

TRABAJOS EXTRAORDINARIOS.

Un caso de xeroderma pigmentosum (Enfermedad de Kaposi).

En el año de 1870 el célebre dermatólogo vienes, Moris Kaposi, describió por vez primera una enfermedad cutánea a la que dió el nombre de *xeroderma*. Más tarde, en 1882, añadió al nombre primitivo el calificativo *pigmentosum*, clasificando la dolencia entre las atroñas idiopáticas difusas de la piel, caracterizadas, como sus congéneres, por la disminución del espesor general de la piel o de sus propiedades biológicoquímicas. Posteriormente, la sinonimia de la dermatosis se ha multiplicado llamándosela *naevus de forma rara*, por Geber; *angioma pigmentario y atrófico*, por Taylor; *xeroderma de Hebra*, por Dühring; *liodermia esencial con melanosis y telangiectasias*, por Neisser; *melanosis lenticular progresiva*, por Pick; *atrophoderma pigmentosum*, por Crocker; *enfermedad pigmentaria epiteliomatosa*, *léntigo epiteliomatoso*, por Quinquaud, Barré; *epiteliomatosis pigmentaria o pigmentosa epitelial*, por Besnier.

Muy rara la enfermedad de Kaposi, pues apenas se hallan consignados poco más de sesenta casos, (1) debe aún considerarse como una verdadera curiosidad científica, sobre todo en la forma primitiva precoz, descrita por el eminente maestro austriaco, dado que algunos de los casos llamados tardíos y señalados ulteriormente, se prestan a ciertas dudas sobre la verdadera naturaleza del mal y su identidad completa con el de Kaposi.

Los diez casos observados por este clínico, le permitieron trazar una descripción tan perfecta del cuadro morbosó, que a pesar de los cuarenta y cuatro años transcurridos, se le considera clásica y como un modelo en su género, por lo que no resisto al deseo de copiarla.

«La cara, las orejas, el cuello, la nuca, los hombros y el pecho hasta la altura de la tercera costilla, los brazos y el dorso de las manos, algunas veces también la pierna y el dorso de los pies, están sembrados de manchas morenoamarillentas, de extensión variable, análogas a las pecas, entre las cuales se hallan depresiones superficiales, semejantes a cicatrices de viruela, blancas, brillantes; o bien la piel presenta su coloración normal. Numerosas dilataciones vasculares como puntos o más grandes, o lineales, marcan por su color rojo el aspecto manchado de la piel atacada de esta afección. La epidermis está delgada, lisa en algunos sitios; en otros se levanta en laminillas delgadas, o presenta surcos finos, está quebradiza, hendida, plegada, seca como pergamino; la piel misma ha perdido su vitalidad; pero al mismo tiempo, si la enfermedad persiste desde hace mucho tiempo, el tegumento se pliega difícilmente, se adhiere más a los tejidos subyacentes, se halla como contraído y escaso de grasa. La piel del resto del cuerpo está exuberante,

(1) Hallopeau y Leredde aseguran que son cien, *Traité Practique de Dermatologie*, Paris 1900, Pág. 149.

