

ECZEMA

Y SU

TRATAMIENTO

TESIS

que para su examen general de
Médico, Cirujano y Partero,
presenta el alumno
JUAN F. HERRERO.

FACULTAD DE MEDICINA.
COLEGIO DEL ESTADO.
PUEBLA, MCMXXXIV.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

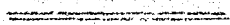
04

JUAN F. HERRERO.

ECZEMA

Y SU

TRATAMIENTO



FACULTAD DE MEDICINA.
COLEGIO DEL ESTADO.
PUEBLA, MCMXXXIV.

A la memoria de mi madre la Sra.

Paz Gómez Daza de Herrero,

con el dolor de haber perdido
a temprana edad su cariño.

A la memoria de mi padre el Sr.

Juan Herrero y Zavala,

con la profunda tristeza de que no haya visto
coronados sus abnegados esfuerzos.

Con inmenso cariño y gratitud
a mi tía la Srta.

Guadalupe Herrero Zavala.

A mis hermanas

**Asunción,
María del Carmen y
Guadalupe**

con entrañable cariño.

Respetuosamente a mis queridos Maestros

los Señores Doctores,

Andrés Anaya,

Atanasio Placeres,

Juan N. Quintana,

Feliciano Hernández,

Agustín Galindo,

Agustín Cruz y Celis,

Domingo Couoh Vázquez,

Pedro Soto Guevara y

Gonzalo Castañeda.

A mis compañeros de carrera,

Mariano Céspedes (in memoriam)

Dr. Gustavo Lozada,

Dr. Ismael Puerto,

Dr. Alfredo Anaya,

Benito Corte,

Dr. Eutimio Castro,

Angel Zerón y

Clemente Guevara,

con el vivo deseo de que los lazos de desinteresado
compañerismo, que nos unieron en las aulas, se
prolonguen más allá de sus fronteras, como nuestro
máspreciado blasón - - - - -

Afectuosamente a mi amigo el
Sr. Lic. Gustavo Ariza
Secretario General de Gobierno.

**Fraternalmente a mis amigos
de la infancia,**

Amado Bertheau,
Eduardo Campos,
Felipe Saldaña,
Ing. I. Hernández P.
Manuel Zenteno y
Rodolfo Zenteno.

A la H. Academia de Profesores
del Colegio del Estado.

A los Estudiantes
del Colegio del Estado.

RESPECTABLE JURADO:

Vuelvo ante vosotros, los que guiasteis mis pasos, uno a uno, por el difícil sendero de la carrera, iluminándome con vuestros conocimientos impartidos con loable abnegación y para los que guardo mi profunda gratitud, para poner a vuestra ilustrada consideración, este modesto trabajo, cuyos errores sabrá disculpar vuestra benevolencia.

Entusiasmado por los brillantes éxitos de un tratamiento naciente, que significa acaso la redención de numerosos pacientes; no he hecho otra cosa que una labor de síntesis; reuniendo dispersas observaciones a las que he unido algunas más, desgraciadamente en corto número.

ECZEMA.

DEFINICION.—

De todos es sabido que no contamos con una definición de eczema que satisfaga científicamente. Muchos han definido el eczema y sin embargo no se ha dicho lo que es.

La palabra eczema es tan antigua en el vocabulario dermatológico, como seculares son las discusiones que han suscitado sus definiciones, resultando todas ellas oscuras, al faltarles la luz de la etiología.

Brocq nos dice: "Se llama eczema a toda dermatosis de origen en apariencia espontáneo, y objetivamente caracterizada, por una dermatitis más o menos acentuada; es decir, por enrojecimiento e infiltración del dérmis, a veces por vesiculación y por la exhalación de un líquido seroso que almidona el lienzo y, últimamente, por descamación del epidermis".

Por su parte Willan define el eczema, como "una erupción de pequeñas vesículas muy juntas, que se transforman en laminillas y en costras. Esta erupción no contagiosa, es de ordinario debida a una irritación externa o interna".

Civatte, a su vez considera el eczema "como una dermatosis pruriginosa crónica, con brotes agudos de tendencia extensiva; distribuida por placas irregulares, de contornos con frecuencia recortados, de bordes irregulares; y cuyas lesiones polimorfas conllevan enrojecimiento, vesiculación y supuración, costras y descamación".

Bielt, Rayer, Devergie, Hebra, y otros autores han definido también el eczema y aunque discrepando en algunos conceptos, todas sus

definiciones, como las que dejamos expuestas se basan en la anatomía patológica de la afección, relevando a segundo término o enunciando su etiología, con términos que como "irritación interna", para nosotros carecen de significación.

No pretendemos extendernos haciendo una crítica de estas definiciones, que por otra parte no nos llevaría a ningún fin utilitario, y sin tener predilección por ninguna de ellas, creemos que sólo pueden aceptarse a título de definiciones provisionales, que llenan, acaso temporalmente, el vacío que ha creado la incógnita etiológico-patogénica del eczema; y decimos temporalmente, porque opinamos que las investigaciones de Mayr y Moncorps, sobre el funcionamiento del bazo, relacionado con el eczema y los brillantes resultados de la terapéutica esplénica, de los que más adelante nos ocupamos con detalle, abrirán el camino que nos lleve al conocimiento de las causas del eczema.

Sin que pretendamos dar una definición del padecimiento que nos ocupa, sólo nos concretamos a exponer, que tal vez ulteriores investigaciones orientadas en el mismo sentido que las iniciadas por los discípulos de Von Zumbusch, nos autoricen a afirmar, como suponemos ahora que el eczema es la manifestación de una insuficiencia esplénica.

ANATOMIA PATOLÓGICA.—

Willan y sus partidarios, han colocado el eczema en el orden de las dermatitis vesiculosas; es en efecto la vesícula, su **lesión elemental** y la primera en aparecer.

Es una vesiculita pequeña, subcornea, que se fragua en las capas superiores malpighianas; de manera que la cúpula, por decirlo así, de dicha vesiculita se encuentra formada por las células del cuerpo mucoso y ocupan también parte de su cavidad conjuntamente con algunos leucocitos mononucleares. Queda constituido así lo que algunos autores consideran, el primer estadio de las lesiones dérmicas del eczema; para aparecer en el siguiente el edema, que a medida que aumenta elonga los filamentos que unen las células mucosas, disociándolas y creando pequeñas lagunas alargadas, en las que se encuentran **mononucleares**; es así como queda constituida la **espongiosis** de Besnier y al que Unna llama **estado esponjoso**.

A la par que el edema continúa aumentando, hasta desorganizar el conjunto de células malpighianas, destruyendo toda conexión entre ellas; la vesiculita inicial aumenta también a expensas del **islole esponjoso** que la circunscribe, invadiendo en todo su espesor al cuerpo mucoso de Malpighio y haciendo prominencia hacia la periferia, se hace visible quedando constituida la **vesícula definitiva**.

