

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LIX

MEXICO, OCTUBRE DE 1928

Núm. 10

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS BLASTOMICOSIS

Con Motivo de un Caso Clínico

POR EL DR. RICARDO E. CICERO

EN la reunión de la Asociación Dermatológica Americana en 1894, GILCHRIST, dió a conocer una entidad morbosa nueva a la que dió el nombre de DERMATITIS BLASTOMICOSICA. Tratose de un caso que había sido diagnosticado por el gran dermatólogo DUHRING como «escrofuloderma»; pero en el que practicando cortes encontró Gilchrist por el examen microscópico que existían en medio de los tejidos, microorganismos que se reproducían por medio de yemas, es decir, levaduras, a las que atribuyó el papel causal, dándole el nombre expresado por los caracteres del parásito, derivándolo del griego: «blastee», yema y «mukees», hongo.

En el mismo año BUSSE publicaba en la «Monashefte für praktikal Dermatologische» un caso de piohemia con abscesos múltiples, terminado por la muerte y en el que encontró que el agente causal había sido una levadura. BUSCHKE, estudiando el mismo caso aprovechó la ocasión para dar una clasificación de las levaduras patógenas.

Posteriormente fuéronse publicando nuevos casos por diversos observadores, muy principalmente en los Estados Unidos, sobre todo en Chica-

go, donde ha sido perfectamente estudiada por el propio GILCHRIST y por HYDE y MONTGOMERY; en Alemania y Austria, donde hay que citar en lugar prominente los nombres de BUSCHKE y de OPPENHEIM; en Italia, en España, en Inglaterra y por último en varias naciones Sud-Americanas en donde reviste una forma especial que ha sido muy bien estudiada por ESCOMEL. En Francia se han presentado muy pocos casos.

Hay diferencias bastante notables entre los casos publicados por los autores norte-americanos y los de los europeos y sud-americanos, no teniendo de común en general sino el encontrarse en sus lesiones abundantes levaduras tanto en los exudados como en el interior de los tejidos, de tal suerte que su papel etiológico resulta evidente, debiéndose distinguir dichos casos de aquellos en que en lesiones ulcerosas de muy diversas naturalezas se han encontrado levaduras accidentalmente y en muy corta cantidad. Además, cuando se entra al terreno micológico para tratar de determinar la especie botánica a que corresponden las levaduras de los casos de blastomycosis se encuentran grandes discrepancias; pero en medio de ellas hay un acuerdo consistente en que difieren entre sí las productoras de los casos del tipo norte-americano de las del tipo europeo y del sud-americano.

DESCRIPCION SINTOMATICA.—Hay que distinguir ante todo el tipo de blastomycosis descrito por GILCHRIST que es un cuadro clínico bien definido con caracteres dermatológicos bien precisos y el tipo BUSCHKE en el cual solamente por medio del laboratorio puede llegarse al diagnóstico. El primer tipo es casi siempre simplemente de orden dermatológico; el padecimiento es casi siempre local y rara vez se generaliza, mientras que en el tipo BUSCHKE el principio puede ser en la piel; pero también en otros órganos especialmente los pulmones y muy comunmente se generaliza y aun llega a ser mortal. El tipo ESCOMEL tiene la particularidad de ser cutáneo-mucoso y es eminentemente crónico y destructivo.

Me voy a referir en primer lugar y preferentemente al tipo GILCHRIST tanto por ser el mejor conocido cuanto porque el caso que he observado y que motiva mi comunicación a esta respetable Asamblea corresponde a dicho tipo.

Están contestes los autores que lo han estudiado en que comienza en forma de una *cápsula rojiza que va creciendo lentamente cubriéndose de una costra y adquiere un aspecto verrugoso*. Este desarrollo se efectúa sin dolor de ningún género ni reacción general, de suerte que los enfermos casi nunca acuden al médico sino cuando la afección ha adquirido cuando menos un diámetro como de 2 centímetros y los empieza a preocupar solamente por su persistencia. Su sitio más habitual es en las partes descubiertas, principalmente en la cara, el dorso de las manos o las piernas; pero