abundantemente provista de grasa, normal bajo todos respectos. Hasta donde permiten juzgar las relaciones que se han dado de estos hechos y su observación prolongada, esta afección se ha manifestado siempre en la primera infancia y ha progresado sin cesar. Al principio se producen pequeñas dilataciones vasculares y manchitas pigmentadas; después desaparecen casi enteramente y en su lugar sobrevienen pequeñas depresiones atróficas, blancas, brillantes, privadas de pigmento; más tarde, se constituye una atrofia difusa de la piel, en donde la epidermis ofrece arrugas y surcos o se levanta en forma de laminillas.—A medida que la piel se altera más, sufre diversas lesiones secundarias como eczema, grietas y ulceraciones superficiales; la boca y los orificios nasales se estrechan; en los párpados inferiores se forma un ectropión que algunas veces causa la xerosis de la córnea.—En la mayor parte de los hechos observados hasta el presente (en cinco de mis diez casos) se ha desarrollado en pocos meses sobre puntos diseminados de la cara, de los labios, de la nariz, de los párpados, de las mejillas, del pabellón de las orejas, carcinoma, sarcoma o angioma, que en dos casos ha invadido más tarde los órganos internos, produciendo la muerte.—Opiniones muy variadas se han emitido acerca de la naturaleza y de la significación de este proceso especial, cambiando los pareceres a medida que el número de las observaciones y el de sus autores son mayores.—La neoformación vascular, la ectasis y la pigmentosis son los puntos principales para la mayoría de los autores, lo que se expresa en los nuevos nombres propuestos para la enfermedad, pues Geber habla de esta afección como de una variedad especial de nevus pigmentario; Taylor la designa con el nombre de angioma pigmentario y atrófico; Pick con el de melanosis lenticular progresiva; Neisser teniendo en cuenta los fenómenos de atrofia y completando el nombre de liodermia esencial elegido por Auspitz, la llama liodermia con melanosis y telangiectasis; Crocker atrofoderma pigmentaria; y Vidal, dejando al tiempo el cuidado de resolver la cuestión, propone llamarla dermatosis de Kaposi.—No hay razón para renunciar a la denominación que primitivamente elegí, pues desde luego está fundada históricamente, y además, expresa con más brevedad lo que las denominaciones largas y complicadas, recientemente propuestas, se esfuerzan en señalar, en particular que existe un proceso atrófico de la piel, con producción de pigmento y enfermedad de los vasos que avanza con la atrofia o que la precede.—Como enfermedad de la piel que comienza desde la más tierna infancia, presenta un aspecto sorprendente, a causa de las manchas pigmentadas y de la ectasis vascular, y tiene la xerodermia pigmentaria muchas relaciones con la melanosis congénita, el nevus y el léntigo. Pero, sin embargo, se distingue esencialmente de los nevi, los que en general quedan estacionarios, por su crecimiento constante y rápido y por la transformación atrófica continua de los tejidos.—Las investigaciones anatómicas hechas hasta hoy han confirmado nuestras investigaciones y nuestra opinión del principio y explicado de una manera satisfactoria los fenómenos que se observan clínicamente y su desarrollo.—Según dichas investigaciones, el proceso parece comenzar por la proliferación del tejido conjuntivo de las papilas y del endotelio de los vasos, a lo que sucede la retracción de aquéllas y en parte su atrofia; en otros puntos se advierte la ectasis o una neoformación de vasos y consecutivamente una acumulación



Un caso de Xeroderma pigmentosum
(Enfermedad de Kaposi).

DR. J. GONZÁLEZ JIMÉNEZ

irregular de pigmento con excrecencia de las prolongaciones de la red mucosa hacia la cara profunda, dilatación de las glándulas y degeneración de su epitelio. Evidentemente esta perturbación en las condiciones del crecimiento de los tejidos epiteliales, produce el desarrollo tan notable, en individuos tan jóvenes, del carcinoma y del sarcoma.—Nada sabemos con respecto a las causas de la xerodermia pigmentaria, la que sin duda se halla constituida por una anomalía de formación y de nutrición del estrato papilar, de su porción vascular y pigmentada, porque la enfermedad comienza siempre en el primer año de la vida. (1).—La predisposición congénita se manifiesta aún por la aparición frecuente de la enfermedad entre hermanos y hermanas. En mis diez casos había dos grupos, uno de dos y otro de tres hermanos y hermanas, y entre los cuarenta y tres casos recogidos, había seis veces dos, cuatro veces tres y una vez siete hermanos y hermanas afectados de la enfermedad.—En varios casos se ha supuesto que la influencia de la luz (Unna), del sol (Pick), podía considerarse como causa ocasional de la xerodermia pigmentaria. En ella, como en las pecas, no es posible admitir la intervención de estas causas. Ni la experimentación ni los hechos responden a tal concepción—El diagnóstico del mal no parece difícil, pues después de la primera descripción que dí, todos los casos nuevos, que a decir verdad eran absolutamente concordantes, fueron bien diagnosticados. Existe, sin embargo, grande analogía con los estados atróficos de la esclerodermia; pero ésta comienza siempre por la esclerosis del tejido. La semejanza es mayor con cierta forma de lepra maculosa, la que se distingue por las anestias y las mutilaciones. La xerodermia difiere de la pigmentosa múltiple, de los léntigos y de las efélides por su desarrollo continuo y por la atrofia.—El pronóstico es desfavorable, sobre todo por razón de la tendencia al cáncer, y no comprendo cómo algunos autores pueden apreciar esta enfermedad de un modo más favorable. Hasta hoy ningún paciente ha curado y no se ha podido impedir el desarrollo de la carcinomatosis múltiple.—El tratamiento se limita a disminuir los síntomas subjetivos de tensión, de sequedad, de dolor en las grietas, en las excoriaciones y en las úlceras, y a combatir las complicaciones más graves.» (2).