Llegado este momento, la evolución de las lesiones cutáneas, puede manifestarse en diversas formas, en relación con la intensidad del proceso eczematoso.

En los casos benignos, el líquido que contenía la vesícula se coagula en masa, y la vesícula se seca transformándose en una costrita, que es

empujada a la periferia, por la proliferación de las células de las capas malpighianas, haciéndola caer y quedando así al descubierto estas células de noviformación, que por carecer de queratohialina se desecan a su vez; esto es lo que constituye la fase o estadio de descamación; para tornar a más tarde la piel normal y por consiguiente la lesión curada, al queratinizarse las células del estrato granuloso regenerado.

En otras ocasiones la evolución se hace más larga y complicada por el brote de nuevas vesículas, que van formándose debajo de las primeras; constituyendo esta nueva formación de vesículas lo que se ha llamado brotes del eczema; el proceso de reparación es siempre idéntico.

Puede suceder también que los microbios patógenos, huéspedes habituales de la piel, infecten las vesículas, transformándolas en pústulas y al eczema puro en una piodermitis; este proceso podemos considerarlo propiamente como una complicación del eczema.

Al cortejo de los fenómenos descritos, se une un enrojecimiento y edema marcados que asientan en el cuerpo papilar.

No siempre la evolución de las lesiones eczematosas se reducen al proceso descrito, en ocasiones se presentan en una misma placa eczematosa, diversas lesiones elementales; así en las formas prolongadas que no tienden a la cicatrización, encontramos al lado de vesículas flácidas y pequeñas costras, erosiones que perforan las capas periféricas y ponen al descubierto las papilas dérmicas; estos pequeños cráteres, son los pozos de Devergie, que contienen serosidad en su interior.

¿Podemos decir que hecha la descripción de las lesiones cutáneas, queda completa la anatomía patológica del eczema?

Acaso el porvenir reserve un lugar en este capítulo a lesiones anatómopatológicas, que lo completen y que no asienten precisamente en la piel.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.--

Nos encontramos en las obras de Dermatología, figurando en la etiología del eczema, multitud de causas, suponiendo otras tantas teorías sin que ninguna de ellas se base en hechos demostrados y comprobados y que sólo se han aceptado provisionalmente. Nos contentaremos con citarlas, para ocuparnos después de las nuevas ideas que han surgido al margen de tan debatida cuestión.

Se ha dicho que el **artritisismo**, término vago que va perdiendo su significación, parece predisponer el eczema. Brocq considera en el **artritisismo** un **periodo cutáneo** durante el cual dice: "el enfermo reacciona en forma de eczema".

Se ha incriminado también a la **herencia**, llamándose **directa**, cuando los progenitores han padecido el eczema; e **indirecta**, cuando han padecido algunas de las afecciones calificadas de **artríticas** (jaqueca, asma, gota, reumatismo crónico, diabetes, obesidad, etc).

Se hacen formar también en el crecido número de factores pseudo-etiológicos del eczema, a la neurasténia, **surmenage**, intoxicaciones por

el alcohol, te, tabaco, café; la vida sedentaria, la higiene defectuosa tanto general, como cutánea, trastornos circulatorios regionales, etc.

Civatte, hace recaer también las causas del eccema en una serie de trastornos de la nutrición a los que hace figurar como causas predisponentes; y engloba con el nombre de causas determinantes del eccema, a agentes de diversas naturalezas, que obrarían directamente sobre la piel, y al efecto nos dice: "los traumatismos de toda naturaleza, si son suficientemente prolongados y repetidos, pueden provocar el eccema".

"La irritación por los agentes físicos, es también una causa de eccema, (eccema solar, calórico)".

"Los irritantes químicos, como jabones perfumados, dentífricos, tintura para el pelo, etc".

"Las secreciones fisiológicas, las supuraciones, etc".

Se les ha considerado también como productores del eccema a algunos parásitos, tales como el ácaro de la sarna, etc.

Unna, pretende haber descubierto la causa específica del eccema. Lo considera como una enfermedad infecciosa, cuyo agente patógeno sería el *merococo*, que posteriores investigaciones parecen haberlo identificado con el estafilococo gris, huésped habitual del tegumento externo.

Y por último las autointoxicaciones, y principalmente las de origen gastrointestinal, han ocupado desde hace tiempo un lugar preponderante en la etiología del tantas veces citado eccema, probablemente los partidarios de esta teoría son los que más se han acercado a la verdad como veremos más adelante.

Una etiología oscura, confusa y con mucho de empírico, supone forzosamente una patogenia acreedora a los mismos calificativos. Las teorías que se han expuesto queriendo explicar la patogenia del eccema no han podido ser demostradas. Nosotros nos concretamos a citar algunas, pensando que Sédillot se acerca más a la verdad.

El eccema es la manifestación cutánea de una diátesis constituida por trastornos humorales.

El eccema resulta de una predisposición particular. (Brocq.)

El eccema tiene una causa específica, microbiana. (Unna.)

"El eccema no es otra cosa, como lo han sostenido los clínicos, nuestros predecesores, que un medio libertador que nuestro organismo emplea para liberar sus venenos". (Sédillot).

NUEVAS IDEAS SOBRE LA ETIOLOGIA Y PATOGENIA DEL ECZEMA.

Al margen de las investigaciones de Mayr y Moncorps se esboza una nueva concepción sobre la etiología y patogenia del padecimiento que nos ocupa.

Los discípulos de Von Zumbusch observaron que padecían igualmente de eosinofilia; los enfermos de eczema y los animales esplenectomizados; los que les hizo suponer que el eczema era debido a la inactividad del bazo. Prosiguieron sus investigaciones y descubrieron que, estimulando el bazo por medio de los rayos X, en los eczematosos, sus lesiones dérmicas mejoraban.

Prepararon más tarde un extracto de bazo de cerdo, desprovisto de albúmina, que administraban hipodérmicamente a los portadores de eczema, y con este motivo nos dicen en su artículo publicado en THE UROLOGIC AND CUTANEOUS REVIEW: "Tenemos ya algunos casos de eczema, existentes desde varias decenas de años, refractarios a toda clase de terapéutica y que actualmente se han curado completamente".

Estos hechos nos hacen pensar que el bazo desempeña un papel importante en la producción del eczema. ¿Es la piel eczematosa, entonces, el escenario de un trastorno funcional o una insuficiencia esplénica?

