

Tratamientos locales del lupus tuberculoso

Por el DOCTOR GOUGEROT.

Profesor de Clínica de Enfermedades Cutáneas y Sifilíticas de la Facultad de Medicina de Paris Médico del Hospital St. Louis

El tratamiento local del lupus, es **uno de los más difíciles** y más largos de la **dermatología**.

I

Es necesario ante todo, precisar la *patogenia de un lupus* para poder efectuar el tratamiento.

—Es esa **una** regla que por ser evidente, es demasiado a menudo, **olvidada**:

- Tan pronto, y como con la mayor frecuencia, el lupus comienza por las fosas nasales **que** son un filtro que detienen los polvos inspirados; los polvos bacilíferos pueden fijarse, los bacilos se desarrollan, creando una tuberculosis **endonasal**, que lentamente va a invadir el tegumento (lupus de la nariz), ascender a lo largo de los canales lagrimales y aparecer **bajo** forma de lupus del ojo, **ganar el** velo del paladar y la buco-faringe.. y aun mismo la epiglotis y la laringe. Ahora, que se descuide **ese Foco** inicial, que no se trate más que el lupus "visible", es decir el lupus cutáneo y *so* lo curará **más** órmenos lentamente, pero **después** de la curación, la recidiva se producira, pues el foco en donasal persiste y resiembra la piel. Yo he visto numerosos ejemplos, aún después de la ablación de la nariz

lúpica y reemplazamiento auto-plástico por un colgajo de piel sana proveniente del brazo.

—Tan pronto el lupus resulta de una inoculación cutánea, en la mejilla, por ejemplo; basta entonces tratar la lesión cutánea. Sin embargo es necesario tener una linfangitis profunda partiendo del lupus y yendo a los ganglios, o proveniente de las fosas nasales, por ejemplo, y conduciendo al lupus cutáneo, y sobre todo, hay que temer la tuberculosis del hueso malar subyacente, que inocula la piel bajo forma de lupus.

—Tan pronto el lupus asienta en la oreja y sigue a una de esas supuraciones tórpidas "insignificantes" de otitis medias crónicas, **tan frecuentemente** bacilares; en este caso, también, la recidiva es constante si no se suprime la **otorrrea** tuberculosa.

—Tan pronto el lupus se ha desarrollado en la piel que recubre a **ganglios escrofulosos** o alrededor de fistulas tuberculosas en actividad o cicatrizadas, en **estos casos** no tendremos la certeza de la curación sí no **curamos** al mismo tiempo-el foco ganglinar u ósea que siembra la piel.

La regla práctica es por lo tanto

absoluta: es necesario reconstituir la patogenia de todo lupus, buscar su punto de partida, explorar las cavidades nasales, bucales, auriculares, las regiones ganglionares; y si existe alguna **lesión en** estos puntos, tratarlas lo mas enérgicamente posible, al mismo tiempo que el lupus cutáneo, del cual ellas son el origen.

II

El tratamiento local debe *adaptarse a cada caso* y las *alianzas terapéuticas* son indispensables.

—Los "buenos tratamientos" del lupus son numerosos, todos tienen sus ventajas e inconvenientes (1), es necesario por lo tanto, saber elegir según los casos y sobre todo es necesario saber asociar los métodos con el fin de ir más rápidamente. Se debe tomar de cada método lo que este tenga de bueno y combinarlos en **lugar** de oponerlos.

--La elección variará: 1º según el asiento del lupus en región estética o "iestética"; 2º según el tamaño de las lesiones; 3º según la forma anatómica, según que el lupus esté o no ulcerado, limpio o supurante, fibroso, elefantásico, mucoso..... En cada caso será necesario tener en cuenta los recursos instrumen-

tales del médico: el tratamiento en el campo, en un enfermo aislado, está lejos de ser tan fácil como en un centro hospitalario, provisto de todos los perfeccionamientos.

