguiente: el Paquelin destruye por medio del simple contacto solo el sitio tocado, ya este enfermo o sano. Está fundado en una acción de contacto que destruye con frecuencia tejidos sanos i deja persistentes tejidos enfermos, porque la seguridad de la tocación no es absoluta. La diferencia más importante, consiste en que por medio del Paquelin no se produce una acción térmica a distancia sobre los tejidos vecinos, sino que solo es destruido el punto mecánicamente tocado. En la cauterización absoluta se producen necrosis uniformes i es menor el peligro de dejar sitios afectados por el lupus. Si con este procedimiento se destruye junto con el tejido enfermo, el bacilo de la infección, sin llegar a la cauterización absoluta o necrosis definitiva, es un punto que debe estudiarse.

La cauterización absoluta solo tiene al cuchillo como rival, pero en el caso dudoso en que una operación a bisturí no llegara a extirpar todo el mal es indudable que se prefiere la cauterización ya dicha.

De capital importancia es la cauterización relativa que representa la parte esencial del método. La experiencia demuestra que el lupus ataca de preferencia las partes más visibles de la cara, cuya



estirpacion traeria consigo la destruccion de la estética i aun en el caso de usarse métodos autoplásticos los resultados no son de lo mas satisfactorio.

Ademas se ven en el pueblo individuos que llegan a ponerse en curacion cuando el lupus ha tomado casi toda la cara i cuello. En estos casos que con los métodos conocidos no se obtiene resultados es donde el Holländer da resultados positivos.

La corriente caliente aplicada, produce la isquemia ya dicha en los tejidos sanos mientras que los botones luposos que no tienen vasos o los tienen alterados, no cambian de aspecto i sobre ellos se puede dirigir especialmente el chorro de aire caliente. Se ha observado además que las partes anemiadas se reponen despues de algunos dias tan pronto como la circulacion se restablece.

Como una prueba de lo dicho se puede ver que en las cauterizaciones relativass nunca se desprenden con las escaras grandes trozos de piel, sino que la cicatrizacion se hace por medio de islotes epidérmicos que se forman en el centro de la superficie de granulación, los que por medio de su confluencia cubren en poco tiempo grandes superficies. No sucede así en la cauterizacion total, donde la cicatrizacion empieza por los bordes. De este hecho se desprende que en las cauterizaciones relativass se evitan casi completamente las retracciones cicatriciales.

Se comprende que no se tiene seguridad de conseguir una curacion radical con una sola cauterizacion relativa. Muchos botoncitos aislados pueden quedar sin ser influenciados por la cauterizacion i una nueva sesion puede destruirlos.

El tratamiento posterior es sensillo. Una curacion con vaselina boricada o yodoformada i el primer vendaje permanece tres o 4 dias si es posible. Para una buena cicatrizacion conviene tocar las superficies granulosas con nitrato de plata al 3%. Las curaciones húmedas deben evitarse totalmente.

La cicatrizacion es jenaramente rápida: en algunos casos se ha retardado porque se habian hecho nuevas quemaduras sin esperar la cicatrizacion. Este es el inconveniente que tiene el método: que como es necesario esperar la cicatrizacion i ademas es molesto para el enfermo estar quemándolo con solo cortos intervalos de dias resulta que el lupus puede renacer i demorar la curacion. En las clínicas de Chile se ha subsanado esto uniendo a las cauterizaciones de Holländer un tratamiento intermediario por el ácido láctico con mas la ayuda del tratamiento interno jeneral.

En cuanto a recidivas Holländer dice haber observado solo una i se trataba de una muchacha que tenia afecciones luposas esparcidas por todo el cuerpo.

En Chile la historia de este tratamiento ha tenido por teatro de sus operaciones, los servicios médicos de los doctores Moore i Barrenechea i como se puede ver por las observaciones que presento se han obtenidos curaciones completas, i verdaderas mejoras en

los casos que estan actualmente en esperimentacion. Algunos de los casos tienen ya una curacion probada de mas de un año.

Cáusticos químicos.—Hai varios métodos de los cuales los principales son los siguientes:

*Arsénico*.—Bastante usado por la Escuela de Viena. Kaposi lo recomienda sobre todo cuando el lupus consta de un gran número de pequeños nódulos. El arsénico parece limitar su accion a las partes mórbidas i respetar las sanas. No produce cicatrices mui viciosas pero tiene el defecto de ser mui doloroso. Se usa la pasta de Frai Cosme o la de Hebra cuya fórmula es la siguiente:

Ácido arsenioso.—0.50 gms.  
Cinabrio.....— 2 "  
Pomada rosada.— 15 "  
M. Pasta.....—

Se estiende la pasta sobre una tela i se aplica dividida en tirillas, sobre el lupus. Se mantiene esta pasta durante un dia; en el 2.º dia se deja la rejion sin lavar i al tercer dia se presentan dolores mui grandes. Los tejidos pueden edematizarse; todos los fenómenos se disipan cuando se quita el arsénico. Para apresurar la cicatrizacion se cubre la rejion con una pomada emoliente.