A este respecto Thomas M. Paul, formula la siguiente teoría: "El bazo provee a la sangre de una enzima que transforma la protripsina del páncreas en tripsina. Este cambio se efectúa en la vena porta, a través de la vena esplénica, gracias a la secreción interna del bazo. El objeto de la tripsina es de digerir las toxalbúminas absorbidas por el intestino; es pues lógico pensar que si la cantidad de enzima esplénica es insuficiente para transformar cierta cantidad de protripsina en tripsina, de tal modo que las toxalbúminas sean inofensivas una parte de estas tendrá que llegar a la piel".

Esta hipótesis per demás ingeniosa, en nuestro concepto, parecería confirmaría los siguientes hechos:

I.— Si a un eczematoso lo sujetamos a regímenes especiales; administrándole al mismo tiempo laxantes y antisépticos intestinales, con objeto de destruir y eliminar las toxalbúminas creadas a nivel de la mucosa intestinal, vemos modificarse sus lesiones. Ahora bien, si a este mismo enfermo dejamos de administrarle laxantes y antisépticos y ya no proscribimos de su régimen alimenticio determinados alimentos fácilmente tóxicos, (salchichería, crustáceos, quesos fermentados, etc.) sujetándolo en cambio al tratamiento por el extracto de bazo, no sólo vemos mejorar sus lesiones, sino que estas curan completamente.

II.— La mejoría de las lesiones eczematosas al exitar el funcionalismo esplénico (rayos X).

Esto nos autoriza a pensar con Paul, que efectivamente el bazo, crea una enzima que impide la formación de toxalbúminas intestinales.

Cabe ahora preguntar por qué con el tratamiento clásico no se obtienen los brillantes éxitos que dá el extracto de bazo.

Es posible que la explicación la encontremos en lo imposible que resulta en el terreno de la práctica, el establecer un régimen alimenticio absolutamente capaz de impedir en su totalidad, la formación de toxalbúminas o destruir estas, también en su totalidad por la administración de antisépticos, por cuidadosa que sea dicha administración.

Nos faltaría conocer el proceso, por medio del cual, las toxalbúminas llegarían a la piel. Sédillot piensa que los eosinófilos, la especie de

leucocitos emigrantes por exelencia, cargados de **floculados**; se fraguarían un paso a través del cuerpo mucoso de Malpighio, creando así las lesiones que constituyen la espongiosis; para abordar por último la epidermis, abandonando fuera del organismo, los tóxicos que llevan consigo, terminando así su misión.

La última fase de este proceso sería la exoséresis y la exocitosis que constituyen la vesiculación.

Esto nos explica también la eosinefilia de los eczematosos.

¿Que porciones del tegumento externo, escogen los leucocitos eosinófilos para labrarse un paso al exterior y crear la placa eczematosa?

Seguramente las que les oponen menor resistencia, por encontrarse comprometidas o mortificadas por la acción de algunos agentes, que mucho tiempo se han considerado como causas del eczema, tales como: el calórico, sustancias químicas, secreciones fisiológicas o patológicas, algunos traumatismos, etc., y que en realidad sólo obrarían de una manera indirecta en la producción de la erupción.

Basándonos en estas teorías llegamos a la conclusión de que el eczema no es otra cosa que UN EMUNTORIO VICARIANTE QUE EL ORGANISMO CREA CON MOTIVO DE UNA INSUFICIENCIA ESPLENICA.

Posiblemente nuevas investigaciones, nos lleven a la confirmación de esta hipótesis, que la clínica parece demostrar.

SINTOMATOLOGÍA.—

Si en la inmensa mayoría de las enfermedades, la sintomatología no puede ajustarse a un cuadro único, esto es mucho más difícil cuando se trata de eczema; sin embargo, para mayor claridad haremos una descripción, un tanto esquemática, si se quiere, de su sintomatología para ocuparnos después de las diversas modalidades que pueden presentarse en su evolución y lo que se ha llamado sus **variedades**, o sean sus diferentes fisonomías clínicas.

El eczema se anuncia por una sensación de prurito en las regiones que han de ser asiento de las lesiones dérmicas, acompañado en ocasiones de un **malestar general**.

Más tarde aparece un enrojecimiento edematoso de la piel, que se torna **caliente y tensa**; sobre la cual aparecen elevaciones minúsculas, que no tardan en transformarse en vesiculitas llenas de serosidad y muy próximas unas a las otras, al grado de hacerse confluentes en ocasiones.

Estas vesiculitas por la influencia del rascado o bien espontáneamente, se rompen en veinticuatro o cuarenta y ocho horas.

La región eczematosa toma entonces el aspecto de una placa roja, **rezumante**, y cubierta en parte por costras de color gris amarillento que resultan de la desecación del contenido de las vesículas. Si se quitan las costras aparece un punteado rojo obscuro, por el que **rezuma** serosidad,

estos son los **pozos eczematosos**, que no son sino pequeñas erosiones o ulceraciones que se reproducen, sin que las preceda en su formación ninguna vesícula.

Si el brote de eczema ha de terminar pronto, disminuye el **rezumamiento** hasta desaparecer y la piel toma un aspecto luciente, parece como barnizada, es a lo que se ha llamado por algunos autores **estadio de epidermis lisa**; la epidermis en estas circunstancias no tarda en agrietarse y descamarse; esta descamación se hace en forma de laminillas, para tomarse por último **furfuracea**; hasta que la piel recobra su estado normal. La lesión queda curada.

Si en cambio el eczema ha de seguir una evolución crónica; los tegumentos se infiltran; toman un tinte rojo obscuro y los brotes vesiculares se hacen incesantes.

En todos los casos mientras dura la erupción, el paciente, acusa sensación de calor y tensión en los tegumentos enfermos, acompañada de prurito más o menos intenso.

Cuando el brote es muy intenso se le ve acompañarse de escasa elevación térmica, trastornos digestivos, y malestar general, sobre todo al principio.

La evolución del eczema puede ser aguda o crónica, pero en una u otra forma las vemos desarrollarse por brotes sucesivos. Su duración en general es de varias semanas, pero los hay que duran años.

La placa eczematosa tiene tendencia a extenderse por continuidad; pero puede suceder también que aparezcan focos nuevos independientes del primero y que a veces llegan a fusionarse con este.

Es raro que la erupción invada toda la superficie cutánea, constituyendo la **eritrodermia** de los dermatólogos.

Antes de conocerse el tratamiento por el extracto de bazo, eran muy frecuentes las recaídas y reincidencias. No tiene una repercusión muy marcada sobre el estado general del paciente.

DIVERSAS MODALIDADES EN LA EVOLUCION DE LAS LESIONES DERMICAS DE ECZEMA; POR PREDOMINIO O AUSENCIA DE UN SINTOMA.

En ocasiones la vesiculación domina el cuadro; se hace por brotes incesantes, dando este carácter sintomatológico al eczema el nombre de **vesiculoso**.