* * *

Roberto S., de 8 años de edad, natural de Teziutlán, Estado de Puebla, entró el 6 de abril del presente año a ocupar la cama número 8 del Pabellón 22 bis, del servicio de enfermedades de los ojos, en el Hospital General. Ahora se halla en la número 2 del Pabellón 10, de enfermedades de la piel, que tengo a mi cargo en el mismo Hospital. La madre del niño me comunicó los siguientes datos: que a la edad de un año puso a Roberto en la Casa de Expósitos de esta ciudad, donde permaneció seis meses, viéndose obligada a sacarlo por haberse enfermado el pequeño de sarampión. Que en la convalecencia de este mal, es decir, a la edad de año y medio, comenzó a notar que le que-

(1). Esta regla no es absoluta.

(2) MORIZ KAPOZI. *Pathologie et Traitement des Maladies de la Peau. Traduction par M. M. ERNEST BERNIER et ADRIEN DOYON. Seconde édition française. Tome Second. 1891. Pages 231 a 237.*

daban manchitas, las que con el tiempo se fueron extendiendo, formándosele como una «casquita» encima de la piel. Además de estos males, la única enfermedad que ha padecido el niño ha sido disentería, que le duró seis meses. En cuanto a los parientes, una de las abuelas murió de tuberculosis y una tía materna, de *cáncer*; entre los hermanos y demás parientes, ninguno ha presentado la enfermedad de Roberto.

La observación actual revela una dermatosis generalizada, formada de manchas: unas hipercrómicas, lenticulares, efeliformes: otras blancas, acrómicas, atróficas, de aspecto cicatrizal en algunos sitios, como la cara, donde son más grandes que en el resto del cuerpo, en el que tienen dimensiones semejantes a las hipercrómicas, es decir, las de una lenteja. Sólo en la nuca, en el lugar frotado por el cuello, hay manchas rojas entre las otras dos, hiperhémicas, no telangiectásicas y que se borran por la presión. Todas las manchas son menos confluentes en la parte inferior de las regiones glúteas, posterior de los muslos y en las caras anterointernas de éstos y de los miembros superiores. Casi no hay manchas en las axilas, muy pocas en las regiones palmares y nada en las plantares. A pesar de tal desigualdad en la distribución de la dermatosis, no pierde su carácter de *universal*. En la cabeza existen también las mismas lesiones, con placas de alopecia diseminadas, del tamaño y forma de las manchas ya descritas, cubiertas de escamas blancas, adherentes. Los cabellos y las uñas se hallan indemnes; pero los vellos están atrofiados. (Véanse las fotografías).

Las lesiones óculopalpebrales, en alto grado importantes por las consecuencias terribles que ocasionan y por formar parte integrante de la enfermedad de Kaposi, las describe así el señor doctor Emilio F. Montaña, que bondadosamente me comunicó los datos que copio: «Atrofia difusa de la piel de los párpados, sobre todo de los inferiores, produciendo más que ectropión, la casi desaparición de estos velos protectores, dejando el globo en su parte inferior, expuesto a irritaciones exteriores, lo que ayuda a desarrollar una queratitis trófica. En los párpados superiores, la blefaritis glándulociliar ha producido la caída de las pestañas. Las conjuntivas no han escapado a las lesiones anatómicas, dando lugar a pequeños tumores epiteliales que no me atrevo a calificar de epitelomas por haber desaparecido algunos de ellos, no sólo en estas mucosas, sino aun en la piel de la cara: por ejemplo, uno que estaba situado cerca de la comisura palpebral externa del ojo derecho y otro en el carrillo del mismo lado.»

Como se advierte por esta descripción hecha por el señor doctor Montaña, las lesiones del aparato visual son tan intensas como las de la piel. En efecto, la bléfarconjuntivitis y queratitis crónica, dobles y atróficas, con opacidad de las córneas, ectropión izquierdo y madarosis doble, han reducido la agudeza visual casi a cero, pues el niño apenas distingue los dedos de la mano a la distancia de la vista distinta. Además, las comisuras palpebrales externas se hallan exulceradas y ligeramente fungosas, constando en los antecedentes nosocomiales del paciente que el día 31 de julio último le fueron extirpadas, con el termocauterio, excrescencias de los ángulos externos de ambos párpados.