*Yódicos*.—Su empleo en la curacion del lupus es tan antiguo como la terapéutica. Se ha usado el yoduro de azufre, la glicerina yodada en inyecciones locales al 1 por 20. Las pincelaciones de glicerina yodada:

Yodo..... }<sup>aa</sup> 5 gramos  
Yoduro de K..... }  
Glicerina..... } 10  
M. pincelaciones.

*Nitrato de plata*.—Se le emplea como coadyuvante de los métodos sangrientos al 1, 2, 3 i 5 %.

El *ácido pirogálico* i sus compuestos, el ácido crisofánico, la antrarrobina i la crisarrobina, se usan principalmente en pomadas i solo dan resultados en las formas superficiales.

El *ácido salicílico* asociado a la creosota tan preconizado por Unna no parece que tuviera efecto sino en las formas recientes i superficiales. Unna lo empleaba en emplastos que tenían 10 gramos de ácido por metro de emplasto i en las formas profundas 30 i 50 gramos. Agregaba 40 de creosota, sustancia que ademas de ser analjésica tiene propiedades antisépticas.

Besnier tenia ésta fórmula:

Creosota de haya..... 1  
Emplasto de diaquilon.... 20  
Acido salicílico..... 5



*Acido lúctico.*—Es uno de los medicamentos esternos que ha dado resultados brillantes en la curacion del lupus vulgar. Se le usa puro o adicionado con agua. Como es caústico que no respeta las partes sanas se acostumbra recubrir la periferia de la placa que se cauteriza con lanolina o un emplasto resinoso.

Las cauterizaciones son poco dolorosas i tienen la gran ventaja de poder repetirse todos los dias. Las cicatrices que se obtienen son lisas, rosadas primero i despues blanquizas i sin la menor retraccion.

Los efectos son de los mas marcados en el lupus de las mucosas; es necesario ayudar su accion con pequeños raspajes de los nódulos lúpicos. En el lupus de los tegumentos se le usa con mas eficacia despues de practicar las escarificaciones.

La *resorcina* se ha recomendado asociada en partes iguales a la vaselina o en emplasto.

El *hidronaftol* se ha usado en solucion al 10 en traumacina. Haciendo una pincelacion diaria durante una semana o mas hasta la formacion de una costra que se deja caer espontáneamente.

El *naftol alcanforado* presta reales servicios como cicatrizante en los casos de lupus ulcerado.

*Mercuriales.*—El mas usado es el sublimado al 1/00 en pomadas.

En jeneral los caústicos dan cierta mejoria en los enfermos que no quieren tratarse por los otros métodos. Por lo demas se consideran como excelentes sucedáneos de los medicamentos o métodos quirúrgicos.

## Tratamiento del lupus eritematoso

*Eritema centrífugo.*—Nada hai ménos cierto que su *tratamiento interno.*

En las formas conjestivas dependientes del acné rosácea o semejantes a él, deben evitarse todas las conjestiones de la cara, vijilar la menstruacion, inyecciones vaginales de agua tibia, i fricciones en las piernas, baños sinapizados. El régimen alimenticio debe ser severo. En estos casos se aconseja prescribir la ergotina, la belladonna, quinina, digital, hamamelis virjínica, el acónito, sea en pildoras sea en tinturas o bajo forma de gotas.

Cuando el elemento conjestivo es ménos marcado se pueden dar preparaciones arsenicales por ejemplo: arseniato de soda a la dosis de 5 a 10 miligramos por dia, por períodos de dos o tres meses con intervalos de reposo. En muchas casos se obtienen buenos resultados. Hutchinson cree que el arsénico es el específico de estas dermatosis.

*Eritema fijo.*—El tratamiento interno de esta variedad es el





mismo que el del lupus vulgar, tiende a modificar la constitucion enfermiza de los individuos.

Tratamiento local del eritema centrífugo.—Se usan los tópicos i los caústicos. Ante todo hai que atender al estado del lupus: si está la placa mui conjestionada e inflamada se recurre a los sedantes ya prescritos en el tratamiento interno de esta misma forma: baños sinapizados, lociones de agua tibia pura, boricada.