Puede suceder que el **rezumamiento** sea el que domine, mostrándose rebelde y prolongado. Algunos autores han llamado a los eczemas en los que predomina este síntoma **supurantes**, en nuestro concepto impropriamente, puesto que no se trata de **piodermitis** y **costrosos** cuando la serocidad se resuelve en abundantes costras.

En otras ocasiones son los fenómenos edematocongestivos los que predominan; mostrándose la placa de un color rojo muy oscuro que la presión no hace desaparecer. Es el **eczema rubrum**, que de ordinario va acompañado de fenómenos generales marcados.

Cuando las lesiones eczematosas ocupan regiones topográficas en las que el tegumento descansa sobre un tejido celular muy laxo, como en el escroto, párpalos, etc., el edema eritematoso es considerable, lo que ha inducido a algunos autores a llamarle **erisipelatoide**.

Puede suceder también que el contenido de la vesícula se deseeque antes de que ésta se rompa: no hay **rezumamiento**. El eczema queda representado aquí por una mancha eritematosa sembrada de escamas; pudiéramos pensar que es un eczema abortado, al que algunos autores llaman **eczema seco**.

Se le ha llamado **escamoso** cuando la descamación es muy prolongada y constituye casi el único sintoma.

Pápulo-vesiculoso se le apellida cuando la vesícula se forma en el vértice de una pápula.

VARIEDADES DEL ECZEMA.—

Se han clasificado las diversas formas en que se presenta el eczema, atendiendo a varias circunstancias; como son: el sitio en que se presenta; la edad del paciente y por último sus **factores etiológicos**. (No perdamos de vista que estas clasificaciones se han hecho basándose en las erupciones **etiológico-patogénicas** que precedieron a las investigaciones sobre el extracto de bazo).

El eczema adquiere diferentes fisonomías según la región en que asienta, debido a los caracteres anatómicos o anatomo-patológicos de cada una de ellas, o bien a la presencia de secreciones fisiológicas o patológicas; que en nuestro concepto obran como causas ocasionales.

Ezemas de las regiones pilosas.— La presencia de los cabellos **aglutinados** por la serosidad, determina la formación de costras espesas, que le dan una apariencia singular. Rara vez se produce la alopecia y cuando aparece es pasajera. La placa eczematosa recobra sus caracteres propios en los límites de la región pilosa.

En los contornos de los **orificios naturales** la presencia de las secreciones fisiológicas y principalmente patológicas hace a las erupciones rebeldes (a los tratamientos clásicos) y muy pruriginosos; como sucede en los labios (cuando existe gingivitis); en las narices (rinitis); en las orejas (otitis); en la vulva (metritis); en el ano (hemorroides); en la región parineal (diabetes); en el pezón y areola (lactancia). La erupción al continuarse con las mucosas, en ésta sólo se manifiesta por descamación.

En los **miembros superiores**, se encuentran a menudo localizaciones eczematosas en la palma de las manos y planta de los pies, revistiendo un aspecto queratósico, es el **eczema corneo** de Wilson.

Los **miembros inferiores**, en los que existen várices, son con frecuencia asiento de erupciones eczematosas. Los trastornos circulatorios y por ende de la nutrición, imprimen un carácter especial a éstas erupciones; son rebeldes, intensas, los fenómenos edemato-congestivos son muy marcados y se observa a veces un punteado purpúrico.

La edad, parece influir también en la evolución del eczema; Civatte nos dice, a este respecto: "Es probable que exista en la vejez una resistencia particular de la piel (los pruritos seniles no conducen a la eczematización, a pesar de los rascados furiosos) es posible inversamente que exista en la infancia una susceptibilidad cutánea particular. Es cierto por lo menos que los eczemas infantiles, son muy frecuentes". A esto nos parece pertinente agregar que también son muy frecuentes en los niños los trastornos gastro-intestinales, que suponen la formación de toxinas a nivel del intestino.

Se han querido subordinar determinadas formas clínicas del eczema a supuestos factores etiológicos, así a los eczemas pápulo-vesiculosos diseminados y al llamado eczema perineal, algunos autores los hacen tributarios de una etiología nerviosa, concepto obscuro, que se nos antoja inspirado por la necesidad de llenar un vacío.

Brocq, nos habla del eczema vesiculoso gigante, relacionado con la crisis de gota.

Otros eczemas se ha dicho son producidos por causas de irritación externa y en estos se incluye la inmensa lista de eczemas profesionales, (sarna de los especieros, sarna de los albañiles, eczema de agua, eczema de las lavanderas, etc., según la profesión del enfermo). En nuestro concepto en estos casos nos parece que las ocupaciones del enfermo (que suponen contacto con el agua, cal, etc.) solo obren como causas ocasionales. Estos eczemas se caracterizan por que su curación se encuentra favorablemente influenciada cuando el paciente abandona sus ocupaciones profesionales.

No escapa a un razonamiento sereno que estas clasificaciones, tienen mucho de arbitrario; el estado actual de la ciencia no permite todavía hacer una clasificación perfecta.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico del eczema, es realmente fácil cuando se presenta con su cuadro sintomatológico más o menos completo y su evolución característica; haciéndose difícil en las formas de sintomatología pobre y sobre todo en aquellas que se reducen casi a un solo síntoma.

Así, el eczema vesiculoso, podría confundirse con todas las erupciones cuya lesión elemental es la vesícula. Las formas secas y localizadas, que se manifiestan casi exclusivamente por la descamación, pueden confundirse con las erupciones escamosas puras, la psoriasis, la pitiriasis rosada de Gibert, las seborreas. Las formas pápulo-vesiculosos, con el prurigo simple. El impétigo, puede también confundirse con las formas costrosas. La forma erisipelatoide, con la erisipela, siendo en este caso más fácil la distinción por lo mareado de los síntomas generales en la erisipela (hipertemia, vómitos, cefalea, etc.)

Con las erupciones denominadas **eczematides**, es a veces imposible el diagnóstico.

No olvidemos también que la sífilis tiene manifestaciones cutáneas que pueden confundirse con los eczemas (sífilide palmar, plantar, etc.)

en este caso un Wassermann positivo nos será de gran utilidad, o el tratamiento esplénico de prueba.

Algunos hongos (el tricofitón y el dermofitón) son capaces de producir lesiones dérmicas, en los miembros sobre todo, casi idénticas al eczema. El microscopio hará luz en el diagnóstico.

En todo caso nos será de gran utilidad para hacer el diagnóstico lo siguiente:

PRIMERO.— Buscar las lesiones elementales del eczema investigando cuidadosamente al mismo tiempo su evolución y caracteres que le son propios.

SEGUNDO.— El polimorfismo, irregularidad y evolución característica por brotes del eczema.

TERCERO. — La reacción de Wassermann.

CUARTO.— La opoterapia esplénica, como piedra de toque, nos será de gran valor.



TRATAMIENTO.