Fuera del aparato visual hay otras lesiones secundarias, constituídas por

costras delgadas, adherentes, negruzcas y algo mayores que las manchas, las que cubren algunas exulceraciones de la cara y de las manos.

Toda la piel está seca, anhidrósica y asteatósica, delgada, ligeramente plegada y apergaminada. No hay síntomas subjetivos, salvo algo de comezón retroauricular.

La punta de la lengua participa de las lesiones cutáneas, presentando manchas rojas yacrómicas, atróficas, del tamaño de las de la piel.

Tratándose de una enfermedad distrófica, que congénita y familiarmente afecta de un modo tan profundo uno de los sistemas orgánicos más importantes, natural es buscar las huellas, las reliquias de tan honda perturbación, en los órganos en donde se imprimen deformaciones evolutivas en otros padecimientos semejantes, desde el punto de vista distrófico. Por esto el estudio de las anomalías del sistema dental tiene que ser muy interesante en la enfermedad de Kaposi, y el día en que se hallen compaginadas observaciones numerosas, se podrán obtener conclusiones útiles para dilucidar la etiología y la patogenia de un mal tan misterioso. Las leyes de evolución del sistema dental han precisado la estrecha relación que hay entre la naturaleza de ciertas deformaciones y la época embionaria en que aparecen las lesiones distróficas. Según las indicaciones de Magitot, citado por Fournier, (1) de la designación de la especie de dientes, de la época de aparición del sombrero de dentina y de la altura de éste en el nacimiento y durante los seis primeros meses de vida extrauterina, sería posible deducir el nivel que correspondería a las erosiones dentales en un tipo cualquiera de diente, y al revés, dada la altura de la erosión, se inferiría el momento del desarrollo en que se produjo la perturbación distrófica. Estos datos justifican ampliamente el estudio de sistema dental en el caso de que se trata.

El niño enfermo presenta las alteraciones conocidas con el nombre de *erosiones dentales*, situadas en la extremidad libre de los incisivos y clasificadas bajo la denominación de *dentelladas*, constituyendo lo que se conoce con el nombre de *diente en sierra*. Dicha anomalía la tienen los cuatro incisivos inferiores y los dos medianos superiores. Además, se observa *implantación viciosa* del incisivo lateral derecho y *atrofia* general del vértice del homólogo izquierdo, produciendo un verdadero *amorfismo* que ha cambiado la configuración natural del diente, pero sin asemejarlo a otra especie dental. Por ahora sería prematura cualquiera inferencia sacada de las alteraciones descritas, las que sólo deben quedar como apuntes para la formación de la historia completa del padecimiento.

El resto de las funciones orgánicas y el desarrollo general están completamente normales. El peso de 23 kg. y la talla de 120 centímetros son los que corresponden a los niños mexicanos de esa edad, según las curvas respectivas formadas por el Servicio Higiénico del Ramo de Instrucción Pública. En el desarrollo psíquico tampoco se advierte anomalía, y el niño acusa únicamente el retardo consiguiente a la falta de educación y a la imperfección sensorial.

*
*
*

El examen de la sangre, sumamente importante en el estudio de las dermatosis en general, según lo demuestra, entre otros, el trabajo de Minasian, (1) tiene particular interés en una afección degenerativa como el *xeroderma pigmentosum*, cuya fase terminal la constituyen las neoplasias malignas de tipos diversos. Sólo en dos casos he visto señalado el resultado de investigaciones hematológicas en la enfermedad de Kaposi: Okamura observó oligocitemia y leucocitosis muy acusada, sin indicios de pigmento en la sangre. Nicolas y Favre advirtieron ligera leucocitosis que desapareció cuando cicatrizaron las ulceraciones costrosas y supurantes de la cara.

Nuestro inteligente y modesto anatomopatologista, el Sr. Dr. Ernesto Ulrich, se sirvió practicar el examen de la sangre del niño Roberto, y en la nota siguiente, por la que le doy las gracias, consigna los resultados obtenidos:

«Sangre recogida por punción en la yema del dedo índice de la mano izquierda, a las 9.30 a. m.—Sangre de color sensiblemente normal, sale con facilidad, en abundancia, de consistencia bastante fluida y coagulándose menos rápidamente que de ordinario.—Glóbulos rojos: 7,525,000.—Glóbulos blancos: 9,650.—Plaquetas sanguíneas: disminución apreciable, pero con caracteres morfológicos y afinidad tintórea normales.—Hemoglobina (Hemómetro de Sahli): disminuida $\frac{1}{5}$. Valor hemoglóbico: sensiblemente normal. Fórmula leucocitaria: linfocitos 42%; polinucleares 43%; formas de transición 6%; linfocitos 9%.