A medida que la inflamacion se disipa se recurre a diversos tópicos comenzando por emplear los mas débiles: pomadas de óxido de zinc mas o ménos saliciladas, de resorcina, naftol, ácido pirogálico. En aquellas formas en que no hai ninguna reaccion inflamatoria viva, el tópico que siempre ha sido el mas eficaz i el mas constante en sus efectos curativos es el jabon negro de cocina. Para usarlo es necesario depurarlo i despues se le diluye en alcohol comun o alcanforado, de manera de hacerlo manejable. Se le estiende en una franela del tamaño de la placa, cuidando que sobrepase un poco para que sus bordes queden recubiertos. De esta manera se aplica durante toda la noche i al dia siguiente se lava la rejion con agua tibia. Si el enfermo está obligado a asistir a sus ocupaciones se coloca durante el dia una pomada con ácido salicílico, resorcina i ácido láctico:

Acido salicílico	} <sup>aa</sup>	
" láctico....	} 0.50	gramos
Resorcina.....	0.75	"
Oxido de zinc...	2	"
Vaselina.....	17	

En la tarde se recomienzan las aplicaciones de emplasto de jabon negro, hasta que la parte enferma esté roja, tendida, tumefacta i dolorosa, en una palabra mui inflamada. Este resultado se obtiene a veces con una sola aplicacion, otras veces con varias. Cuando el enfermo no asiste a sus ocupaciones se puede hacer aplicaciones del emplasto tarde i mañana i así se produce la inflamacion con gran rapidez.

Desde que la irritacion es mui intensa se recurre a los tópicos emolientes, vaselina, cold cream, cataplasmas i despues vaselinas i pomadas boricadas, saliciladas o resorcinadas etc. Cuando los tegumentos han tomado su fisionomia habitual se recomienzan las aplicaciones de emplasto de jabon negro.

La pomada compuesta de ácido salicílico, láctico i resorcina ya mencionada ántes ha sido bastante eficaz, pero en muchos casos no es soportada i se recurre a otros tópicos mas suaves, particularmente a la pomada con óxido de zinc al 10 o al 20.

Hebra ha preconizado las pincelaciones con una solucion de potasa caústica hasta que se forme una escara blanca que se desprende tres a cinco dias despues.



En la gran mayoría de los casos se produce una mejoría real con la aplicación de las dos o tres primeras series de jabón negro. Cuando su acción continúa siendo eficaz se debe perseverar en su empleo hasta la desaparición completa del lupus. En muchos casos sucede que a los 20 días o 1 mes no se tienen resultados i aun se ve una progresión ascendente de la enfermedad; en estos casos debe suspenderse inmediatamente el tratamiento por el jabón negro i recurrir a otros métodos terapéuticos.

Al lado del jabón negro se colocan los ácidos salicílico i pirogálico; se les emplea casi siempre combinados, el ácido salicílico al 1 por 20 i el otro al 1 por 10 en pomadas, traumacina colodion o emplasto. Estas pomadas han dado siempre muy buenos resultados se les puede agregar ácido láctico para aumentar su eficacia. Estas se alternan en su uso con pomadas resorcinadas que se aplican en el día.

La pomada con colodion es muy activa, pero es muy dolorosa i suele producir hasta supuraciones así es que, hai que vijilar su empleo.

Los emplastos son preferibles pero son muy difíciles de fabricar bien.

Entre los otros tópicos útiles se citan el ácido fénico, clorhídrico i crómico, sustancias que se aplican en pincelaciones; el ácido piroleñoso, el ácido acético i vinagre mezclados con amarillo de huevo, el aceite de Cade, el aceite de haya, de nuez, la crisarrobina, la antrarrobina, los vejigatorios volantes, la tintura de iodo pura, el iodo cáustico de Hardy, amoniaco, el percloruro de fierro, el nitrato de plata, cloruro de zinc, sulfato de zinc, etc.

En las formas profundas donde no hai inflamación se usa el ácido láctico. El etilato de sodio daría, según muchos, buenos resultados. También los darían las preparaciones mercuriales.

En jeneral, estos procedimientos deben ser bien vijilados i siempre debe desconfiarse de ellos. Muchos son infecciosos en algunas personas i en otras producen reagravación.

El tratamiento local del eritema fijo es el mismo de la forma centrífuga. Ahora voy a esponer los medios terapéuticos quirúrgicos a que se puede recurrir en casos de lupus eritematoso. También citaré algunos tratamientos modernos por la electricidad i los rayos X.

