

SEGUNDO CASO

Eczema crónico, confluyente del dedo índice de la mano derecha

P. R., de 35 años de edad, natural de Nueva-York, de estado religioso, sin antecedentes morbosos especiales, se presentó a mi despacho a principios de mayo de 1917 pidiéndome le tratase un eczema del dedo índice que había resistido hasta entonces a todos los tratamientos empleados.

La afección databa de primeros de marzo de 1915 (21 meses). Durante e te largo intervalo fué tratado bajo la inteligente dirección de uno de nuestros maestros en dermatología, sin notable resultado. Más tarde sufrió el arrancamiento de la uña, fracasando tanto la medicación local como la dictética y medicación general empleadas.

El dedo se presenta a nuestro examen con la uña repuesta y sana, algo costroso en la superficie, con colores variados debidos a soluciones medicamentosas empleadas (sales cúpicas y argénticas) tumefacto; con edema dérmico y aun subdérmico y con huellas de pequeñas vesículas que han dejado su hoyo exudático. Siente escozor y tensión variables, según el estado de evolución del proceso, que se limita al dedo índice en toda su extensión. El dedo está en extensión y no puede hacer ningún movimiento de flexión. El paciente relata con detalles bien precisos la marcha del proceso que poco más o menos ha sido siempre igual; siente escozor en la piel y antes de que se aprecie a la vista, con el pulpejo del dedo pasado ligeramente por encima, se notan pequeñísimas proeminencias que al día siguiente se convierten en pequeñas vesículas que al reventar más tarde, dejan salir un líquido claro, algo amarillento, quedando un ligero hundimiento en el sitio de cada vesícula. Esta exudación, que prosigue, forma costras que se secan a los pocos días, para venir luego un nuevo brote, que pasa exactamente por las mismas etapas antes indicadas. Estos brotes, variaban en intensidad y confluencia; sucediéndose siempre con suficiente constancia, para sostener el dedo hinchado, costroso, e inmóvil.

El estado general del paciente es bueno y todas sus funciones parecen bien equilibradas.

A la vista de los datos que acabo de relatar, el diagnóstico de eczema localizado se imponía, su profesión, excluía todo eczema de causa externa por irritación local, por consiguiente había de ser de causa tóxica interna.

Si lo he calificado de crónico ha sido por su duración, ya que por su morfología se ha presentado más con caracteres de e. agudo que de e. crónico.

No se trata aquí del eczema periungueal tan bien presentado por Brock y por Vidal (1) puesto que la uña estaba sana y no había causa alguna de irritación externa. Como hemos dicho su profesión excluye toda causa de irritación local, que cuando encuentra terreno adecuado puede producir eczema exógenos o de defensa, por consiguiente debe diagnosticarse este eczema como endógeno por auto-intoxicación. El eczema es una toxidermia autógena como dice Gougerot (2) y si el organismo está intoxicado, la alimentación puede aumentar o sostener la intoxicación. Puede haber desviación de eliminación; pues como dice Gaucher «en un organismo normal casi todos los residuos de la vida de los tejidos, son eliminados por los riñones; si su funcionalismo es deficiente se encarga de suplirle el intestino y la piel». Los eczemas vienen de preferencia cuando la piel presenta una *fragilidad* especial de causa generalmente desconocida. La localización se explica a veces por ciertas irritaciones externas que unidas a la causa interna determinan la localización.

Pero aquí esta localización tan determinada y tenaz, no tiene explicación plausible alguna, ya que ningún hábito ni profesión, provocaban en el dedo ningún estímulo especial.

Aquí podíamos recorrer al socorrido tema de las perturbaciones de las glándulas endocríneas; para darnos alguna explicación; pero los estudios hechos hasta la actualidad no creo puedan esclarecer mucho el asunto. Y por fin no estará demás consignar que autores de valía no ven en el eczema más que una infección microbiana local.

El tratamiento fué bien sencillo, le dejamos en el régimen de la Comunidad, que ya seguía, después de haber abandonado algunos a que antes se le había sometido. Como es sabido este, es un régimen mixto suave.

Se dejó de lado toda medicación farmacológica local y general, y se sometió el dedo al *soplo frankliniano*, en el baño electrostático con la siguiente técnica:

(1) Saburand. «Dermatologis», pág. 425 y 6. París, 1909.

(2) Gougerot. «La Dermatologia en Clientela», pág. 165. París, 1919.

