

Dr. ALSINA i BOFILL

Les **dermatopaties iatrògenes** seran discutides, en primer lloc, pel doctor CASANOVAS.

Dr. CASANOVAS

Quant a intoleràncies medicamentoses en dermatologia, ens trobem que són per partida doble: per aplicacions exteriors i per administració interna dels medicaments.

En el que fa referència a l'aplicació exterior, tenen un principal interès les produïdes per sensibilització a medicaments aplicats a la pell. Això és un fet per a nosaltres, els dermatòlegs, de molta importància i que sembla que és obligat per al metge general i com també per a les cases productores de medicaments. Veiem molt sovint, sobretot amb l'aplicació de pomades antibiòtiques, de sulfamides, d'anestèsics locals i d'anti-histamínics, que són motiu no solament d'un empitjorament de la malaltia que pretenem de guarir, sinó de crear àdhuc una sensibilització que molt sovint no es limita a produir una dermatitis de contacte en el punt aplicat, sinó que aquesta fa brots generals per tot el cos i fins i tot és motiu de crear sensibilitzacions que en el moment que es doni per via interna aquells medicaments que s'havien aplicat exteriorment produeixin una dermatitis greu. En el que fa referència a alguns fàrmacs moderns per a tractaments locals, parlarem solament del PAS, del que ha estat observat recentment amb els tractaments de corticosteroides aplicats en injeccions intralesionals, i també cures tòpiques protegides amb làmines de plàstic. S'ha vist moltes vegades en els punts d'injecció intralesional en els tractaments de les neurodermitis, del lupus eritematós i d'altres afeccions d'aquest tipus, que es produïa com a fase residual una atròfia cutània moltes vegades persistent. També s'ha vist, bé que nosaltres no en tenim gaire experiència perquè el seu ús és recent, que els tractaments amb pomades de corticosteroides, protegides per una cura oclusiva, també poden donar lloc a la producció d'aquestes atròfies, ultra símptomes generals d'intoxicació.

Referent a la ingestió de medicaments, és inútil de voler fer un resum dels fàrmacs que poden provocar dermatosis, perquè gairebé tots els medicaments, més o menys, poden donar lloc a erupcions. En tractats de dermatologia figuren llargs capítols dedicats a exposar els diferents símptomes cutanis que poden presentar i la quantitat de medicaments que en poden ésser origen. Per tant, solament insistirem en els principals.

Podem dir que actualment la majoria de les dermitis medicamentoses són, en general, produïdes pels següents medicaments: sulfamítics, antibiòtics, salicílics i els tranquil·litzants i barbitúrics.

Sobre els antibiòtics, potser no hi hem d'insistir, perquè tothom ho coneix prou; recordem, però, la importància de la penicil·lina, que, a més d'urticàries molt agudes acompanyades de *shock* anafilàctic, pot produir també d'altres tipus d'erupció; així mateix, l'estreptomocina amb eritemes rubeoliformes i amb dermitis exfoliatives. També un antibiòtic que usem particularment els dermatòlegs per al tractament de les dermatofitosis, bé que el seu camp s'ha estès a afeccions de medicina general, és la griseofulvina (produïda per *Penicillium griseofulvum*), que també pot donar lloc a erupcions similars a les de la penicil·lina; generalment amb no tanta agudes, ni tanta gravetat: però amb l'avantatge que no presenta sensibilitats encruades amb la penicil·lina. Els salicílics provoquen sovint erupcions cutànies molt diverses, generalitzades o localitzades (exantemes fixos). Recordem la freqüència de la urticària per l'aspirina.