*Raspaje.*—En el lupus eritematoso el raspaje no es un método de elección: solo las formas fijas i especialmente la forma acneica o herpes cretáceo de Devergie pueden beneficiarse con él en ciertos casos. Es preciso entonces como para el lupus vulgar, canterizar la herida con ácido láctico o naftol alcanforado: despues hacer la curación con iodoformo. En el lupus eritematoso fijo del cuero cabelludo, el método recomendado por Besnier a saber, el raspaje seguido de cauterización con ácido láctico, da bastantes buenos resultados.

*Escarificación.*—En el lupus eritematoso la escarificación puede ser empleada i da algunas veces buenos resultados; pero es preciso saber que es mucho ménos eficaz que en el lupus vulgar.

La manera de operar difiere un poco segun que se trate de la forma fija profunda o de la forma superficial aberrante. En la primera variedad en que las lesiones ocupan una gran parte del espesor del corion como en el lupus acnéico o en el herpes cretáceo, Vidal ha mostrado que para tener algun resultado, es necesario practicar incisiones paralelas profundas, cortas i cerradas, cortando menudo i bastante regularmente la neoplasia. Este ilustre dermatólogo habia fracasado con la escarificación en estas variedades, cuando un dia tuvo la idea de practicar incisiones cortas i mui profundas: obtuvo entonces un exelente resultado. Desde entónces tuvo mucho ménos fracasos.

En el eritema centrífugo al contrario, las incisiones deben ser cuadruplicadas, superficiales i un poco espaciadas, so pena de dejar cicatrices viciosas. En estos casos encuentran su aplicacion los escarificadores múltiples pero en todo caso puede usarse la aguja de Vidal. Sucede a menudo que cada operacion es causa ocasional de una nueva poussée lúpica; las placas en lugar de aplastarse i retroceder, se enrojecen i se estienden i sin embargo en sus formas superficiales, a la inversa de lo que pasa para las formas fijas i profundas, la escarificación es bien preferible a la cauterizacion ígnea, pues, cuando es bien hecha i superficial no deja tras ella cicatrices i provoca mucho ménos poussées inflamatorias estensivas.

La curacion i hemostásis se hace como en el lupus vulgar pero teniendo en cuenta que los emplastos son peor tolerados en el lupus de que se trata por ser mas irritable.

En suma, la escarificación en el tratamiento de lupus eritematoso i sobre todo del eritema centrífugo constituye un método incierto. La indicacion es en casos que han fallado otros tratamientos.

*Cauterizacion ígnea.*—No tiene la eficacia que en el lupus vulgar. En las formas aberrantes está formalmente contraindicada i en ciertos casos ha producido reagravaciones en cuanto a aumentar la estension del proceso mórbido.

Los lupus que se acompañan de gran infiltracion pueden ser felizmente modificados por la cauterizacion; pero en jeneral, el tratamiento del lupus eritematoso es mucho mas incierto i jamas se está seguro de los resultados.

*Eléctricidad en corrientes de alta intensidad.*—En el lupus eritematoso el Dr. Biserie ha tratado seis casos por las corrientes de alta frecuencia. La técnica que ha empleado es la siguiente:

El enfermo sentado sobre un taburete está en relacion simplemente con la tierra. El operador pasa por sobre las rejiones atacadas un electrodo formado de una armadura metálica encápsulada en un mango de vidrio. Entre la armadura metálica i la parte tratada se ve estallar una lluvia de finas chispas que atraviesan las paredes



del mango de vidrio. El enfermo no acusa así mas que una sensacion de calor mui soportable. Al cabo de uno o dos minutos de aplicacion de la corriente, el mango de vidrio que encapsula al electrodo toma una temperatura que hace su contacto mas dolorosa, de donde la necesidad de cambiar de tiempo en tiempo el mango si se quiere evitar de quemar los tegumentos.

En el momento mismo de la aplicacion se comprueba una palidez mui acentuada en el punto tratado; es bien pronto segñida de una rubicundez intensa que se estiende bastante mas allá de los puntos sometidos al efluvio i acompañándose de una sensacion de escozor a veces bastante pronunciado. Esta rubicundez i escozor tienen una duracion variable segun los individuos i segun la duracion de la aplicacion. Cuando los tegumentos han sido suficientemente modificados se recubren bastante rápidamente de costras delgadas que se levantan con facilidad. La duracion de la aplicacion del efluvio ha variado segun los casos, pero nunca ha exedido de dos minutos por cada punto tratado. Las aplicaciones han sido de dos por semana al principio del tratamiento i una sola vez despues.