Sentado el paciente en el banquillo electrostático conectado al polo negativo, el positivo a la tierra y a un electrodo en punta metálica que un soporte sostenía delante del enfermo.

El paciente pone el dedo enfermo a unos 5 ó 6 centímetros de la punta del electrodo y le mueve suavemente de vez en cuando, para que se reparta la efluviación por toda la superficie de la piel. Las sesiones duraban unos quince minutos, dándose diariamente en los tres primeros días, para seguir luego a tres sesiones semanales.

El buen efecto, fué visible desde las primeras sesiones: después de la tercera había disminuído el edema dérmico y subdérmico y pudo el enfermo hacer ligeros movimientos de flexión del dedo, habiendo disminuído considerablemente las molestias subjetivas. Esta mejora se fué acentuando sin que impidieran a penas el avance para la curación, dos brotes más de vesículas que apenas llegaron a serlo y algún conato que sólo se reconocía a la palpación y por ligeras molestias subjetivas, cesando ya los brotes después de las 10 primeras sesiones para no reaparecer más. Entonces apenas quedaban restos de hinchazón y de pequeñas costras, que en pocos días acabaron de desaparecer por completo, quedando el dedo completamente normal al mes de instituído el tratamiento. Número de sesiones 16.

Conocidas son las propiedades sedantes del *soplo electrostático* y de antiguo es reconocida su indicación en las enfermedades pruriginosas de la piel, como lo reconoció ya Bröck (1). Ya anteriormente, mi buen amigo y maestro el Profesor Doumer, y Leloir demostraron los notables efectos que se obtenían por este medio para la curación del eczema; bien demostrados en la clínica de dermatología de Leloir en Lille. Más tarde Oudin, dió a conocer los buenos resultados que se podían obtener con la efluviación de alta frecuencia. Desde hace muchos años he podido comprobar los buenos efectos de uno y otro medio para la curación del eczema, así como para combatir las enfermedades pruriginosas de la piel y a pesar de la brillantez con que interviene en muchos casos, su uso no se ha extendido grandemente. Y eso que un maestro en dermatología como nuestro doctor Peyrí, expresa el elevado concepto que le merece la electroterapia en estos términos: «El dermatólogo tiene con la energía eléctrica uno de los más potentes recursos de tratamiento, insustituible a veces y útil siempre». (2)

Tal vez sea porque el concepto nosológico del eczema que antes hemos apuntado, parece que pugna con un tratamiento local, siquiera a su acción se junte la del baño electrostático, y por de contado que este tratamiento no excluye el etiológico.

No obstante en el caso de la toxidermia endógena del dedo, si el soplo produce un efecto sedante, la toxina ya produce allí menos irritación y si por otra parte produce un efecto vasomotor combatiendo las irregularidades circulatorias de los tejidos irritados, o inflamados, (como Doumer lo ha demostrado en la membrana interdigital de la rana atacada por una gota de ácido nítrico), se comprende que se desinchen los tejidos, que el tóxico, por el terreno más resistente que encuentre, en su localización, no presente ya la reacción de defensa que representan los fenómenos eczematosos, y la toxina al perder esta batalla local, alguna atenuación llevaría y se eliminaría fácilmente por el riñón, o por el tubo digestivo. Y si tomáramos como lo hacen algunos autores, el eczema como afección infecciosa local no podríamos prescindir de las condiciones del terreno que no pueden ser otras que las que resulten de la característica funcional del individuo.

Podría invocarse la acción general cuando se emplea el baño electrostático y no nos sería difícil teorizar en busca de la solución pero lo dejamos en honor a la brevedad.

Mas tomando pie de estas consideraciones procuraré precisar bajo un punto de vista general cual debe ser el tratamiento eléctrico preferible en el eczema.

Tres son las formas generalmente usadas: el *soplo electrostático*, el *efluvio de alta frecuencia directo* y el *efluvio con el tubo condensador*. En la buena elección, creo, está el secreto del éxito. Por lo que veo escrito, se usan estas formas, según las preferencias de los autores, sin puntualizar la gama de recursos que presentan.

El *soplo*, debe emplearse cuando el eczema presenta caracteres agudos, es poco extenso y se presenta en regiones delicadas de la piel, cara, dedos, genitales etc., etc.

La efluviación de alta frecuencia se empleará también en los casos agudos y cuando invada grandes extensiones.