—
*V Tratamiento de los lupus de las regiones cutáneas por el método de elección. Finsenterapia. 1º) El método de Finsen- (2) es el tratamiento ideal de los lupus de la cara y de los espacios interdigitales, pues es él el que da las cicatrices más finas y más blancas; se debería a menudo aun decir ausencia de cicatriz, pues con frecuencia la piel se transforma en una piel normal, perfecta desde el punto de vista estético. La finsenterapia tiene, además, la ventaja de ser indolente lo que permite aplicarla fácilmente a los niños y de no tener ninguna contraindicación. Pero al lado de estas ventajas **indiscutibles**, presenta los siguientes inconvenientes: 1º) necesidad de una instalación costosa y gastos elevados de la marcha del aparato, limitando en general su empleo a los medios hospitalarios; 2º) pérdida de tiempo y de dinero impuestos a los enfermos por lo largo de las sesiones y la necesidad de **repetirlas**. Estos inconvenientes,*

en realidad, no deben ser tenidos en cuenta cuando se trata de un lupus de la cara, en el cual es necesario obtener una buena cicatriz.

En efecto: 1° el enfermo **será** tratado en el hospital y si no lo puede hacer será fácil improvisar un finsen con la luz solar, como lo incurriremos: 2° el tratamiento es evidentemente muy largo, pero no lo es más que otros tratamientos llamados estéticos, siendo incomparablemente superior en sus resultados.

—Para atenuar los inconvenientes de la lentitud de la cura, es necesario reservar la finsenterapia a los lupus de la cara y, si es posible, asociarla a otros métodos. Es por esto, por lo que nosotros tenemos el hábito: 1) de hacer escarificaciones lineares sobre todo el lupus; 2° inmediatamente después, sesiones de finsenterapia sobre la mayor superficie posible; 3° después de las sesiones de finsenterapia, cauterizaciones con permanganato o cloruro de zinc al 1/20. Para permitir a todos beneficiar de las ventajas de finsenterapia; es necesario saber improvisar un aparato cuando el enfermo no puede concurrir a un hospital.

Un "**Finsen**" improvisado utiliza la luz solar y se compone: 1°) de una lente biconvexa o planaconvexa de 25 centímetros de diámetro, montada sobre un pie y **móvil** sobre su eje horizontal; esta lente está formada de dos enormes vidrios de reloj convexos, reunidos en un anillo metálico de 5 centí-

metros de ancho, con un agujero en su parte superior. Existe pues un espacio vacío entre estas dos láminas de vidrio; se lo llena de agua destilada que se colorea a menudo con un poro de azul de metileno.

—2°) De un "compresor" en cuarzo formado de dos láminas de cuarzo separadas por un espacio vacío en el que circulará una corriente de agua fría.

—3°) De un recipiente de agua para esta circulación en el compresor.

4°) De una cama o silla para el enfermo.

5°) De un soporte para la lente.

El tratamiento no es posible sino cuando brilla el sol. El enfermo es inmovilizado en un sillón o mejor se le coloca acostado, la cabeza bien inmovilizada por un almohadón; la región irradiada es limpiada con alcohol y limitada por un círculo de emplastro adherido a la piel; el resto de la cara es protegido por una o varias capas de franela roja, perforadas por un agujero en el lugar de la aplicación. La lente, llena de su agua destilada azulada, se coloca de manera que el fascículo luminoso converja sobre el punto hípico formando una mancha de alrededor de 16 a 15 milímetros de diámetro; se apoyan sobre el punto lúpico, el compresor de cuarzo en el cual el agua corriente debe circular; el enfermo y el compresor deben quedar inmóvil durante la sesión salvo en los desplazamientos de la lente cuando el sol gira. ¿Cómo hacer

en la práctica para mantener el compresor? Lo mejor es hacerlo mantener por un ayudante cuyos ojos serán protegidos por vidrios oscuros; a falta de ayudante se tratará de fijarlo por una tela elástica, o el enfermo lo tendrá guiándose por un pequeño espejo. Cada **sesión** dura 30 a 60 minutos, según la **intensidad** de la luz y la delicadeza de la piel; es necesario obtener una ampolla de quemadura sin ulceración. Se comenzara **por** lo tanto por sesiones cortas de 15 a 20 minutos con el fin de evitar toda molestia; cada sesión **abarcará** un **círculo** de 10 a **15** minutos de diámetro. En las limas que siguen se forma una ampolla que se deja al aire en verano y que se cubre en invierno, tanto como sea posible. Si es dolorosa se la pinza y se aplica una compresa húmeda o linimento oleocalcáreo. Se abarca el lupus entero en estas sesiones y se renuevan las aplicaciones sobre el mismo punto más o menos cada 7 a 12 días. Basta **por** lo tanto, para un lupus pequeño, un día o dos medios días **de** tratamiento por semana.