A las cuatro sesiones se han comprobado modificaciones apreciables que se traducian por una mejoria notable. En dos enfermos las placas de lupus blanquearon casi completamente despues de 18 aplicaciones; pero por el contrario hai casos en los cuales los buenos efectos del principio no se mantienen.

Brocq cree que «este método de tratamiento sin ser una medicina heroica podrá ser en ciertos casos útilmente ensayada.» No es doloroso i tiene sobre todo la ventaja de no desfigurar al enfermo i de permitirle trabajar i salir a sus relaciones mundanas.

*Rayos X.*—Los doctores Schiff i Frenud presentaron curada últimamente una enferma de lupus eritematoso. En ella hacia un año que se estaba siguiendo el tratamiento i el lupus no habia recidivado en ninguno de los puntos en que el tratamiento habia estinguido las placas luposas. Llegan a la conclusion de que el lupus eritematoso puede ser *radicalmente curado* por este tratamiento.

*Tratamiento de Holländer.*—Como puede verse en las observaciones que van a continuacion, tambien el lupus eritematoso es susceptible de curarse por éste método.

## OBSERVACION I

(PROTOCOLO N.º 82.—OBSERVACION PRIVADA DEL DR. MOORE)

N. O. niña de 10 años de edad.

*Antecedentes personales i hereditarios.*—Padre sifilítico, nefrítico, corpulento. La madre ha tenido tres abortos i cuatro niños



enfermos. La niña es manifiestamente heredo-luética. Fue operada de granulaciones el 15 de Enero de 1896.

Actualmente presenta la triada de Hutchinson. En la garganta una farinjititis granulosa; ganglios infartados. Es anémica.

Cuando se presentó a la consulta tenía en las alas de la nariz una placa descamativa i eritematosa que despues se invadió de algunos nódulos ulcerados.

Como se creyera que fuese efecto de la heredo-lues se le instituyó el tratamiento anti-luético que ya ántes en 1897 habia sido sostenido. Despues de un tratamiento ineficaz mantenido por largos meses se instituyó el método de curacion de Holländer.

Se empezó una serie de diez cauterizaciones por el tratamiento de Holländer distanciado de 8, 15 i 20 dias.

Hoy está enteramente sana pues, un pequeño nódulo que quedaba sobre una ala se ha destruido por medio de la aplicacion de los rayos solares.

En los intervalos, de tratamiento por el aire caliente se aplicaba tambien el ácido láctico.

## OBSERVACION II

(PROTOCOLO N.º 146.—OBSERVACION PRIVADA DEL DR. MOORE)

N. N. caballero de 58 años de edad, rentista.

*Antecedentes personales.*—Hace algunos meses empezó a sentir en la raiz de la nariz una sensacion de picor que nuestro enfermo atribuia a la presion de los anteojos. Empezó a formarse una mancha pigmentada que a veces desaparecia i que no llamaba la atencion. Uno o dos meses despues tomó un color rojo ladrillo con relieve eritematoso que en quince dias se estendió rápidamente, hasta tomar el volúmen de una moneda de a 10 centavos, oval, escamosa con la sensacion de picor mas acentuada.

En este estado se hizo el diagnóstico por varios médicos, de lupus eritematoso, sin diverjencia de opinion.

Se resolvió operar por el método de Holländer el que se hizo en una sola sesion anestesiando la rejion con cloruro de etilo. No hubo dolor i la aplicacion se hizo con toda facilidad, produciendo la coccion una ampolla de quemadura de 2º grado blanquecina.

*Estado posterior.*—Se presentó varios dias despues un edema del párpado derecho que pasó. La costra protectora formada por la combustion cayó despues de 10 dias dejando en su lugar nuevas costras de cicatrizacion.

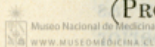
Actualmente hemos observado a nuestro enfermo i hemos podido comprobar una curacion manifiestamente radical. En el lugar co-



respondiente a la placa de lupus no queda sino una cicatriz blanquecina, sedosa i mui satisfactoria.

## OBSERVACION III

(PROTOCOLO N.º I47. —OBSERVACION PRIVADA DEL DR. MOORE)



N. N. Caballero de 47 años de edad, juez letrado.

*Antecedentes personales.*—Nuestro enfermo presenta una constitucion robusta casi hercúlea, buenos antecedentes de familia, hijo sano. Habia tenido una ténia que coincidió con la aparicion de sus lesiones cutáneas. Tambien tuvo su lues que fué bien tratada.