«Tipos de leucocitos:

«Linfocitos.....	42	«Polinucleares.....	43
«Pequeños.....	14	«Neutrófilos.....	38
«Medianos.....	5	«Basófilos.....	1
«Grandes.....	23	«Eosinófilos.....	4
Suma.....	42	Suma.....	44

«Glóbulos rojos.—En estos elementos solamente pude encontrar cierta disminución de volumen, que afecta a un buen número de ellos sin llegar al enanismo globular. Muy pocos presentan policromatofilia.

«Glóbulos blancos.—En los linfocitos solamente hallé en algunos de los grandes, cierto estado de cromatolisis, caracterizado por la coloración difusa del núcleo, que en partes presentaba espacios de aspecto vacuolar. En algunos otros, este estado, menos avanzado, se revelaba solamente por lo difuso de los contornos del Kariomitoma. El protoplasma, en los primeros, contenía algunas granulaciones eosinófilas y del tamaño y caracteres de las de los eosinófilos. Algunas de estas granulaciones, se veían rodeadas por una zona clara, de contornos no bien definidos.

«Polinucleares.—Neutrófilos: abundancia de las granulaciones y mayor

(1) *Rivista veneta di scienze mediche*. Febrero 28, 1906.



Un caso de Xeroderma pigmentosum
(Enfermedad de Kapossi).

DR. J. GONZÁLEZ URUEÑA.

dimensión de algunas, que habitualmente, fué el único carácter. Eosinófilos: entre los leucocitos eosinófilos, hubo algunos en que los caracteres degenerativos del elemento se encontraron con claridad; se revelaron por pignosis más o menos acentuada del núcleo, con cromatolisis incipiente, o bien en un estado más avanzado, por la licuefacción del protoplasma, que ponía en libertad a las granulaciones. Algunas de estas granulaciones se hallaron esparcidas en los frotos de la sangre coloridos que se estudiaron. Linfocitos: estos elementos que conforme a la enumeración se hallaron en una proporción de 9%, presentaron caracteres especiales dignos de anotarse. Ante todo, los que les corresponden están muy acentuados, y notablemente se hacen interesantes por contener gran número de granulaciones eosinófilas y de pigmento, el que sin coloración artificial, presenta un tinte amarillo intenso. El volumen de estas células, bastante grande, era predominante entre sus congéneres, habiendo algunas con estados de alteración senil (Pappenheim), revelado por la fragmentación notable del filamento nuclear; intensa reacción azurófila y zonas protoplásmicas claras, que en las coloraciones aparecen como si en tales sitios no hubiese afinidad tintórea. Algún otro presenta las alteraciones mencionadas anteriormente al hablar de los grandes linfocitos.

«Los datos señalados en el examen morfológico de la sangre, revelan una leucocitosis moderada, con ligera linfocitosis; pero lo que llama la atención, en primer lugar, es el número algo elevado de los linfocitos, que revela la existencia de un estado de defensa activa en el organismo del paciente. Estos elementos, macrofágicos por excelencia, contienen pigmento análogo al encontrado en los cortes de piel y dentro de las células de la capa mucosa, pudiendo creerse que parte de la actividad de dichos leucocitos se dirige a fagocitar las granulaciones pigmentarias que la alteración de la hemoglobina deposita en el tegumento. Es de notar, igualmente, el número no elevado, pero sí anormal, de los eosinófilos, los que según la cuenta mencionada, se hallan en una proporción como de nueve a diez por ciento, cifra que reunida con las alteraciones en ellos encontradas y descritas, viene en apoyo del estado de defensa que revela el examen de la sangre. Llama la atención que a pesar de las alteraciones de la piel y lo generalizado de ella, la cifra de eosinófilos no se hubiera elevado más, como generalmente se observa en la dermatosis. Tal hecho, bien podría aquilatarse teniendo presentes la naturaleza y el origen del estado patológico del enfermo».