puede presentarse en cualquier parte del cuerpo. Llegada la lesión a su pleno desarrollo es habitualmente múltiple, constituida por vastas placas salientes, verrugosas, cubiertas de costras delgadas, bastante adherentes que si se arrancan hacen que la superficie sangre con facilidad. Los bordes de las placas son violados, abruptos, bien marcados en talud acentuado hacia la parte de afuera y menos pendientes hacia adentro en donde se encuentran con abundancia pequeñas aberturas circulares, algunas perceptibles solamente por medio de la lente de aumento conocida actualmente por el galicismo «lupa», y por las que por expresión se hace salir pus o un líquido mucilaginoso. Corresponden estas aberturas puntiformes a otros tantos abscesitos miliares que no sólo se encuentran en los bordes, donde sin duda son mucho más abundantes, sino también en gran cantidad en el centro de las placas. Dicho centro por lo demás se presenta deprimido; pero de modo irregular, verrugoso, con excrescencias papilomatosas, frecuentemente ulcerado y a trechos cicatrizado. Las porciones cicatrizadas son lisas, rosadas o blanquecinas, un tanto cuanto atróficas. Cada placa, después de persistir por tiempo poco más o menos largo, meses o años, puede sufrir un proceso regresivo y cicatrizar espontáneamente, quedando las cicatrices lisas, bien limitadas, ligeramente deprimidas sin diferencia muy notable en su coloración con la piel sana circunvecina. En lugares ya cicatrizados se ha visto sin embargo renacer la enfermedad.

Los ganglios linfáticos no son afectados salvo infecciones secundarias, las cuales muy raras veces se presentan.

El estado general habitualmente es bueno; sin embargo se ha señalado a ocasiones un enflaquecimiento marcado.

El curso del padecimiento es habitualmente continuo y crónico, con las tendencias cicatriciales mencionadas; pero siendo habitual que vayan apareciendo nuevas lesiones en la proximidad de las primitivas o en otras partes del cuerpo.

HYDE afirma que en muchos casos la autoinfección ha sido evidente.

Nunca se ha observado el padecimiento en las mucosas y no obstante haberse notado la predilección por los párpados inferiores, llegando a producir ectropión, nunca se le ha visto sin embargo interesar la conjuntiva.

Excepcionalmente se han visto algunos casos de infección generalizada en los cuales los ganglios linfáticos han sido interesados y el desenlace ha sido fatal.

El carácter esencial de la enfermedad es la comprobación en el exudado de blastomicetos abundantes, los cuales también se hallan en las biopsias, se cultivan fácilmente y son inoculables con éxito a los animales de laboratorio.

El aspecto de la dermatitis blastomicósica, como la llamó GILCHRIST,

es en suma bastante semejante al de la tuberculosis verrugosa en la mayoría de los casos. En algunos en que las placas han llegado a ser tan extensas que han ocupado todo el centro de la cara o gran parte de un miembro, ostentando lugares activos y en su centro varios cicatriciales, se parece al lupus tuberculoso o a sífilides terciarias lupiformes.

Los caracteres clínicos del tipo BUSCHKE son mucho menos definidos; es difícil que por sí solos permitan diagnosticar el padecimiento, el auxilio del laboratorio es completamente indispensable para ello. No afecta primitivamente a la piel, sino de preferencia al tejido celular subcutáneo, al huesoso y al estroma conjuntivo de las vísceras. Se manifiesta en forma de abscesos múltiples diseminados, que cuando se abren dan lugar a ulceraciones de bordes netos, ligeramente despegados, con fondo granuloso y exudado purulento espeso y viscoso en el que se encuentran en gran abundancia los parásitos. Principia a veces en forma de nódulos acneiformes diseminados. Casi siempre se encuentran también abscesos subperiósticos o verdaderas osteoperiostitis, bien en las tibias, en el maxilar inferior o en cualquier otro hueso. En una forma especial que se ha designado con el nombre de tipo CURTIS, por ser quien primero la observó y descubrió, tienen las lesiones el aspecto de tumores mixomatosos o sarcomatosos; pero se les ha visto acompañadas de abscesos en otras partes del cuerpo. En general el absceso blastomicótico se desarrolla sin gran reacción local, al modo de los abscesos fríos de la tuberculosis. En cambio el estado general casi siempre sufre intensamente siendo muy notable el enflaquecimiento. La terminación fatal no es rara; pero una intervención terapéutica oportuna con el yoduro de potasio en dosis altas ha vencido a menudo a la enfermedad.