Hace cinco años a que por primera vez notó en un carrillo i poco despues en la nariz una pequeña placa eritematosa recubierta de escamas a la que nuestro enfermo no dió ninguna importancia. Poco a poco surjieron nuevas placas en la cara i en la cabeza, una que otra rarísima en las espaldas i hombros. Una placa aparecia mui manifiesta en la mano izquierda.

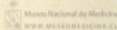
En este estado se presentó a la consulta el año 1897. En el borde cubital de la mano izquierda tiene un pequeño tumor con tendencia a la ulceracion, de superficie fria, roja amoratada simulando un sabañon, con todos los caracteres clásicos del lupus pernio. En la cara placas en relieve rojizas mui escamosas en los bordes, invasoras con tendencia a la necrosis en los lóbulos de las orejas hasta donde ellas llegan, salpicadas aquí i alla de puntos nodulares céntricos, reblandecidos, ulcerosos. En la cabeza una enorme cantidad, no ménos de 200 puntos, deprimidos, rojizos con tendencia invasora no cicatrizando jamás espontáneamente, indolentes.

Fué tratado con gran enerjia por medio del tratamiento antilúético para descartar la asociacion lúetica con esta enfermedad; el tratamiento se sostuvo por mas de 6 meses.

Con el mercurio bajo forma de fricciones i de tratamiento estomacal i con el yoduro a altas dosis 4 a 5 gramos diarios, las lesiones aumentaban visiblemente viéndose que el yoduro las exacerbaba.

Todo el año 97 se le trató por los medios vulgares con que se ataca el lupus eritematoso. Localmente con cauterizaciones al electro cauterio, cauterizaciones químicas con pirogalol i con nitrato de plata, aplicaciones de emplastos de Vigo, inyecciones a altas dosis de aceite creosotado; cauterizaciones con ácido féénico puro en la cabeza, inyecciones sub-cutáneas de cantaridato de potasio e inyecciones hipodérmicas en los nódulos luposos con betanaftol alcanforado.

Con este tratamiento solo se observó curacion de los nódulos por las inyecciones del betanaftol alcanforado; esto traia una gangrena



local i cicatrizacion apergaminada blanco-mate. El ácido fénico producía buen resultado muchas veces sobre los eritemas de la cabeza. Las inyecciones de tuberculina fueron ineficaces.

Durante el año 1898 el Dr. Moore se fué a Europa i le dejó el uso de enérgicas escarificaciones en las fronteras de la enfermedad con las partes sanas. Como tratamiento local cauterizaciones con ácido láctico en las grandes placas de la cara i ácido fénico en las de la cabeza. El resultado en este año fué mediocre pero superior al anterior. La mitad de una de las placas cicatrizó con el aspecto característico de la cicatriz luposa.

Desgraciadamente en el fondo de las cicatrices empiezan a divisarse nuevos nódulos luposos que dejan entrever la invasion de la enfermedad i la eneficacia del tratamiento anterior.

El año 99 se empieza el tratamiento de Holländer combinado con el ictiol a altas dosis como tratamiento interno. Ictiol i agua partes iguales 80 a 100 gotas diarias. Al mismo tiempo se aplicaba ácido láctico en las rejiones donde no se cauterizaba con el cauterio de Holländer.

Desde las 1.<sup>as</sup> aplicaciones del aire caliente las placas bajaron de relieve i cicatrizaron rápidamente en los sitios de la aplicacion, desapareciendo ya algunas i habiendo necesidad de repetir las cauterizaciones cada mes. Se usó como anestésico el cloruro de etilo i la cocaína. La quemadura se curaba con linimento óleo-calcáreo.

En el año 1900 no reaparecen las placas en donde han sido cauterizadas por el método de Holländer ni aparecen nuevos nódulos en las cicatrices. Se continuan las cauterizaciones por este método en los eritemas restantes.

Todos los puntos comprometidos en la cabeza han desaparecido, pero obedeciendo ellos como se ha dicho a los ácidos fénico i láctico medicamentos que no tenian accion ninguna en la cara.

En el lupus pernío de la mano se hizo una aplicacion del Holländer con admirable resultado.

El estado jeneral en Junio de 1900 es el siguiente: desaparicion completa de todos los eritemas en todas las rejiones del cuerpo con escepcion de uno que otro pequenísimos i miliar en las cejas, barba i detras de las orejas los que en este momento estan bajo la accion de una última cauterizacion de Holländer.

#### OBSERVACION IV

Luisa Santibañez, de 20 años de edad, soltera, natural de Los Andes; entra el 23 de Enero del 99 a ocupar el N.º 1 de la Sala de Lourdes, Hospital de San Borja, servicio del Dr. Eduardo Moore.