—En resumen, todo lupus de la cara debe ser tratado por la Fisioterapia y este método es fácil de asociar a los otros procedimientos terapéuticos.

Radioterapia al comienzo para disminuir un lupus infiltrado o fibroso;

- luego escarificaciones y cauterizaciones con permanganato de potasio en el período de estado;

-- por último galvanocauterío al final del tratamiento, etc.

La finsenterapia fracasa a veces, siendo necesaria entonces no obstinarse y recurrir a la electrocoagulación o a la aerotermocauterización. (Ver más abajo).

2" *Tratamiento de los lupus á regiones estéticas por las escarificaciones lineares y las cauterizaciones con permanganato de potasio.*

Este tratamiento que tiene el inconveniente de ser doloroso y de necesitar sesiones repetidas como el Finsen, es un método excelente, que combinamos lo más a menudo posible con la finsenterapia y **que** se debe emplear aisladamente

cuando la fisioterapia no puede efectuarse.

Las escarificaciones son el tratamiento de elección:

—En los lupus **hipertróficos, suculentos, salientes**, Mandos.

En los lupus **fungosos, vegetantes, húmedos**, exulcerados.

—En los lupus **ulcerosos, tórpido**,

- En los lupus **terebrantes** voraces, fagedénicos.

—En los lupus **fibrosos**, esclerosos, **queloideos**.

Las escarificaciones dan muy **buenos resultados**, y cicatrices hermosas, blandas y **finas**; la **cicatriz queloidea es completamente excepcional**,

Pueden ser empleados en todas las regiones; no exigiendo ningún **instrumental costoso, están al alcance del práctico más aislado**.

El instrumental es muy simple; son **necesarias agujas planas especiales, denominadas "escarificadoras para el lupus"**, es conveniente tenerlas de distintos **tamaños**, grande-; **para escarificar bis superficies extensas, estrechos para dislacerar los módulos pequeños y aislados**. Es necesario además **algodón hidrófilo**, corlado en cuadros, **alcohol para aseptisar la región**, agua oxigenada **para detener el derrame sanguíneo**, una solución acuosa **de permanganato al 1 | 20 0 en alúmina**.

El enfermo debe **más bien** estar sentado que acostado, salvo en caso de *que* sea demasiado pusilánime, con el cuello rodeado por una servilleta.

Se opera sin anestesia (3), se aseptica con alcohol iodado y se seca; el médico se coloca frente al enfermo, o detrás de él, inclinado **sobre** su cara. El escarificador es mantenido entre los dedos como un lápiz. Se comienza por la parte declive con el fin de no ser **molestado por la salida de la sangre**.

- Sobre **las placas** lupicas, poniendo tensa la **piel**, se **trazan incisiones paralelas de 2 en 2 milímetros**, en un mismo sentido; **luego se recomiendan en otro sentido las mismas incisiones paralelas, entrecruzándolas** con las primeras **formando pequeños** losanjes. Se (Míe hundir el escarificador, **hasta el momento** en que sienta la resistencia del dermis; es el único tiempo delicado de **esta pequeña operación** y que exige un cierto hábito. Es necesario, **en efecto**, dislacerar todo el tejido "blando", es decir, el **tejido fungoso**. Se respeta el tejido **sano profundo**, pero se **debe, sobre el borde**, escarificar **2 milímetros** de los tejidos vecinos, no **invadidos** aún. No hay que temer transformar el **tejido hípico** en una **papilla** y hundir hasta el **dermis resistente**: es ésta la única condición **para el éxito (Brocq)**. Estos destrozos curan muy rápidamente, **pero es necesario prevenir al enfermo** para el ala de la **nariz o los párpados**, por ejemplo), que todo **tejido lupico** está destinado a **desaparecer** y será reemplazado por una **cicatriz**, sino **él podría acusar al médico** de esta mutilación.

En los nodulos aislados, se hun-

de la aguja perpendicularmente y se la da vuelta con el fin de dislocar el nódulo lúpico.