El tipo descrito por ESCOMEL en Perú y Bolivia, y por SPLENDORE en el Brasil, difiere completamente de los anteriores. Principia según ESCOMEL por una lesión cutánea que él llama «chancro blastomicótico». Dicha lesión se localiza en partes de la piel semi-descubiertas, por ejemplo en el cuello o en el brazo al nivel del borde de la camisa, lesión que por algunos conceptos se asemeja al tipo GILCHRIST, principalmente por su tendencia cicatricial y a la que suceden otras de carácter muy diferente, pues que no son cutáneas sino mucosas; interesan muy especialmente la nariz, la boca, la faringe y aun pueden extenderse a la laringe, al esófago y a la tráquea. Son eminentemente destructivas, aunque de curso sumamente lento, por años e indolentes. En su pleno desarrollo son ulceraciones profundas que han destruido el tabique nasal, el labio superior, las alas de la nariz y en el paladar tienen un aspecto muy especial, formando una vasta placa saliente cruzada por numerosos surcos que limitan porciones cuadrangulares y habiendo constantemente dos surcos más profundos que se

cruzan perpendicularmente formando lo que ESCOMEL ha llamado la «CRUZ BLASTOMICOSICA» o CRUZ DE LA ESPUNDIA, del nombre vulgar de la enfermedad en Perú y Bolivia. Al principio describió ESCOMEL esa cruz como signo patognomónico de su blastomicosis; pero después él mismo ha manifestado que puede encontrarse también en las Leishmaniosis, a las que tan fructuosos estudios ha consagrado.

El padecimiento evoluciona muy lenta e indolentemente, sin reacción general; pero caquetizando poco a poco e inexorablemente a sus víctimas. En la secreción fétida de sus ulceraciones se encuentran abundantes blastomicetos de un tipo particular.

ANATOMIA PATOLOGICA Y PARASITOLOGIA. — Varía en los tres tipos.

En el tipo GILCHRIST hay lesiones epidérmicas y dérmicas. La epidermis prolifera muy activamente cubriendo en gran abundancia las papilas hipertrofiadas y alargándose los tapones del cuerpo mucoso interpapilares, penetran profundamente en la dermis en direcciones variadas hasta el extremo de simular la estructura de los epitelomas; en su interior se encuentran abscesitos epidérmicos numerosos en los que se hallan leucocitos polinucleares, celdillas epitelioides y células gigantes y además los parásitos ya libres, ya incluso en las células gigantes. En la dermis la reacción es más intensa siendo principalmente edematosa y con proliferación activa de todas las células que entran en su constitución, tanto las fijas, plasmazellen y mastzellen, como las migradoras, predominando entre estas los polinucleares y los eosinófilos y habiendo también abscesitos miliares con sus células epitelioides y gigantes con numerosos parásitos.

Las lesiones viscerales se encuentran principalmente en los pulmones; pero también se les suele ver en el hígado, el bazo, los riñones, las suprarrenales, etc. Consisten en pseudotubérculos y abscesitos miliares en los que los parásitos son mucho más abundantes que en la piel. También se han presentado abscesos subperiósticos y huesosos igualmente parasitados.

Las lesiones anatómicas del tipo BUSCHKE difieren esencialmente de las del norte-americano en que la epidermis no sufre alteración. En la forma en tumores están constituidos estos exclusivamente por una proliferación colosal de parásitos como aconteció en el caso de CURTIS y en el de BLANCHARD, SCHWARTZ y BINOT. En la forma en abscesos la reacción del tejido conjuntivo es lo más importante, siendo muy activa la producción de células gigantes, con los blastomicetos en su interior y gran número de estos libres entre muchos polinucleares y aumento de los eosinófilos.

En el tipo ESCOMEL las células conjuntivas en su reacción provocada

por los parásitos se acumulan en grupos especiales a los que el autor ha dado el nombre de blastomicomas y que para él son característicos.

Los parásitos que producen las blastomicosis son del reino vegetal y tienen caracteres comunes para las tres formas; pero cuando se trata de diferenciarlos y clasificarlos se encuentra gran confusión en los autores.

Por esta razón me limitaré aquí a consignar los caracteres generales de los blastomicetos, consignando simplemente que los de las norte-americanas han sido clasificadas en los géneros «*OIDIUM*» o «*CRYPTOCOCUS*», las europeas en el «*SACCHAROMICES*», la sud-americana en el «*ZYMOMENA*»; pero también en otros diversos géneros cada una de ellas por diferentes observadores.

Sea lo que fuere; los caracteres comunes son los siguientes:

Se les encuentra en el exudado que escurre y en el que se saca por expresión de los abscesitos de la dermatitis blastomicética; son abundantes en los abscesos y constituyen casi por sí solos, como ya dije, los tumores blastomicéticos. También se les encuentra en las biopsias o en los cortes de tejidos de las autopsias en gran abundancia en los abscesitos miliares, libres entre los tejidos y también dentro de las células gigantes.