Considerando que los brillantes éxitos, la inocuidad absoluta y la técnica sencilla de la Opoterapia Espéncia, contrastan notablemente con los resultados desalentadores y lo poco práctico del tratamiento clásico del eczema; nos ocuparemos sólo brevemente de éste y a título de historia si se quiere, ya que consideramos que el extracto de bazo lo substituye con grandes y positivas ventajas.

Antiguamente la mayoría de los dermatólogos consideraba la placa eczematososa como un emuntorio que el organismo creaba, con objeto de eliminar determinados tóxicos, considerando por lo tanto que debía respetarse la erupción, cuya supresión acarrearía trastornos generales; basándose en la observación de las pirexias graves que terminaban con la muerte, atenuándose antes de ésta, la erupción. Sabemos ahora que las pirexias atenúan todas las erupciones cutáneas.

Más tarde fué ganando mayor número de adeptos la opinión de que el eczema debía tratarse.

La riqueza de la terapéutica clásica en tópicos y medicamentos internos, nos habla de su pobreza en eficacia y buenos resultados; en efecto, esta terapéutica, como nave sin timón, en muchas ocasiones, no sigue más orientación que la experimentación sobre el paciente mismo. Ante el fracaso de un tópico, se recurre a otro y otro más, para llegar a menudo a efímeros o desconsoladores resultados.

Podemos dividir este tratamiento con algunos autores, en general y local.

Tratamiento general.- Comprende algunas prescripciones higiénicas y un régimen alimenticio especial, unidos ambos a la medicación interna.

Se recomienda reposo, tanto físico, como intelectual y moral, permanencia en el campo.

En cuanto al régimen se proscriben sistemáticamente, los quesos fermentados, crustáceos, cenechas de mar, salchichería; el uso del alcohol, café, te.

Se proscriben también algunos otros alimentos de acuerdo con el estado patológico del paciente; así en la hipercloridia, la leche y los amiláceos; en las enteritis crónicas, los nitrogenados y principalmente la carne.

Se aconsejan regímenes vegetarianos, la brañifagia y el cuidado de la dentadura.

El tratamiento medicamentoso comprende, la administración de purgantes en los casos agudos, y de laxantes en los casos crónicos, asociados a los antisépticos intestinales.

Se ha preconizado también el arsénico, el hierro, los fosfatos, carbonato o benzonato de litina, aceite de hígado de bacalao, jarabe yodotánico; según se trate, de debilitados, litásicos, **pre-tuberculosos, etc.**

Brocq, aconseja el tratamiento antilúético en los específicos con cezema.

Tanek, obtuvo algunas mejorías con la **auto-hemoterapia**.

Feuill, ha preconizado también el uso de la plata coloidal, en inyecciones intramusculares, asociada a los purgantes hidrargirodrásticos.

Tratamiento local.- El uso de la variada gema de tópicos contra el eczema, constituye en sí un tratamiento que pudiéramos llamar anárquico, que no reconoce más ley, que el criterio terapéutico de cada práctico, frente a cada caso. Civatte nos dice a este respecto: "Es cosa de tacto". Sólo puede admitirse casi como regla práctica que cuanto más agudo sea un brote y más tendencia tenga a la extensión, menos deberemos recurrir a una terapéutica violenta".

Se aconseja en los brotes agudos el uso de curaciones húmedas, cataplasmas de fécula, lociones, baños locales con decocciones de manzanilla, tila o simplemente agua hervida; para proteger después la lesión con grasas inertes (cerato, cold-cream) o bien las pomadas llamadas **refrescantes**, como la siguiente que aconseja Darier:

Vaselina	20 grs.
Agua de laurel cerezo	} aa 10 ..
Agua de azahar	
Agua de Tila	
Lanolina	

O bien las pastas llamadas **descongestionantes**, como la siguiente:

Talco	} aa 20 grs.
Oxido de zinc	
Glicerina	
Agua	

Otro autores aconsejan no usar las pomadas hasta que la placa no **rezuma**.

Para los eczemas **hiperqueratósicos** se aconseja el ácido salicílico; para los **escamosos** los alquitranes de madera, tiol, ictiol, fenoles, crisarobina. En las formas pruriginosas el nitrato de plata; en las impetiginosas, el óxido amarillo de mercurio. Se ha usado también el aceite de cade.

OPOTERAPIA ESPLENICA.

En la prensa médica de Europa y Estados Unidos, se han publicado en estos últimos años las diversas investigaciones llevadas a cabo con el extracto de bazo, y de todas ellas se desprende el alto interés que tiene desde el punto de vista de la terapéutica del eczema.

Considerando además, que este capítulo es el más importante para el práctico, nos ocuparemos de este nuevo tratamiento poco conocido de la generalidad, haciendo primero una breve historia de dichas investigaciones, para exponer después las conclusiones a que han llegado varios autores y las nuestras basadas en algunas observaciones personales.

Leo Von Zumbusch, fué el primero que observó que el extracto de bazo de cerdo, desprovisto de albúminas tenía una influencia notable en la curación del eczema, habiendo publicado con este motivo, un trabajo intitulado LA CUESTION DEL ECZEMA Y LA DIATESIS EXUDATIVA en 1927, y en el cual nos dice: "Tenemos ya algunos casos de eczema que data de varias decenas de años, refractarios a toda clase de terapéuticas y que actualmente, se han curado completamente".

El propio Zumbusch observó que los eczematosos eran portadores de eosinofilia, la cual disminuía notablemente al inyectarles el extracto de bazo y en sus conclusiones, asienta: "Es probable que no sea la disminución de los eosinófilos la que obre favorablemente, parece mas probable que se trate de un proceso, sobre el cual no poseemos actualmente ningún dato. Esperamos que las investigaciones hoy día en curso, traerán algún esclarecimiento".

Sus discípulos Mayr y Moncorps, prosiguieron dichas investigaciones, confirmando sus observaciones sobre la eosinofilia y además de las que nos hemos ocupado ya, referentes a los buenos resultados que sobre las erupciones eczematosas tenían los rayos X, al exitar el funcionamien-

to esplénico de los enfermos; pero obteniendo sobre todo resultados bastante satisfactorios con la opeterapia esplénica. Usaban un extracto hidroclorurado de hazo de cerdo, conteniendo 10 gramos de glándula fresca por centímetro cúbico y al que privaban de sus albúminas por medio del alcohol metílico. Prepararon después el extracto de bazo, en forma de un polvo amarillo, finamente dividido, que aplicaban hipodérmicamente, previa solución en agua destilada o suero fisiológico hecha en el momento de la inyección, ya que perdía sus cualidades rápidamente una vez disuelta.