El mismo Sr. Dr. Ulrich se sirvió hacer el examen de un fragmento de piel del antebrazo izquierdo del enfermo, y obtuvo los resultados siguientes:

«En los cortes transversales pueden notarse como lesiones fundamentales, las siguientes: llama la atención, primero, que el estrato córneo sea notablemente más grueso que en estado normal, notándose este aumento de espesor tanto en el estrato córneo propiamente dicho, como en el lúcido. Entre las hileras celulares de la capa córnea, profundamente, hay en algunos puntos, conglomerados granulosos.—En el cuerpo mucoso, notablemente delgado, con sus elementos atrofiados, carácter que está bien acentuado en todos los campos examinados, nótese como alteración muy significativa, la sobrecarga pigmentaria de las células cilíndricas, que pueden verse en las preparaciones, repletas de pigmento de color ocre. Grupos de pigmento, con

iguales caracteres, pueden hallarse diseminados en la capa papilar y al alrededor de las canalitas excretoras glandulares. Las glándulas sudoríparas se hallan igualmente atrofiadas y en algunos sitios faltan casi por completo, estando substituídas por elementos conjuntivos densos, infiltrados por leucocitos.—En las preparaciones coloridas por el Giemsa, halláronse numerosos *plasmazelen* en el corion, sobre todo, cerca de la capa mucosa y entre sus elementos celulares.—Las lesiones mencionadas, son las que se han descrito en los casos de *xeroderma pigmentosum*. Faltan solamente las zonas de verrugas papilares que se mencionan en períodos avanzados de la lesión».



Los caracteres de este caso concuerdan en todo con la primitiva descripción que de la enfermedad hizo Kaposi, siguiendo hasta hoy clásico aquel cuadro morbozo trazado por tan eminente clínico. Sin embargo, la distribución de la dermatosis en el niño actual, no se limita a las regiones señaladas por el maestro de Viena, sino que la erupción es *universal*, pues casi no respeta ninguna zona del cuerpo. La falta de telangiectasis no puede considerarse como una discrepancia en el presente caso, dado que sólo se observan al principio del padecimiento, constituyendo su primer período.

Hay contraste con el hecho referido por Nicolas y Fabre (1), en el que el paciente fué claramente aliviado por un sarampión intercurrente que produjo la caída de los epitelomas y la desaparición de algunas de las producciones verrugosas circunscritas. En el caso que ahora se relata, parece, al contrario, haber sido el sarampión el punto de partida del xeroderma.

Aunque la naturaleza íntima del mal sea todavía un misterio, no cabe duda de que el proceso patológico tiene muchos puntos de contacto con la atrofia senil de la piel, debiendo considerarse la xeroderma pigmentaria como una senilidad precoz, según la concepción de Kaposi, Arnozan y Lesser. Los individuos portadores de la forma típica de tan extraña dolencia, son niños con piel de ancianos octogenarios.

(1). *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. 4e. série. Tome VII. 1906. Pág. 548.

La acción de la luz, en particular la de sus rayos químicos, se reconoce unánimemente como factor etiológico importante, y para dilucidar esta influencia sobre el origen de las lesiones de la piel en la enfermedad de Kaposi, Löw hizo irradiaciones de luz Finsen en la piel de un niño de tres años y medio de edad, enfermo del mal. La piel se mostró muy sensible a la acción de la luz y se produjeron pigmentaciones, pero no lesiones degenerativas. Esto justifica la hipótesis de que la enfermedad resulta de una ausencia congénita de fuerza de resistencia para la acción de los rayos. De acuerdo con tal suposición, Leredde aconseja engrasar la piel de los enfermos para detener dichos rayos, añadiendo a las grasas empleadas, sulfato de quinina, que es agente muy poderoso para impedir el paso de los efluvios actínicos del espectro. (1)

De paso y a propósito de tratamiento en una enfermedad que lo tiene tan exiguo, recordaré que Glax recomienda las inhalaciones de alcohol amílico, repetidas seis veces al día, con objeto de provocar la dilatación de las arteriolas para activar la circulación e impedir la atrofia cutánea. (2).

Algunos autores, como Gaucher, (3) opinan que esta dermatosis respeta las mucosas, lo que no siempre es exacto, pues en el sujeto de que se trata la mucosa de la extremidad lingual participa de las máculas, con caracteres semejantes a las de la piel. Además las lesiones óculopalpebrales, tan constantes en el padecimiento, provienen de las lesiones conjuntivales, sobre todo tratándose de la córnea, cuyas dependencias nutritivas son tan estrechas para con la mucosa que la rodea.