*Antecedentes personales e historia de la enfermedad.*—Segun sus padres hace 19 años le comenzó en el lado izquierdo de la cara una



mancha rojiza invasora que con el trascurso del tiempo avanzó hacia el carrillo ocupándolo enteramente, desde la oreja hasta la nariz i de la cavidad orbitaria hasta el borde del maxilar inferior.

Aspecto escrofuloso, raquítrico bien reglada, ningun antecedente sifilítico. Hacia el cuello el lupus invade dejando retracciones cicatriciales i cicatrices con tendencia a la curacion espontánea en pequeños espacios, lo suficiente para dar a conocer que las cicatrices son blancas, nacaradas, azuladas i apergaminadas. Esta gran placa es rojiza con una gran cantidad de nódulos tuberculosos con tendencia a la ulceracion.

Durante tres meses se la trató con ácido láctico i con inyecciones de alcanfor beta-naftol en los nódulos tuberculosos con escasísimos resultados.

En Mayo se empezaron las cauterizaciones por el método de Holländer por pequeñas porciones i desde el 1.<sup>er</sup> momento los resultados fueron mui satisfactorios; se continuó con este sistema haciendo las cauterizaciones una i dos veces por mes i ya en Setiembre la placa entera se presentaba con un aspecto pálido i con uno que otro nódulo en vias de regresion. La curacion continuó rápidamente i en Diciembre del 99 salió enteramente curada.

Esta enferma ha escrito últimamente i dice estar perfectamente sana.

#### OBSERVACION V

Agustina Morales de 8 años de edad, entró el 9 de Setiembre del 99 a ocupar el N.º 8 de la Sala de Lourdes, Hospital de San Borja.

*Antecedentes personales e historia.*—Hacia dos años que sufría de un eritema ulcerado invasor de los lóbulos i punta de la nariz i con infartos ganglionares escrofulosos sub-maxilares.

Se aplicó tres veces el Holländer i en su intermedio el ácido láctico. A fines de Diciembre salió radicalmente curada.

#### OBSERVACION VI

Mercedes Gonzalez. de 19 años de edad, entró el 23 de Enero del 99 a ocupar el N.º 10 de la Sala de Lourdes.

*Antecedentes personales e historia.*—Desde hace mucho tiempo presenta en el lado derecho una placa de lupus con todos los caracteres del lupus escrofuloso, es decir, infartos del cuello numerosos, fistulosos, supurados i que ocupaban hasta la rejion carotidia.

Prévia anestesia clorofórmica, se hizo una aplicacion de Hollän-





der i sobre la aplicacion se hizo un raspaje i luego una nueva aplicacion cauterizante por el aire caliente. Salió completamente sana.

## OBSERVACION VII

Gricelda Benavides, de 22 años de edad, soltera, entra a curarse al dispensario que dirige en San Borja el Dr. Barrenechea.

*Antecedentes personales e historia.*—Padres i hermanos sanos i ella tambien sana.

Hace doce años mas o menos sintió un dolor en la vista; se le inyectaron ámbos ojos, mas el izquierdo que el derecho. Eso desapareció solo.

A los tres meses sintió que el lado izquierdo de la nariz se le cerraba i se le ponía rubicunda, pero sin tener romadizo; despues sintió las mismas perturbaciones en el lado derecho. En ámbos lados se le formaban costras que sangraban a veces i en mui poca cantidad.

Se le diagnosticó lupus vulgar pues presentaba en ámbos lados los nódulos característicos de la afeccion.

Se hizo durante 4 años un tratamiento con el galvanocauterio i ácido láctico i no se obtuvieron sino medióeres resultados.

Se empezó entónces una serie de cauterizaciones de Holländer las que se repitieron cuatro veces. El 13 de Enero de 1900 está sana del lado derecho que ha sido el cauterizado.

A principio de Abril del 98 previa anestesia clorofórmica se levantó el ala de la nariz del lado izquierdo i se cauterizaron los nódulos que existian aparentes. Hubo despues un nuevo brote de ese lado i el 11 de Enero del 99 se le hizo en la misma forma otra cauterizacion.

El dia 13 la enferma está bien, no siente cerrada la nariz ni malestar de ningun jénero.

Hemos visto posteriormente a la enferma i está bastante bien sin perturbaciones del lado de las fosas nasales.