—Poco o poco, comprimiendo con algodón la superficie escarificada que sangra, y ascendiendo, se escarifica todo el lupus.

— El derrame sanguíneo se detiene rápidamente; si fuese muy abundante, se embebería el algodón con agua oxigenada o **solución** concentrada de antipirina. Con paciencia y apoyando suavemente, es raro fracasar. En caso de fracaso se ensayarán los toques con percloruro de hierro, con **lápiz** de nitrato de plata y sobre todo el termo o galvano cauterios llevados al rojo oscuro.

—A menos de negativa formal de los enfermos, es necesario inmediatamente, efectuar el tratamiento fototerapico o tocar toda la superficie con un algodón embebido con permanganato de potasio al 1 | 20 o hacer una aplicación de:

Silicato de soda o alúmina gelatinosa 20 gramos.

Permanganato de potasio, 1 gramo. (*Butte*).

Los días siguientes el enfermo alternará estas aplicaciones de alúmina permanganatada con cura-

ciones hechas con compresas embebidas de una solución de permanganato al 1 | 100, 1 ' 50 durante 10 a 20 minutos.

—Si el toque con permanganato es rechazado, porque tiñe la piel de color pardo, se indicarán curaciones húmedas con compresas embebidas de cianuro de mercurio al 1 | 1000 y curaciones al emplastro rojo. Nicolás y Pillou, una vez obtenida la hemostasia, **aplican** sobre el lupus escarificado algodones embebidos en cloruro de zinc al 30 por ciento en alcohol a 80°, durante 3 a 10 minutos renovándolos si fuera necesario hasta que el cuadrillado de las escarificaciones se haga blanquizco y terminan con un toque de tintura **de iodo** diluida en 4 partes de alcohol a 60°

—Si el lupus es intolerante, **esta** inflamado, hay que contentarse con pulverizaciones o lociones con agua hervida, mejor con débil proporción de cianuro; luego se espolvorea con yodoformo, que es excelente, pero cuyo olor es tan desagradable, o con sus sucedáneos: diodoformo, aristol; subcarbonato de hierro, dermatol, etc.

Las sesiones de escarificaciones son hebdomadarias o bihebdoma-

darias si el lupus es demasiado extenso para ser escarificado en su totalidad, en una vez. Las sesiones serán repetidas pacientemente; los lupus de más feo aspecto, los más fungosos, y lo más ulcerados son los que curan más rápidamente en quince a veinte sesiones. Al contrario, los lupus "limpios", planos, no ulcerados, a **nódulos** aislados, son a menudo de una tenacidad desesperante, exigiendo cuarenta, cincuenta sesiones y a aun a menudo resistiendo a todos nuestros esfuerzos.

Se ha acusado a las **escarificaciones** de abrir los pequeños vasos y favorecer la generalización tuberculosa a los ganglios y a las vísceras (Bosnier). Si el peligro existe, debe ser excepcional. Se vigiará a los enfermos; si se asiste a una pousée anglionar, M se observa manifestarse o agravarse una tuberculosis pulmonar, se suspenderán las escarificaciones para recurrir a la fototerapia o al termocauterización.

3°. *Tratamiento tic los nódulos aislados residuales por la galvanocauterización.*

Cuando los nódulos hípícos se muestran tenaces y resisten al tratamiento arriba mencionado, hay que asegurarse que no hasta un foco profundo oculto, que los mantenga esta circunstancia es frecuente en la nariz.

Estos nódulos aislados serán destruidos con la punta fina del gálvanocauterio. El enfermo estará sentado y bien sostenido para evitar los movimientos debidos

al dolor; se aseptica la epidermis con iodo y se le seca prolijamente (pues el alcohol se inflamaria), se pone tensa la piel y se hunde **perpendicularmente** al gálvanocauterio llevado al rojo obscuro, y no al rojo vivo, hasta que la punta encuentre el dermis **sano** resistente; se lo deja 3 segundos o mas si es necesario moviéndolo y dando vuelta la punta sobre su eje **con** el fin de destruir todo el tejido blando y atacando los bordes del tejido sano.