Son de forma esférica, de dimensiones variables desde 7 micras hasta 30 micras con su membrana de envoltura bien aparente y protoplasma granuloso frecuentemente vacuolado; carecen de núcleos y muchos ostentan en algún punto de su superficie la yema por medio de la cual se reproducen; habitualmente están apareados y nunca se les ha visto con micelio en los tejidos vivos ni en los exudados. Aparecen con mucha claridad tratados por la potasa cáustica en solución concentrada y se tiñen muy fácilmente con cualquier colorante, de preferencia con el azul de metileno.

Fácilmente se cultivan en cualquier medio; pero principalmente en los medios azucarados, de preferencia en el medio de Sabouraud. HYDE recomienda para obtener los cultivos más puros tomar el material de los abscesitos profundos del borde de las placas cutáneas; pues el que se toma de los abscesos muy frecuentemente resulta contaminado con microbios piógenos u otras bacterias.

El parásito es aerobio, muere a 54° y no fermenta la leche ni licúa la gelatina. En los cultivos aparecen los micelios.

Es patógeno para los animales de laboratorio, muy particularmente para el ratón blanco y el cuy. En la mayor parte de los casos publicados en que se han hecho inoculaciones se señala constantemente el resultado positivo en estos animales o en los conejos u otros animales de laboratorio.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.—Poco se sabe de positivo acerca de cómo la levadura o sea el blastomyces penetra en la piel o a otra parte del organismo, según los casos, para desarrollar el mal. Levaduras variadas

han sido encontradas aun en la piel de individuos sanos y en diversos procesos ulcerosos también se las ha encontrado sin que desempeñen papel causal. Solamente su constancia y abundancia en las lesiones blastomicósicas, así como también la inoculación a los animales y la autoinoculación bien comprobada en varios casos, permiten asegurar firmemente su papel etiológico en ellas. Se presenta la enfermedad de preferencia en el hombre adulto y como además, por lo menos la dermatitis blastomicósica, se sitúa más comunmente en las partes descubiertas, y como también es en labradores, obreros, carpinteros, etc., en quienes más casos se han visto, es natural suponer que traumatismos diversos y con especialidad los pequeños producidos por espinas, astillas u otros objetos semejantes sean los que abran la puerta a la infección con las levaduras o lieven consigo estas inoculaciones. También es de presumirse que puedan los insectos ser vectores de ellas y ESCOMEL opina que en la forma descrita por él debe el insecto que la transmite carecer de alas o tenerlas solamente rudimentarias: pues si fuera por ejemplo un mosquito, el chancro blastomicósico aparecería en partes frecuentemente descubiertas y no en las semidescubiertas, cree posible que sea un ácaro especial que se ha encontrado en la circunscripción geográfica de la blastomicosis sud-americana.

DIAGNOSTICO.—Tenemos que considerarlo separadamente en los tres tipos de la enfermedad.

En el tipo GILCHRIST es posible hacerlo clínicamente. En efecto, las placas salientes, verrugosas, con sus bordes violados abruptos por su lado exterior y en pendiente mas suave por el interior, con el gran número de orificios de los abscesitos miliares más abundantes en dichos bordes que en el centro de la lesión, la ulceración y cicatrización en el centro, la extensión periférica, la cronicidad, la ausencia de síntomas subjetivos, el no afectarse por lo común ni los ganglios ni el estado general, no obstante la importancia local de aspecto de las lesiones y ser a menudo bastante numerosas y a ocasiones muy extensas, pues se les ha visto ocupar toda la cara o buena parte de un miembro, su tendencia espontánea a la curación, son caracteres bastantes para definirla. Si en el pus o exudado mucilaginoso se hace un examen microscópico extemporáneo, tratándolo por la potasa cáustica al 70% aparecen claramente las levaduras causales. Los cultivos y la inoculación a los ratones blancos y la biopsia son auxiliares valiosos para completar el diagnóstico.

La única enfermedad que tiene gran parecido es la *«tuberculosis verrugosa»*; ésta casi nunca es múltiple, solamente se la ha observado en las manos, los antebrazos y los pies; nunca se la ha visto adquirir la enorme extensión que a veces tiene la dermatitis blastomicética. *Nunca se le ha visto curar espontáneamente* y es éste un signo diferencial muy valioso. El

examen microscópico decide el diagnóstico en los casos dudosos. Es para GILCHRIST de tanta importancia por tal concepto que según él no deberá afirmarse el diagnóstico de tuberculosis verrugosa sino cuando haya sido debidamente comprobada la ausencia de los blastomicetos.