## OBSERVACION VIII

N. N. mujer de 24 años de edad, ramera, se presenta a consultar al Dr. Moore sobre una *sífilis de la nariz*.

Examinada la enferma no hai dato alguno en favor de la sífilis. Presenta en cada ala de la nariz una placa de aspecto eritematoso, una pequeña en la punta de la nariz i otra en un carrillo. Todo esto lo tenia desde hacia cuatro años.

La coloracion de las placas era rojiza, las manchas eritematosas



con pequeñas descamaciones; deprimidas e indolentes. Evolucion mui lenta.

La enferma es débil enfermiza, con sus menstruaciones irregulares i el apetito perdido.

Se le hizo en una sola sesion el tratamiento de Holländer i se le dió como tónico vanadato de sodio.

Actualmente las placas estan perfectamente cicatrizadas i de color blanquecino. La enferma ha ganado en gordura i el apetito está bueno.



## Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

### OBSERVACION IX

(En esperimentacion)

N. N. mujer de 48 años de edad, se presenta al consultorio que tiene el Dr. Moore en la sala de Lourdes del hospital de San Borja.

*Antecedentes personales e historia de la enfermedad.*—Ha habido heredo lues en los hijos; el marido tiene una sífilis comprobada: ella no presenta manifestacion alguna de la diátesis. Presenta en todo el dorso de la nariz i parte inferior de ámbas alas, manchas eritematosas ásperas, puntilladas, de evolucion lenta i con una marcha invasora. La enferma presenta un aspecto pálido i enflaquecimiento marcado.

Se diagnosticó un lupus eritematoso en un terreno sifilítico por concepcion.

El año 96 fué tratada por el ácido láctico i ya a principios de este año las placas habian cicatrizado en su parte superior con una cicatriz blanquecina, suave como aterciopelada sin fibras elásticas. Todo esto confirmó mas el diagnóstico.

Como la enferma presentara síntomas de neurastenia i dolores musculares se pensó en que fueran provocados por la sífilis i se instituyó el tratamiento específico por el sistema de Ricord. Las placas solo empalidecieron probablemente a causa de las diarreas que ocasionó el tratamiento.

Se le han hecho dos sesiones de Holländer i la enferma se encuentra en estado mui satisfactorio.

### OBSERVACION X

(En esperimentacion)

N. N. mujer de 58 años de edad, casada se presenta a consultar al Dr. Moore.

*Antecedentes personales e historia de la enfermedad.*—La enferma cuenta que desde su infancia ha sufrido de una afeccion a la



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cara, que en forma de placas le cubre casi todo un lado de la cara, oreja i parte del carrillo del otro lado. Toda la rejion afectada está salpicada de nódulos tuberculosos característicos i en evolucion. Se le han hecho en los nódulos inyecciones de naftol beta alcanforado i en las partes eritematosas aplicaciones de ácido láctico.

El tratamiento de Holländer se le ha aplicado tomando distintas partes de las placas i hoi se presenta en pleno período de curacion que durará a juzgar por la estension de las lesiones todo este año.

## OBSERVACION XI

(En esperimentacion)

Carmen Faundes de 20 años de edad natural de Quirihue, entró al servicio del Dr. Barrenechea a principios de Abril de este año; es tejedora.

*Antecedentes personales e historia.*—De edad de cinco años tuvo en el lado derecho del cuello un ganglio supurado del cual sanó. Hace diez años notó un *romadizo* tenaz poco abundante que le tomó solo el lado izquierdo de la nariz; se le formaban costras que caian para dar lugar a otras. Despues se le tomó el ala de la nariz del mismo lado. Durante todo este tiempo estuvo sometida a tratamiento.

En Diciembre del 99 llegó al Hospital San Vicente. Traia segun dice todo el lado izquierdo de la nariz tomado i en parte el lado derecho. Se la trató por ácido láctico i mientras que el lado izquierdo sanaba aunque sacrificándose gran parte del ala de la nariz, el otro lado continuaba en aumento.

Examinada se le encontraron tres brotes luposos con nódulos característicos en el cornete inferior i toda el ala en su parte inferior afectada. Se resolvió operarla i el 21 de Abril se le levantó el ala de la nariz i se aplicó el cauterio de Holländer en todo los puntos atacados. Todo se hizo bajo anestesia clorofórmica i con felicidad.

Esta enferma no ha sido tratada posteriormente i solo curada con polvos secantes i modificada la herida con nitrato de plata. Hoi se presenta con el ala afectada perfectamente sana, se ha detenido la marcha voraz del lúpus i la cicatriz es casi imposible distinguirla del resto de la piel. Solo queda un pequeño nódulo interno que será destruido con una nueva cauterizacion.