Es útil cauterizar la pequeña herida producida, sea con nitrado de plata al 1 10, y luego con un lapiz de zinc, sea aplicando una gota de permanganato al 1 20.

4p. *Tratamiento de las regiones elefantiasicas del lupus.*

El lupus o más bien, ciertos segmentos de él toman la forma "elefantiásica".

Esta complicación, **que** resulta de la invasión de la hipodermis y de la estasis linfática consecutiva es grave. pues indica la extensión en profundidad en **puntos difíciles** de alcanzar, y, además, la epidermis mal nutrida, frágil, oporta mal los tratamientos locales y se ulcera fácilmente. Esta complicación se observa sobre todo en los labios, mejillas y lóbulo de la oreja.

Mientras que sobre los otros puntos del lupus se continúan los tratamientos locales habituales, se ensayará sobre estos segmentos elefantiásicos, ante todo la radioterapia o radiumterapia filtradas, y luego, si éstas fracasan, o si es

imposible aplicarlas, las puntas de fuego profundas.

Se anestesia con la estovaina al 1 100 en inyecciones dérmicas, luego de antisepsia con tintura de iodo. Hay que hacer puntas de fuego muy profundas de 7 a 12 milímetros, perpendicularmente a la piel regularmente dispuestas y espaciadas de 4 a 8 milímetros. A menudo, aun casi atravieso el labio; es necesario evitar aproximar demasiado las cauterizaciones con el fin de no destruir el tejido entre las puntas de fuego, sino se producirían encaras; es necesario obtener la retracción de las zonas hipertrofiadas sin pérdida de substancia, el tejido no quemado sirve para la reparación y si él **mismo** lúpico se lo atacará más tarde por el mismo método o por otro.

Se hace curación con ambrina o con linimento oleocalcáreo opiado o con un polvo cocainizado, alternando con pulverizaciones de agua hervida.

Se recomienza cuando las primeras cauterizaciones empiezan a cicatrizarse o se han cicatrizado ya.

5°. *Tratamiento de las regiones fibrosas y queloideas del lupus.* Si, espontáneamente a causa de

un mal tratamiento (puntas de fuego aplicadas desde el comienzo, cáusticos químicos o a continuación de un buen tratamiento mal vigilado (aire caliente), un segmento del lupus se espesa, se hace fibroso duro y aun queloideo, es necesario aplicar la radioterapia o radiumterapia o, en su defecto, la nieve carbónica.

Si persisten nódulos lúpicos en la zona esclerosa, es necesario destruirlos sea con la punta del **galvanocauterio**, sea con electroagulación. sea, con el aire caliente.

Si a pesar de todos estos métodos el lupus escleroso persiste, hay que tentar la ablación o la **destrucción**, teniendo el cuidado de hacer el día siguiente de la operación radioterapia preventiva para evitar la recidiva queloidea.

Las inyecciones en la región glútea de una solución acuosa de tiosinanimina al 1|25, 5 centímetros cúbicos diarios, durante 25 a 30 días, han dado resultados muy inconstantes.

6°. *Tratamiento de los lupus en segmentos lúpicos vegetantes, húmedos, ulcerados, infectados, supurantes*

Por falta de cuidados o **despúlí** de tratamientos mal conducidos

...-

por el termocauterio o los cáusticos quimbos, los lupus pueden ulcerarse, infectarse y supurar (4).

En estos casos se hacen caer los costras por pulverizaciones y curaciones húmedas con agua hervida o cianuro de mercurio al 1/100 o permanganato de potasio al 1/2000.

El o los primeros días se cauterizan las ulceraciones con la solución de nitrato de plata al 10 por 100 y luego con el lápiz de zinc. En los días siguientes se aplica el permanganato de potasio, que es el medicamento de elección de estas formas, con o sin anestesia previa a la cocaína. Se toca el lupus una o dos veces por día con la solución concentrada al 1/16 y se deja secar sin colocar ninguna curación (salvo en invierno en que es útil poner una curación grasosa); o bien se aplica primero durante quince o veinte minutos compresas embebidas de solución de permanganato al 1/100, 1/50, 1/30, recubiertas por una tela impermeable y cambiadas cada cinco o diez minutos (Butte); luego cada dos días, después de un lavaje de cinco a diez minutos con permanganato al 1/100 se aplica una rapa de alúmina gelatinosa conteniendo 5/100 de permanganato (ver más arriba). Por fin, si fuera necesario, se podría emplear el permanganato puro en polvo fino (Kaczanowski. Auregan), muy doloroso; se forma una cascara que cae al cabo de 15 a 20 días. Bien pronto la epidermis se re-

constituye el lupus cesa de ulcerarse y se puede entonces recomenzar las aplicaciones de permanganato.