Thomas M. Paul usó concentraciones más altas que los autores bávaros, y nos dice en su artículo publicado en THE UROLOGIC CUTANEOUS REVIEW: "Pretender que las erupciones desaparecerán en 15 minutos que el prurito y la exudación de eczema, cesarán en media hora y que una lesión eczematososa desaparecerá en pocos días, gracias a una inyección hipodérmica, puede parecer algo presuntuoso; es, sin embargo el resultado obtenido por el autor de estas líneas en una serie de 61 casos". Este nos parece un poco exagerado; nosotros hemos obtenido la curación hasta la cuarta y quinta inyección en los casos en que ha sido más rápida. Los mismos resultados han obtenido la mayoría de los autores, entre ellos Chevalier, Bloch y Francescoli.

M. M. Paul Chevalier y Leon Bloch llevaron a cabo también, interesantes investigaciones con el extracto que nos ocupa; exponiendo sus resultados en su artículo titulado EL EXTRACTO ACUOSO DE BAZO EN EL TRATAMIENTO DE LOS PRURITOS Y ECZEMAS, del que transcribimos íntegro los siguientes párrafos:

"Los resultados que hemos confirmado después de dos años nos permiten confirmar los resultados aportados por M. M. Pasteur Valkriy-Radot y P. Blamontier".

"Durante el curso de un viaje de estudios a Munich, hace dos años, uno de nosotros fijó su atención sobre los trabajos del Profesor Mayr y de su colaborador Moncorps".

"Ensayó el tratamiento con inyecciones de extracto de bazo. Se sirvió desde luego de un extracto lipóidico que existe en el comercio y que es recomendado contra las anemias y todas las debilidades orgánicas. Los resultados sin ser con frecuencia satisfactorios, demostraron la acción del bazo".

"Desde entonces se dirigió al Profesor Soula, con objeto de que le preparara extractos acuosos análogos a los de los autores bávaros".

"Los extractos acuosos así estudiados corresponden a doce y medio gramos de bazo fresco de ternero por centímetro cúbico. Actualmente son presentados en ampulas de 2 centímetros cúbicos. Se inyectan bajo la piel y no provocan más que un dolor escaso. Están privados de gruesas moléculas de albúmina, pero contienen productos de desintegración del parénquima esplénico".

Después de citar algunas historias clínicas, termina así su artículo:

"Creemos haber demostrado que el extracto acuoso de bazo posee una acción inmediata notable contra las dermatosis pruriginosas y más especialmente el eczema".

Francescoli ha obtenido también buen resultado con el tantas veces citado extracto de bazo.

Como vemos todos los que se han dedicado al estudio de la opoterapia esplénica, hasta estos momentos, se expresan con entusiasmo de los éxitos conquistados.

Nosotros dentro del escaso número de nuestras observaciones, no hemos tropezado con ningún fracaso, obteniendo en todos los casos éxitos albagadores.

Estamos convencidos que prácticamente, la opoterapia esplénica es inofensiva; personalmente no hemos observado jamás ningún accidente, ni aún lejano.

Sin embargo Thomas M. Paul, cita el caso de un niño de seis años único en 60 observaciones, que presentó un acceso de lipotimia después de una inyección de 2 centímetros cúbicos y agrega que si no procediera a colocar en posición inclinada a los sujetos que va a inyectar, se encontrarían mal después de la inyección, uno de cada cinco. El cree que este síncope en muchos casos es de origen psíquico y asienta que en todo caso, "la debilitación desaparece en cinco minutos". "No he observado ningún efecto nefasto lejano con este tratamiento" nos dice en otro lugar de su artículo.

Monard observó en dos enfermos "un acceso lipotímico, cianosis, malestar general, después de inyecciones de 100 gramos de bazo fresco".

El propio Monard explica así estos accidentes: "No puede pensarse que en los casos citados se haya tratado de crisis nitritoides mínimas. Nosotros hemos pensado en la hipótesis de un choque proteínico ya que los extractos no estaban completamente garantizados que estuvieran del todo desalbuminados".

Esta hipótesis la demostró más tarde Francescoli con el siguiente experimento.

Si se inyecta a un conejo extracto de bazo desalbuminado en la vena de la oreja, sin tomar ninguna precaución, el animal no presenta nada anormal y una vez retirado de la plancha de experimentación, torna a comer.

Es posible también que en los casos de Monard haya influido las dosis masivas (100 gramos de glándula fresca) que nos parecen inútiles, como veremos más adelante; nosotros no hemos usado más de 12 gramos por inyección.

Con esto nos parece poner en claro la inocuidad de la opoterapia esplénica, teniendo en cuenta que actualmente en el comercio se encuentran extractos totalmente desprovistos de albúminas y para mayor abundamiento de datos, tenemos las estadísticas de Bloch, Chevalier y Francescoli, que no han registrado ningún accidente; este último nos dice: "Una de las grandes ventajas del tratamiento esplénico es su absoluta inocuidad".

Podemos pensar pues, que los casos de Monard y Paul, quedan en cierta forma aislados, y debidos con toda seguridad a las causas citadas más arriba, que en la actualidad podemos evitar perfectamente.

¿Que reacción pueda provocar en el organismo la introducción hipodérmica del extracto de bazo?

Paul nos habla de la aparición de un edema del tamaño de un "huevo de paloma", después de una inyección de 20 centímetros cúbicos. Nosotros no creemos que se trate de un edema propiamente dicho, (extravasación de suero sanguíneo); este fenómeno debe haber tenido por causa simplemente el volumen del líquido inyectado, máxime que desapareció en quince minutos.

Ningún otro autor acusa haber observado este fenómeno, nosotros tampoco lo hemos comprobado, pero nunca hemos aplicado inyecciones de más de 6 centímetros cúbicos de volumen.

Chevalier y Bloch observaron "que las inyecciones subcutáneas cuotidianas a las dosis de dos centímetros cúbicos, dan hacia el 7o., 8o., 9o., y décimo días, reacciones comparables a las que provocan las inyecciones intradérmicas a dosis muy débiles, rubicundas e inflamación en el lugar de las inyecciones nuevas y recrudescencia edemato-congestiva en los lugares en que se aplicaron las inyecciones anteriores, que no habían dado ninguna reacción; si se continúan aplicando las inyecciones, los fenómenos se atenúan y desaparecen; las siguientes no se acompañan de ninguna reacción".

Nosotros opinamos con Francescoli, que en la práctica se suprimen estas reacciones, inyectando al paciente cada dos días y no diariamente; así lo hemos hecho siempre sin haber observado reacción ninguna.