Els sulfamítics, com tothom sap, són medicaments grans creadors de sensibilitzacions locals i generals. A part els exantemes ja característics de tipus escarlatiniforme, rubel·liforme, petequial, vesiculós o ampullós, que poden donar les sulfamides, té molta importància el fet de provocar sensibilització a la llum, cosa que principalment succeïa amb els primitius sulfamítics, com la sulfanilàmida. El malalt que prenia aquest medicament, en exposar-se a la llum del sol tenia un brot generalment de tipus eritematós o vesiculós, més agut a les parts descobertes. Algunes sulfamides, principalment el sulfatiazol, poden provocar eritema nuós, fet per ara no explicat des del moment que no sabem tampoc realment l'etiologia veritable de l'eritema nuós. De més gravetat seria el que fa referència a les sulfamides amb la provocació de lesions d'ahèrgia vascular. Així, per exemple, lesions del tipus de trisíndrome de Gougerot, l'arteriolitis ahèrgica de Ruitter i altres afeccions similars que es trobarien dins la mateixa línia que l'arteritis nuosa.

Els tranquil·litzants, dels quals avui s'usa i s'abusa, donen motiu a freqüents erupcions cutànies; d'ells potser el que ho és menys és el grup de la Rauwolfia, que pot produir eritemes i erupcions petequials, però són principalment importants els del grup de la fenotiazina, de la perfenazina i de la prometazina, ja que tots ells són motiu d'erupcions produïdes especialment per sensibilització a la llum. És molt corrent que el malalt que ha pres un preparat d'aquests presenti erupcions veritablement intenses, gairebé comparables a les que havíem vist en el temps que les gonocòccies eren tractades amb derivats de l'acridina.

Davant el fet que hi hagi sulfamítics, no solament de tipus antimicrobià, sinó també sulfamítics antidiabètics, i els diürètics de tipus sulfa-

mídic —i que, de més a més, hi hagi preparats del grup de la perfenazina, i també alguns antibiòtics, sobretot els del tipus de la clorotetraciclina, que siguin sensibilitzants a la llum, i provoquin un bon nombre de dermatosis d'aquest origen, podríem preguntar al doctor BARTOLOMÉ, que ha explicat aquí els controls que es fan sobre els medicaments, per què no es podria fer també un control d'aquesta acció fotosensibilitzant d'alguns medicaments abans de llançar-los al mercat.

Dels altres grups dels tranquil·litzants i d'ells els derivats dels hidrocarburs, el que dona més manifestacions cutànies, potser perquè és el que s'usa més, és el meproamat; els altres, tipus metilpentinol, glutetimida i metiprilon, rarament en donen.

També els antihistamínics poden ésser motiu de dermatitis de contacte i d'exantemes generalitzats. Els corticosteroides administrats per via general, ultra manifestacions de tipus al·lèrgic com pot succeir amb l'ACTH, han provocat casos d'atròfia localitzada en els punts malalts o en pell sana o bé lesions cutànies generals atròfiques del tipus pecilodèrma de Jacobi, que consisteix en una atròfia extensa de la pell amb pigmentació i telangiectàsies. L'ACTH també pot donar erupcions al·lèrgiques, principalment pel seu contingut en proteïnes derivades de la hipòfisi de bou o de porc; alguns preparats d'aquests no ben purificats, han donat també lloc a urticàries de vegades molt agudes. No és excepcional de veure provocació d'estries de pell distesa i hirsutisme per ACTH.

Havent-se acabat el temps destinat a l'exposició d'aquest tema, diré com a final que, així com la majoria de companys en les diferents especialitats són ells mateixos els qui controlen els efectes de llurs medicacions, nosaltres veiem en general els efectes de medicacions que no hem donat nosaltres i que el malalt molt sovint ni recorda o no pot precisar quins medicaments ha pres. Que altres vegades fins i tot és difícil de relacionar la manifestació cutània amb un medicament en el sentit —ja se n'ha parlat aquí— que no és pròpiament ell, sinó el que serveix, per exemple, com a conservador. Hi ha, a més, malalts que, sense saber-ho, prenen medicaments, com, per exemple, s'esdevé amb la quinina, amb les aigües tòniques: fets que, com és natural, dificulten en gran manera el diagnòstic.