Las formas tardías de la xerodermia pigmentaria dejan muchas dudas con respecto a su identidad completa con la verdadera enfermedad de Kaposi, de tipo familiar congénito tan bien averiguado; porque sin negar que algunas lesiones cutáneas del mismo carácter, como los nevi, puedan aparecer muchos años después del nacimiento, pasando cierto límite, ya no entrarían en los dominios de las afecciones congénitas de la piel. Esto ha sucedido con algunos de los presentes casos tardíos de xerodermia, y otros ni siquiera pueden considerarse remotamente como tales, tanto así se alejan del tipo clásico de la dolencia. Esto pasa con el llamado *carcinoma de la piel de los marinos*, descrito por Unna y malamente clasificado como de origen xerodérmico, cuando en rigor debería considerarse como una forma grave de efélides. Otro caso tardío, descrito por Balzer y Gaucher, en una mujer de 29 años, también es muy dudoso. En cambio, sí son muy aceptables las formas atenuadas, larvadas y completas de la enfermedad de Kaposi, porque en ella, como en todas las demás, hay grados en la intensidad de los síntomas y la magnitud de las lesiones. Sin embargo, el caso citado por Audry como de *xeroderma pigmentosum*, sin pigmentaciones, es muy discutible. (4).

Todo lo que precede confirma plenamente el gran interés de observación

(1) *Thérapeutique des Maladies de la Peau par le DR. LEREDDE*. París. 1914. Pág. 277.

(2) *Traité Pratique des Maladies de la Peau par L. DUHRING. Traduit et annoté par T. BARTHELEMY et A. COLSON*. París. 1883. Pág. 520.

(3) E. GAUCHER. *Traité des Malades de la Peau*. 1898. Tome Second. Pág. 52.

(4) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Tome VIII*. 1907. Pág. 204.

tan rara que era preciso no dejar perdida para la ciencia, la que por primera vez consignará en sus anales mexicanos un caso de *xeroderma pigmentosum*.

México, diciembre 2 de 1914.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Algo acerca del tratamiento de las hepatitis supuradas.

El objeto principal que me propongo al hacer esta breve lectura es dar motivo para que aquellos de ustedes que se dedican a la Cirugía, expongan los detalles con que cada uno opera los abscesos hepáticos, lo cual, además de ilustrarnos, dará por resultado que así como nuestros honorables predecesores consignaron en sus escritos su modo de obrar en esa materia, imitándolos nosotros, las generaciones que nos sigan puedan saber lo que hicimos y nuestra práctica les sirva de escalón para nuevos adelantos.

Como base para el fin indicado, voy a describir sucintamente la manera cómo tratamos en el Hospital "Béistegui" los abscesos del hígado, salvo alvo algunas pequeñas diferencias entre los diversos operadores.

En enfermos que no son nerviosos, y en los que se ha podido fijar con más o menos certidumbre el sitio del foco purulento, hacemos la punción y aspiración del pus usando de un anéstesico local; pero generalmente preferimos hacer dormir al enfermo para que si la supuración no sale inmediatamente en el punto elegido, puedan repetirse las punciones en diversos lugares.

Estas exploraciones las hacemos con una aguja larga y capilar y una jeringuita aspiradora, pues por una parte son así menos ofensivas y por la otra basta extraer unas cuantas gotas de pus para estar seguros de la presencia de éste.

Entonces, si no hay urgencia para obrar de otro modo, se vacía el foco con el aspirador de Potain, y si hay alivio se espera unos días recurriendo mientras a la medicación interna, pues muchas veces sucede, como lo habían observado nuestros maestros, que con sólo una o varias punciones los enfermos curan; pero si se observa que no hay alivio, que la calentura persiste o aumenta, que las digestiones siguen haciéndose mal y que las fuerzas se agotan, se opera sin más vacilación.

Ya en la mesa de operaciones y anestesiado el paciente, volvemos a cerciorarnos del lugar que ocupa el foco por medio de la aspiración capilar, porque a veces varía, y conocido éste, se hace una incisión como de ocho centímetros sobre la costilla inmediata al punto en que se hizo la punción; se reseca una porción de este hueso de seis o siete centímetros de largo, cuidando de no abrir la pleura; y se unen las dos hojas de esta serosa, fijando al mismo tiempo el hígado a los bordes de la herida, por medio de una sutura en *surjeté* o entrecortada con puntos aproximados, la que ejecutamos con agujas grandes y muy curvas y catgut grueso.