7°. *Lupus de las mucosas y de las semimucosas orificiales, nariz, labios, etc.*

Su tratamiento exige a menudo conocimientos de especialistas: no **daremos** más que las indicaciones generales.

1°. *Electrocoagulación o galvanocauterizaciones* después de anestesia a la estovaína, con la "punta gruesa", la grilla, el "cuchillo" o la punta fina según el tamaño del lupus; la grilla que comprende varias puntas conviene a las placas grandes, con el cuchillo se trazan líneas paralelas y entrecruzadas como con el escarificador; con la punta gruesa se destruyen los nódulos grandes; con la punta fina se tratan los nódulos pequeños aislados. El platino no debe ser llevado más que al rojo oscuro con el fin de evitar el derrame de sangre; si se produce una pequeña hemorragia, hasta insistir con el galvanocauterio llevado al rojo oscuro. Si la lesión es dolorosa después de la cauterización, se pueden hacer lavajes con agua salada isotónica caliente o instilar una solución de estovaína. Si las mucosas tienden a infectarse, se introducen algunas gotas de aceite alcanforado o gomenolado.

2o.) *Cáusticos químicos*: toques de las lesiones ulceradas con ácido láctico puro o mejor con permanganato de potasio al 1/20, **después** de anestesia local. Antes

de esto se puede curetear y gálvanocauterizar más bien que escarificar.

8° *Grandes lupus de las regiones no-estéticas y lupus rebeldes de las regiones estéticas.*

Para los lupus rebeldes de la cara, (después del fracaso de otros tratamientos), páralos lupus intolerantes de la cara que se ulceran hasta con el finisín, para los lupus *tU*- las regiones no estéticas, es decir, los lupus de los miembros [5] y del tronco, del cuello de las regiones submaxilares y subhioides, retro-auriculares, el método de elección es la *aerothermocauterización* o la *electrocoagulación*, combinada al curetaje y al permanganato de potasio, pues es rápido y da 'hermosas cicatrices. Parece superior a la técnica antigua del curetaje y de las cauterizaciones con el cloruro de zinc o el nitrato de plata.

Se anestesia al enfermo con cloroformo, a menos que el lupus muy limitado, permita la anestesia local con estovaina. Se antisepsifica con tintina de iodo. Con el aparato de aire caliente (6) dando 700, a 800;', se pasa una primera vez el chorro candente sobre la lesión que se carboniza, la piel ampolla y con la cureta ordinaria o fenestrada, se extirpa el tejido quemado; se vuelve a pasar el chorro de aire caliente que detiene la hemorragia y se curetea nuevamente los puntos infiltrados. Por aerothermocuración y curetaje sucesivos se llega a destruir toda la lesión.

La cureta no debe detenerse cuando encuentra el tejido sano, duro que cruje bajo su filo; es necesario, por lo tanto, con pequeñas curetas, abrir, vaciar, todas las cavidades-J fungosas. Se vuelve a pasar una vez más el chorro de aire caliente para hacer una última carbonización superficial (Marcelo Vignat), se antisepsifica con la solución de permanganato al 1/20 a aun con el permanganato de potasio pulverizado (Auregan), y se aplica una curación antiséptica seca, A falta de permanganato se aplica ambrina o una solución de mástic o de aceites aromáticos (plypcto) (aseptolix).

Para que al despertar los dolores de la quemadura sean menos intensos se puede hacer una inyección de morfina.

Se hará sistemáticamente en los 7 días siguientes radioterapia anti-queloides.