Dr. GABARRÓ

Em permeto de fer una pregunta, potser la primera quirúrgica que s'hagi fet avui, sobre l'acció d'antisèptics i antibiòtics sobre les superfícies cruentes, tot recordant tres fets clínics. Durant la primera guerra mundial, CARREL, quan va utilitzar l'hipoclorit, el líquid de CARREL, en la irriga-

ció contínua de les ferides obertes, deia que estava satisfet quan aconseguia que les superfícies cruentes tinguessin únicament d'una a dues bacteries per camp quan ja quedaven en condicions biològiques per a llur evolució natural favorable, de manera que no necessitava l'aseptització absoluta. L'altre fet que volia remarcar és que durant la guerra passada, la segona guerra mundial, ens van arribar a Manchester molts ferits de guerra que venien d'Egipte amb les ferides carregades, excessivament, de sulfamides amb el resultat que s'aturava la infecció, però de fet es momificaven els teixits i hi havia destruccions secundàries. Un tercer fet també molt interessant fou l'experiment fet a Anglaterra cap a l'any 1944. Consistí a tractar amb antisèptics una superfície cruenta d'un dit, mantenint-la durant una setmana perfectament aseptitzada, fent exàmens bacterians continuats de la ferida per a assegurar-se'n, i observàrem que durant aquesta setmana no s'havia modificat absolutament gens, ni la mida, ni l'aspecte de la superfície cruenta, ni l'epitelització des de les vores, i, en canvi, quan després d'aquesta setmana hom suprimí tota mena d'antisèptics, en molt pocs dies la ferida s'epitelitzà del tot. Per això jo faig al doctor CASANOVAS dues preguntes. En primer lloc, ¿quina acció benèfica o perillosa tenen els antisèptics i els antibiòtics en l'evolució normal de les superfícies cruentes? I ¿quina influència poden tenir també els antisèptics i els antibiòtics sobre l'epitelització secundària de les ferides? Ja que bé sabem que l'epitelització secundària de les ferides és el millor factor que n'afavoreix la guarició, i, per tant, cal tenir-la sempre en compte.

Dr. CASANOVAS

Jo no crec que sigui precisament la destrucció de les bacteries el que pugui retardar la cicatrització d'una ferida. El que és probable és que quan s'arriba a un grau d'asèpsia tan extremat és que de pas el medicament ha lesionat el teixit, i llavors és quan no es produeix la cicatrització. Ara, és clar, una mesura quantitativa perfecta per a saber quan s'arriba en aquest nivell o quan se'n passa és molt difícil. És més aviat una cosa que l'experiència ens ha d'indicar.

Dr. MORAGAS

Jo només faré un petit afegiment al que ha dit el doctor CASANOVAS. Em fa l'efecte que un tema que interessaria molt als assistents és possiblement el dels medicaments que s'administren i fan caure els cabells, o

sigui medicaments que agreugen o provoquen la calvície. Entre aquests, en tenim de ja fa temps que s'usen, com l'heparina, el dicumarol, que ocasionen, en malalts que fa temps que els usen, una caiguda difusa de cabell; o medicaments més moderns, entre ells, el triparanol (Mer-29), que àdhuc als Estats Units ha estat ja prohibit, car feia caure el cabell i àdhuc el feia tornar de color blanc i acompanyava tota la superfície cutània d'una sequedat marcada. Tenim també la calvície per anabolitzants, en dones postneumopàusiques, semblant a la de l'home. De vegades costa de trobar-la. En dones més joves poden empitjorar un acne.

Dr. TRESANCHEZ

Quin anabolitzant?

Dr. MORAGAS

Durabolin, Deca-durabolin, Dianabol.

Dr. TRESANCHEZ

Cal tenir en compte la freqüència espontània de la calvície en dones postneumopàusiques.

Dr. MORAGAS

En veig set o vuit casos cada mes.

Dr. MOIX

He tingut ocasió d'observar el mateix problema als hospitals de París; casos freqüentíssims d'alopecía en dones de trenta o quaranta anys. Em refereixo a l'ús que hom fa avui de cosmètics, laques i altres productes químics per a mantenir el pèl de les noies en postures inversemblants per tal de seguir el dictat de la moda.

Dr. ALSINA i BOFILL

Finalment, el doctor ABELLÓ i VILA s'ocuparà dels aspectes otorinolaringològics de les accions medicamentoses indesitjables.