No hemos visto citado por ningún autor los siguientes fenómenos que nosotros observamos en el caso que marcamos con el número 1 en el capítulo de las historias clínicas. Se trataba de un niño de tres años de edad que presentaba una placa eczematosa, en la región de la nuca desde hacía un año, rebelde a todo tratamiento. A las seis horas de aplicarle la primera inyección (de seis gramos de glándula fresca) el niño acusa un dolor agudo localizado en la placa eczematosa, con este motivo fué llamado en ese momento y pude comprobar que había aumentado notablemente el edema y el enrojecimiento; sospechando que solo se trataría de una reacción pasajera y además con objeto de mejor observar el fenómeno, no prescribí ningún tratamiento. A las dos horas, el niño ya no se quejaba, el dolor había desaparecido y la placa iba tomando a su estado primitivo. A los dos días se le aplicó una segunda inyección a la misma dosis; al cabo de algunas horas sólo observé que la placa, que ya se mostraba sin exudado, se tornaba un poco húmeda, sin que el niño acusara ninguna molestia; desde la tercera inyección no se volvió a notar ninguna reacción, hasta la curación que se obtuvo a los doce días de tratamiento.

No tuve oportunidad de volver a observar una reacción igual, que tampoco he sabido a que atribuirla.

¿Debe asociarse al tratamiento esplénico, algunos regímenes alimenticios especiales y una medicación general o local?

Citaremos primero las apreciaciones que a este respecto hacen algunos autores.

Paul nos dice "las aplicaciones externas, solamente se emplearon (en los casos que él trató) para remediar los efectos de la enfermedad, una vez que la inyección subcutánea hubiera suprimido la causa. Estas lesiones habrían desaparecido seguramente sin aplicaciones externas, pero estos hubiera sucedido menos rápidamente. Ninguna receta en cuanto a la dieta, ningún remedio por la boca".

Chevalier y Bloch prescribían al principio de sus investigaciones, conjuntamente con las inyecciones de bazo, un régimen y una higiene especial y tratamientos locales, ulteriormente comprobaron que estas precauciones eran inútiles.

Francescoli por su parte, opina que todo tratamiento local es inútil, pero le parece conveniente asociar a la opoterapia esplénica una "higiene alimenticia racional".

Zumbusch, Monard y Moncorps, no dicen nada a este respecto.

Por nuestra parte en todos los casos citados en este trabajo, no prescribimos ninguna medicación general, ni local; ni tampoco determinado régimen alimenticio; obteniendo la curación en todos ellos, y más o menos rápidamente, con el extracto esplénico exclusivamente.

Ninguno de nuestros enfermos eran alcohólicos, ni toxicómanos de ninguna naturaleza; en estos casos si nos parece racional, si no un régimen alimenticio especial, si la supresión del tóxico. Monard no obtuvo la curación, hasta no suprimir el tóxico en un alcohólico.

TECNICA.—

No se ha fijado aún, la conducta que debe normar al tratamiento por el extracto de bazo de la enfermedad de que nos venimos ocupando.

Zumbusch nada dice sobre la dosificación de la preparación, ni su posología.

Chevalier y Bloch, se expresan así: "Por lo que hace a las dosis, el número de inyecciones y el ritmo del tratamiento, no hemos salido desde luego del período de los tanteos".

Paul y Monard llegaron a usar dosis en nuestro concepto demasiado elevadas (cien gramos de glándula fresca por inyección). Y el mismo Monard dice: "No hemos comprobado una acción más rápida con las grandes dosis, que con las dosis débiles".

Nos hemos formado la siguiente opinión personal en cuanto a la técnica de este tratamiento, basada en nuestras propias observaciones y que desde luego nuevas investigaciones la confirmarán o modificarán.

También hacemos notar que la dosis óptima que fijamos, de doce gramos de glándula fresca por inyección, podrá parecer insuficiente a algunos; pero nuestras observaciones nos han permitido confirmar que a-

demás de obtener la curación con estas dosis en un tiempo más o menos corto, con ella evitamos todo accidente que pueda deberse a dosis masivas y evitamos también reacciones desagradables para el enfermo hasta donde es posible; procurando así que el tratamiento se reduzca a un mínimum de molestias, sin detrimento de su eficacia.

Vamos a concretarlo en los puntos siguientes:

A.— Creemos que la dosis útil, ya se trate de un eczema crónico o de un brote agudo, es de doce gramos de glándula fresca por inyección. Para los niños hemos usado la mitad de la dosis.

B.— Nosotros aconsejamos hacer siempre una serie de seis inyecciones intramusculares; todas de la misma dosis (12 gramos) y aplicar una cada dos días.

C.— Puede ser que la lesión cure antes de terminar la serie. En todos los casos nos parece conveniente aplicar toda la serie para asegurar la curación.

D.— Si las lesiones no han llegado a curar por completo con la primera serie; aplicamos una segunda serie de seis inyecciones también; dejando entre una y otra un reposo más o menos de una semana. Creemos que será raro llegar a necesitar un número mayor de inyecciones.

E.— La inyección de extracto de bazo es dolorosa, lo que hemos comprobado al inyectarnos nosotros mismos. Se hace más tolerable cuando se hace intramuscular y profunda; de todos modos el dolor no dura más que unos momentos. Sin embargo, en los niños y sujetos pusilánimes, hemos asociado al extracto la novocaina (un centígramo por inyección) que no altera en absoluto el producto y hace totalmente indolora la inyección.

F.— Aconsejamos el uso de productos totalmente desprovistos de albúmina. (Nosotros hemos usado un extracto acuoso perfectamente desalbuminado).

G.— Puede tomarse la precaución de hacer la inyección estando acostado el sujeto. (Aunque nos parece que esto no pasa de ser una simple precaución).

H.— Nos parece inútil asociar algún régimen alimenticio determinado o algún otro medicamento o tóxico.

No vamos a pretender que estos conceptos sean absolutos, sólo hemos querido trazar un plan general, que a nosotros nos ha dado buenos resultados, pero que el práctico irá modificando de acuerdo con la evolución de las lesiones, bajo la influencia del tratamiento.

ALGUNAS OBSERVACIONES.

No asentamos aquí nuestras primeras observaciones, que por defectos de técnica y dosificación, como comprobamos después, no nos permitieron obtener curaciones rápidas, aunque todos curaron; ni tampoco las de aquellos enfermos que perdimos de vista, no pudiendo seguir hasta el fin el curso del tratamiento.

Caso número 1.— Víctor Manuel Rodríguez Arce. (Tepeaca).— 3 años 10 meses de edad. Eczema agudo, **rezumando** continuamente. Hace un año que lo padece, extendido a toda la región de la nuca, ligerísimas mejorías con algunos tratamientos locales, para volver siempre a su estado anterior.

Antecedentes.— Sin importancia, excepto que su padre ha padecido eczema, así como su hermana mayor. Exámen de los órganos, negativo.

Tratamiento que ha seguido: Tratamiento general.— Se le inyectaron arsenicales.— Tratamientos locales, con diversas pomadas a base de: dermatol, subnitrito de bismuto, óxido de zinc, mentol, óxido amarillo de mercurio, sulfoictiolato de amoniaco.