Se deja la primera curación el mayor tiempo posible, tres, cuatro o cinco días; se la renueva lavandola con agua salada isotónica, caliente; se vuelve a colocar una curación seca aséptica: ambrina, etc. Estas curaciones deben ser hechas muy asépticamente si se quiere obtener una cicatrización rápida sin espesamientos queloides. Las escaras de quemaduras deben caer lentamente; se puede apresurar su caída por baños locales con permanganato al 1 por 5.000. Si se observan puntos supurantes, se los localiza con permanganato al 1/16 o con cloruro de zinc al 1/100

Cuando la cicatrización es competente se revisa con un vidrio de reloj toda la superficie, y si es necesaria, se efectúa una segunda operación sobre los puntos que han recidivado. Se puede entonces recurrir al método siguiente si los puntos son limitados y aislados:

6°. *Lupus pequeños: ablación,*

Cuando el lupus de las regiones estéticas o no, es limitado, se puede ensayar el método precedente, y si éste no evita una repululación local, extirpar el foco lúpico con bisturí. Es preferible sin embargo hacer desde el principio la ablación. Según nuestra experiencia, para evitar la recidiva es necesario:

1°.) Destruir todo el lupus al termocauterío o con aire caliente por electroagulación, amplia y profundamente.

2°.) Cambiar el campo operatorio, los instrumentos y asepticizar con tintura de iodo; colocarse nuevos guantes esterilizados, precauciones destinadas todas, a evitar fina reinoculación; recién entonces se extirpa con bisturí el fragmento carbonizado y un trozo de asúmils milímetros *del* tejido sano so hacen luego suturas salidas y ni es posible suturas intradérmicas. colocando después una curación seca.

8y,) Por precaución, hacer en los días siguientes y a través de la curación una sesión de radioterapia para evitar la tendencia frecuentemente que loideia de estas cicatrices.

Este método que parece un poco complicado, "es en realidad fácil y rápido y da más seguridades que el procedimiento antiguo de la ablación pura y simple.

III

Duración prolongada y dificultades del trata miento; necesidad de un largo período de vigilancia.

Aun los tratamientos más rápidos son largos y exigen varios meses. Es necesaria una gran paciencia tanto de parte del enfermo como del médico: hay que tratar con constancia los localizadores hípicos de las fosas nasales, del canal lagrimal y destruirlas. A menudo la prosecución de este tratamiento es difícil por la inteligencia de los enfermos que se abandonan; muchos pacientes se conforman con una semicuración y cuando el lupus ha modificado algo su aspecto desagradable dejan la cura; otros abandonan el tratamiento desde el momento en que el lupus cutáneo ha curado sin preocuparse de las lesiones endónaseles. Es necesario por lo tanto contar con la mentalidad de los enfermos y tratar de persuadirse de las razones de la prudencia de nuestra conducta.

El tratamiento debe ser proseguido hasta la extinción de todos los nudillos lúpicos; se debe ver y volver a ver al enfermo varias veces, antes de asegurar la curación.

Para afirmar esta curación es necesario efectuar un examen clínico minucioso con un vidrio de

reloj y aun con la lupa si fuera necesario; desconfiaremos de lo que llamamos los "micro-puntos" son nódulos lúpicos muy pequeños del tamaño de una punta de alfiler o de aguja, poco visibles pero susceptibles de recaer. Sí se duda entre un nódulo hipico y una mancha pigmentaria hay que explorar con la aguja y volver a **examinar** al enfermo 8 a 15 días más tarde. Se ha propuesto también la inyección subcutánea de tuberculina que, como se sabe, revelaría las lesiones locales sin aun existir; es un método excelente pero de empleo delicado.

Después de la curación clínica completa aparente es necesario **instituir** una vigilancia periódica de varios meses y un tratamiento general que deberá continuarse durante varios años.

Es únicamente a este precio que se obtendrá una curación real y no como lo vemos tan frecuentemente las 'pretendidas curaciones seguidas de recaídas.

IV

Tratamiento local de los lupus eritematosos.

El tratamiento local de los lupus eritematosos es uno de los más decepcionantes: todo puede dar resultado, pues existen curaciones espontáneas paradójicas, y al contrario, un método que ha tenido éxito puede fracasar y aun agravar el lupus en un caso aparentemente idéntico; es necesario por lo tanto no obstinarse en una táctica y cambiar cuando un método no da resultados.