Los «*epiteliomas vegetantes*» son generalmente únicos, más circunscritos, más papilomatosos; forman verdaderos tumores y a veces hasta se pediculizan; son más destructores, invaden con facilidad los ganglios y se generalizan a la postre en todo el organismo, lo que para la blastomicosis es raro. Además su secreción es fétida.

Las «*sifilides vegetantes*» ocupan de preferencia los orificios naturales, los pliegues o el cuero cabelludo y otras regiones pelosas; supuran muy abundantemente y son muy fétidas; se cubren fácilmente de costras gruesas. Los antecedentes, lesiones concomitantes, estigmas sifilíticos, reacción de Wassermann, presencia de espiroquetos en el exudado y ausencia de blastomicetos, finalmente la eficacia del tratamiento específico (no el yodurado que puede ser igualmente útil en ambos casos) ayudan a precisar el diagnóstico.

El bromuro de potasio y el yoduro del mismo metal producen a ocasiones «*erupciones bromopotásicas o yodopotásicas*» bastante semejantes a la dermatitis blastomicósica; pero son más inflamatorias, no presentan los abscesitos miliares y además hay el antecedente de la ingestión de esos medicamentos.

En el «*pian*», enfermedad exclusiva de regiones tropicales, hay previamente dolores reumatoideos; la erupción principia por descamación furfurácea, se observa a veces el chancro piánico, que por lo demás es idéntico a las lesiones de la enfermedad plenamente constituida en la que las lesiones son numerosas, monomorfas, de aspecto de frambuesa (de donde el nombre de framboesia con que también ha sido descrita la enfermedad), parecidas a sifilides vegetantes. Es sumamente contagiosa, debido a una espiroqueta especial (la *Spirochaeta pertenuis* o *pallidula* de Castellani); se cura perfectamente con el neosalvarsán y no deja cicatrices.

La «*mycosis fungoide*» es precedida habitualmente durante años por erupciones premicósicas, los tumores tienen un aspecto especial, rojo, abullonado que ha hecho que se les compare con jitomates, coinciden a menudo con lesiones eczematiformes o liquenoides del tipo de las erupciones premicósicas y que lo mismo que estas son muy pruriginosas. En suma, hay pocos motivos de confusión con la blastomicosis.

El diagnóstico clínico del tipo BUSCHKE es mucho más difícil; los abscesos múltiples por sí solos y la infección general le son comunes con los abscesos fríos de la tuberculosis principalmente, y el diagnóstico también es difícil con las esporotricosis y otras enfermedades exóticas. En

general solamente el microscopio denotando la existencia de sacaromicetos, los cultivos y las inoculaciones, permiten hacer el diagnóstico exacto. No es por otra parte excepcional la coincidencia del bacilo de Koch constituyéndose infecciones mixtas.

Por lo que hace al diagnóstico del tipo ESCOMEL, voy a resumir lo que el eminente sabio peruano, nuestro ilustre consocio, uno de los representantes más conspicuos de la cultura médica latino-americana, dice en su muy bien documentado y original opúsculo sobre LAS LEISHMANIOSIS Y BLASTOMICOSIS EN AMERICA, asuntos en los que es sin duda la autoridad suprema por el empeño y atingencia con que los ha dado a conocer después de pacientes y concienzudos estudios.

Son datos fehacientes para el diagnóstico la procedencia del enfermo de la zona tropical Perú-boliviano-brasileña; su principio por una lesión cutánea (chancro blastomicósico), situado de preferencia en las regiones semidescubiertas donde termina la ropa y que puede estar o no en actividad cuando las lesiones secundarias y terciarias se han desarrollado. Sitio de éstas principalmente en las mucosas de la boca y las narices, constituidas por ulceraciones, lenta pero seguramente destructoras y vegetantes, cruzadas por surcos profundos entre los que hay dos muy notables que se cruzan perpendicularmente y constituyen la «cruz palatina blastomicósica», afección que puede extenderse hasta la laringe y la tráquea, de curso eminentemente crónico, por años enteros y a la larga caquectizante y hasta la fecha absolutamente rebelde a todos los tratamientos.