El 3 de enero de 1934 lo tratamos por primera vez, proscribimos todo tratamiento local y le inyectamos dos ampulas de extracto de bazo de tres centímetros cúbicos cada una, correspondiendo en total a seis gramos de glándula fresca. Esta inyección se le aplicó intramuscularmente, produjo dolor intenso y pasajero en el lugar de la inyección; a las seis horas aparecieron molestias en la región eczematososa que llegaron a convertirse en dolor agudo, aumentando el edema y enrojecimiento, esto sólo duró dos horas y el niño durmió perfectamente el resto de la noche.

Día 5 de enero del mismo año.— La placa de eczema ha cambiado por completo de aspecto, se encuentra completamente seca; no hay exudados; presenta el aspecto de **epidermis lisa** del estadio de descamación; rosada, reluciente, agrietada y cubierta de pequeñas escamas en algunos lugares. El prurito ha disminuido notablemente; duerme bien. Este mismo día se le inyectan seis gramos de glándula fresca; cinco o seis ho-

ras después, la placa eczematososa se torna un poco húmeda desapareciendo esto a las dos horas.

Día 8 del mismo mes.— El prurito ha desaparecido por completo.— La lesión sigue mejorando notablemente; se acerca más la piel a su apariencia normal. Se le inyectan seis gramos también de glándula fresca (todas las inyecciones sucesivas son de la misma dosis). Después de esta inyección ninguna reacción notable.

Día 10 del mismo mes. En algunas porciones de lo que fuera placa eczematososa, se encuentra la piel normal, principalmente se observa esto en la periferia, el resto conserva un color rosado suave y en algunas partes cubierto de pequeñas escamas. No hay prurito. Se le aplica una nueva inyección.

Día 12 del mismo mes.— No ha vuelto a aparecer el prurito; la piel ha tomado casi su estado normal. Se inyectó este día la misma dosis que el anterior.

Día 15 del mismo mes.— Hoy ha sido dado de alta el enfermo, la curación es completa. Se le aplica una nueva inyección, de seis gramos como todas las anteriores solamente para asegurar la curación.

Hasta noviembre de 1934; después de diez meses, se mantiene la curación, el eczema no ha vuelto a aparecer.

Caso número 2.— Señorita Sofía Jiménez, (México).— 17 años.— Labores domésticas. Padece eczema en la cara posterior de la muñeca izquierda desde 1929.

Antecedentes: Exceñimiento, reumatismo.— Examen de los órganos, negativo.

Tratamientos anteriores: Arsénico inyectable, autohemoterapia, pomadas de mercurio, etc.

El 4 de febrero de 1934, se le aplica la primera inyección de extracto de bazo, correspondiendo a doce gramos de glándula fresca. Volvemos a verla el día 6 del mismo mes, han desaparecido los exudados quedando seca la lesión, disminuyó el prurito. Se le aplica una nueva inyección.

El día 8 del mismo mes, continúa mejorándose la lesión, no hay prurito. Se le aplica la tercera inyección.

El día 10, la piel se muestra casi normal. Se le aplica una cuarta inyección, correspondiendo a doce gramos de glándula fresca como todas las anteriores.

La enferma creyéndose curada interrumpe aquí el tratamiento sin nuestro consentimiento.

El 16 de mayo de 1934 vino nuevamente a nosotros, con motivo de un nuevo brote de eczema en el mismo lugar que el anterior aunque con síntomas muy atenuados. Lo atribuimos a no haber terminado la primera serie como lo habíamos prescrito para asegurar la curación y prescribimos una nueva serie de seis inyecciones de extracto de bazo de doce gramos cada una y cada dos días una. Se aplicó toda la serie, obteniéndose la curación completa.

Hasta noviembre de 1934 se ha mantenido la curación; no ha aparecido ningún nuevo brote. Han pasado seis meses.

Caso número 3.— José Hernández, (Puebla).— Obrero, 29 años.— Eczema agudo de la cara que padece hace dos meses sin encontrar alivio.

Le vemos el 15 de febrero de 1934, prescribimos una serie de seis inyecciones de doce gramos, una cada dos días. La curación es perfecta después de la cuarta inyección, las dos últimas se le aplican para asegurar la curación. A la fecha (noviembre de 1934) la curación persiste. Han pasado nueve meses.

Caso número 4.— Jofita García. (Puebla). Lavandera, 35 años.— Eczema en la cara dorsal de la mano derecha, que padece hace dos años. Ha seguido numerosos tratamientos sin conseguir la curación.

El 27 de febrero de 1934, la vemos por primera vez y le prescribimos una serie de seis inyecciones, de doce gramos, una cada dos días. Al terminar la serie el eczema se encuentra muy mejorado no hay prurito. aconsejamos una semana de reposo para aplicarle después otra serie igual a la anterior. A la cuarta inyección de esta segunda serie la curación es completa. El eczema no ha vuelto a aparecer, no obstante que la enferma volvió a sus ocupaciones ordinarias. Han pasado nueve meses.

Caso número 5. — P. S.— Sastre, 28 años.— Presenta una placa eczematosa detrás de la oreja desde hace un mes. Se ha aplicado diversas pomadas que no recuerda o no supo su composición, obteniendo ligeras mejorías. Le prescribimos el 15 de marzo de 1934 una serie de seis inyecciones de doce gramos. La curación se obtuvo a la cuarta inyección. Actualmente está perfectamente. La curación se ha mantenido ocho meses.

Caso número 6.— Francisco Juárez.— (Tepeaca).— Seis años.— Placa eczematosa en la cara posterior del muslo y pierna derecha, que padece desde octubre de 1933, sin encontrar alivio. El 5 de agosto de 1934 se le prescribió una serie de seis inyecciones intramusculares terciadas, de seis gramos. Al terminar la serie la curación es completa, y se ha mantenido hasta la fecha (noviembre de 1934).

En todos estos casos no se prescribió ningún régimen alimenticio especial, ni ninguna medicación, que no fuera el extracto acuoso de bazo desalbuminado. En ninguno de ellos hubo el menor accidente, ni siquiera incidentes; ni tampoco ninguna reacción notable, excepto la descrita en el caso número 1.

CONCLUSIONES.

PRIMERA.— Los brillantes y constantes resultados obtenidos con el extracto esplénico por vía intramuscular, constituyen un notable progreso en la terapéutica del eezema; siendo en la actualidad el tratamiento de elección.

SEGUNDA.— En pocos días lleva a la curación del eezema.

TERCERA.— Disminuye al minimum las molestias del tratamiento para el paciente.

CUARTA.— Su inocuidad es absoluta.

QUINTA.— Su técnica sencillísima.