Y por fin reservaremos el *efluvio con el tubo condensador*, para los eczemas crónicos, secos o con poca secreción, sea cual fuere su extensión y el sitio que ocupen.

Y téngase en cuenta que la dosis es tan importante como cuando se trate de la administración de cualquier fármaco. Mas por desdicha nuestra, estas formas eléctricas escapan un tanto a la medida;

(1) Bröck. «Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents Physiques.» Paris, 1898.

(2) Peyrí. «Manual de Dermatología», pág. 370, Barcelona, Espasa editores.

por lo que es importantísimo conocer el rendimiento de la máquina electrostática que se maneje, cuando se aplica el *soplo*, y sólo la práctica podrá enseñar bien la fuerza de la efluviación directa, que debe hacerse conveniente distancia para que no salten chispas, variando la distancia a que se aplique según la región. En ningún caso debe ser molesta esta aplicación. No obstante si se tiene la oportunidad de tratar un eczema extenso, confluyente, en el período eritema-edematoso, debe emplearse la efluviación con cierta violencia, pudiéndose hacer dos sesiones en un mismo día. Procediendo así, los he visto abortar más de una vez.

Cuando se use el tubo condensador debe ser débil para las regiones delicadas e irritables, y fuerte para las demás. Después de la sesión debe quedar un cierto escozor en toda la extensión de la piel tratada.

Cuando se use el tubo condensador debe ser débil para las regiones delicadas e irritables, y fuerte para las demás. Después de la sesión debe quedar un cierto escozor en toda la extensión de la piel tratada.

Y en todas estas aplicaciones el estudio de estas reacciones y la persistencia del efecto obtenido han de ser la guía respecto a la frecuencia de sesiones.

Y por fin se me figura que en los casos de etiología obscura no debemos preocuparnos grandemente del concepto nosológico del eczema, y debemos admitir que todas estas aplicaciones locales tienen una acción general (en realidad, en todas ellas la electricidad se extiende a todo el cuerpo) en el sentido de encauzar la expulsión de toxinas, o de regular las funciones digestivas, o el funcionamiento de las glándulas endocrinas o de levantar la vitalidad del terreno.

Y para terminar lo relativo al eczema quiero hacerme cargo de unas consideraciones de Brock (op. cit.), en las que después de hacer constar que no se siente tan optimista como el doctor Bissierie, dice «no obstante es preciso reconocer una real eficacia en ciertos eczemas muy pruriginosos de brotes bruscos y rápidos, que se observan en los neuro-arrtríticos».

Y nótese la parsimonia que este maestro de la dermatología usaba, para determinarse a usar este precioso agente. Dice más adelante: «Para algunos de estos enfermos después de haber inútilmente ensayado todas las medicaciones conocidas, les he exigido su traslado al campo; y allí con el reposo completo y un régimen de los más severos, he obtenido rápidas mejorías. En algunos de entre ellos que *no podían ir al campo o bien en aquellos que el campo no les había dado resultado alguno* he ensayado la electricidad estática y yo he visto muy ciertamente bajo su influencia, disminuir el prurito, los brotes hacerse menos frecuentes y aun desaparecer».

Ese reparo, ese cuidado, en que el enfermo no tenga que recurrir a la electricidad, agotando antes todos los recursos por costosos que sean, todavía son compartidos por muchos de nuestros colegas, que a pesar de contemplar las maravillas que la electricidad produce en sus múltiples manifestaciones, no se han tomado la molestia de asomarse al interior de nuestro organismo, para ver cómo no hay función ni acto alguno interno que no vaya ligado a este poderoso agente.

L. CIRERA

Sesión científica del día 31 de enero de 1920

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

De la curabilidad operatoria del cáncer, fundada en el conocimiento de su patogenia y del estado precanceroso

COMUNICACIÓN DEL DOCTOR CARDENAL

SEÑORES:

Ante todo he de comenzar mi breve exposición, o como queráis llamarla, manifestándoos el motivo que me ha impulsado a ocupar la atención de la Real Academia sobre este tema.

Las ideas, demostradamente erróneas, que sobre el cáncer profesa todo el público en general y una parte muy considerable del cuerpo médico, hace que crea necesario contribuir a la difusión de los conceptos más indispensables para que unos y otros tengan una idea clara, concreta y bien definida de lo que es el cáncer y, si es posible, de lo que constituye el estado precanceroso.