En las formas congestivas e inflamatorias y durante los brotes agudos, se empleará la medicación calmante antiflogística de los eczemas: pulverizaciones o lociones al agua y en el intervalo, las curaciones húmedas o cold-cream ictiolados.

En las formas subagudas aun irritables se aplicarán pastas ni óxido de zinc-adicionadas de dosis progresivas de alquitrán, ácido salicílico, resorcina, naftol.

En las formas no irritables la *crioterapia*, con la nieve carbónica parece, en la actualidad, el método más eficaz. Se la aplicará desde el principio y si se puede se recurrirá a los otros métodos cuando la nieve haya fracasado.

Para obtener la nieve carbónica se utiliza un aparato especial, el criocauterio de Lortat Jacob o de Marcelo Vignat; el operador lo manejará con guantes de caucho y una compresa de algodón. Sobre la lesión bien descamada poruña pomada con ácido salicílico, se apoya perpendicularmente a la piel la extremidad lisa del cauterio, apretando fuertemente durante quince a veinte segundos veces **más** y se repite esta cauterización tantas veces sea necesaria para abocar el lupus, entero o un segmento de varios centímetros; después de la sesión, se produce una quemadura que se trata con ambrina o linimento oleocalcareo o ictiol vigilando su curación. Se comienza en los mismos puntos quince a veinte días más tarde si fuera necesario. Si no se puede aplicar la crióte-

rapia o si esta fracasa, se ensayarán: o sesiones de dos a cinco minutos de corriente de alta frecuencia o de electrocoagulación; o la finsenterapia (con estos dos métodos se sacaría mayor beneficio haciendo previamente escarificaciones); o la radio y sobre todo radiumterapia filtradas que han dado a menudo hermosos éxitos; o la ducha filiforme de agua bajo presión.

En fin, si el médico está desprovisto de estos instrumentos, a falta de otra cosa empleará los cáusticos:

o ácido fénico 1 ácido láctico⁴; —o jabón negro purificado, diluído en alcohol, y extendido sobre redondeles de franela del tamaño **necesario** y aplicados durante toda la noche si es posible, durante varios días seguidos (**por** ejemplo una veintena de días). Durante el día se calma la irritación por pastas al óxido de zinc, agregando, si el estado de la piel lo permite: resorcina al 1 por 100;

o ácido salicílico y ácido **pirogálico** al 1 10 asociados a 1 | 10 de resorcina en pomada (lanolina, a a) o más bien en emplasto (preparado a baja temperatura). Se lo aplica después de desinfección cuidadosa de la piel con éter iodado al 1 por 100;

—o ácido acético y tintura de iodo a partes iguales (Gaucher);

o ácido fénico, hidrato de **doral**, tintura de iodo a partes iguales;

o glicerina iodo-iodurada 1 | 10 a í en toques todas las noches, pura o diluida con glicerina.

Se han elogiado también las pomadas exfoliantes;- el **permanaganato** de potasio;- las pastas **arsenicales** las pomadas mercuriales al biioduro de mercurio del I I **100** al 1 | 50 y los emplastos **mercuriales**;- el ácido **crisofánico**;**el percloruro** de hierro, cloruro de zinc, sulfato de **potasio**, nitrato de **plata**, amoníaco, —la potasa cáustica 1 | 20 en curaciones húmedas; **etcétera**.

Esta multiplicidad de medicamentos prueba su frecuente ineficacia.

Se recordará que todos estos cáusticos y exfoliantes son de empleo delicado. Es necesario obtener una irritación, pero irritando la lesión se corre el riesgo de agravar el lupus; es necesario por lo tanto vigilar día a día los enfermos y no confiarles un medicamento activo sin volverlos a ver. Cuando h inflamación es muy **intensa** (y este es el punto difícil de apreciar), debemos detenernos y calmarla con curaciones **húmedas**: cold-cream, pastas, etc.

El tratamiento local del lupus eritematoso no impide el tratamiento general por el bismuto, las sales de oro que son el tratamiento de elección del lupus eritematoso.

Lo mismo que para el lupus tuberculoso, es necesario después de la curación loca), hacer un tratamiento de consolidación para evitar las recidivas y vigilar periódicamente las cicatrices deformes con el fin de destruirlas desde su comienzo.

(De El DíaMédico,
BuenosAires)