Por lo que toca al diagnóstico diferencial, da los siguientes datos:

En el «*pión*» los botones son múltiples, aframbuesados, exuberantes y contienen el «*Treponema pertenuis*». Cede fácilmente al yoduro de potasio, a los mercuriales y a los arsenobenzenos.

De la «Lepra» y del «Lupus» se diferencia fácilmente por medio del examen microscópico que muestra en la blastomycosis la presencia de blastomicetos y de células especiales llamadas por el autor «células blastomicéticas».

De la «*Úlcera fagedénica de los países cálidos*» porque a la úlcera blastomicética no puede corresponder propiamente el nombre de «fagedénica» que aplica la idea de acción rápida y profundamente destructora.

De las «*Úlceras vulgares uncinariásicas y de otras ulceraciones vulgares*» por la ausencia de blastomicetos y rápida curación por los métodos antisépticos.

De la «Sífilis» por los antecedentes, su histología propia, la presencia de los Treponemas y no de blastomicetos, la reacción de Wassermann positiva y la eficacia del tratamiento específico.

Con las «Leishmaniosis» es el diagnóstico más importante porque por

mucho tiempo fueron confundidos ambos padecimientos y es indudable para el autor que muchos de los casos publicados como «buba brasilera» corresponden mucho mejor a la blastomicosis que a la leishmaniosis. Por otra parte, señala que ambas afecciones pueden coexistir en un mismo individuo.

Las lesiones de la «Leishmaniosis» pueden ser exclusivamente cutáneas, mucosas o mixtas. La «blastomicosis» principia por una lesión cutánea; pero más adelante las lesiones son esencialmente de las mucosas.

La evolución de las L. es mucho más corta que la de la B., que es desesperantemente crónica. La invasión de las mucosas se efectúa de preferencia en la L. por continuidad, en la B. por contigüidad. La «cruz palatina» es rara en la L.; es casi de regla en la B. El agente causal de la L. es un protozoo: la Leishmania; el de la B. es de orden vegetal, un blastomiceto. La anatomía patológica de la L. no tiene nada de especial; la de la B. se caracteriza por la presencia de los «blastomicomas»; con sus células especiales agrupadas en 3 zonas características. La L. se cura por los arsenobenzoles y mucho mejor por el tártaro estibiado; la B. es hasta hoy incurable, nunca obedece a los arsenobenzoles y el tártaro estibiado sólo en raras ocasiones determina mejorías muy lentas.

El diagnóstico con las otras «blastomicosis» es fácil. En nada se parece clínicamente a la de BUSCHKE y la de GILCHRIST: en su forma de dermatitis blastomicósica es exclusivamente cutánea y en la generalizada es muy diferente en su curso y gravedad; en ninguna de ambas formas hay las lesiones mucosas bucales y nasales de la de ESCOMEL.

En cuanto a la «Zymonmatosis» de Lutz y de Splendore es seguro para ESCOMEL que se trata de su misma Blastomicosis.

PRONOSTICO.—Para la «dermatitis blastomicósica» el pronóstico no es grave; pues aunque puede durar muchos años, la ausencia de síntomas subjetivos y de fenómenos generales, su tendencia espontánea a la curación a ocasiones completa, mas quedando en otras muchas vestigios que pueden ser origen de recrudescencia del mal; su fácil curabilidad por el yoduro de potasio, muy frecuentemente son elementos favorables. Sin embargo cuando llegan a presentarse signos de generalización con invasión visceral el pronóstico puede ser fatal.

De muy grave hay que calificar el pronóstico del tipo BUSCHKE con sus síntomas piohémicos y el enflaquecimiento rápido a menudo mortal. Sin embargo la intervención terapéutica oportuna con el yoduro de potasio vence fácilmente el mal.

La gravedad del tipo ESCOMEL es de distinta naturaleza. Es debida a la larga duración del padecimiento, al aspecto repugnante que da a los enfermos y a la fetidez de las secreciones, convirtiéndolos en parias socia-

les; por último a su resistencia a todos los recursos terapéuticos y su final acción caquectizante.

TRATAMIENTO.—La dermatitis blastomicética con su tendencia espontánea a la curación y su etiología bien definida impone ante todo la destrucción de los blastomicetos por medio de curaciones antisépticas. Pero fácil es concebir que dada la estructura de las placas en que la proliferación celular es tan notable, especialmente la de los elementos epiteliales que se insinúan profundamente en la dermis y dado que la tendencia a la curación no es forsoza, sino antes bien accidental y parcial, es lo común que las curaciones antisépticas no basten. Se ha intervenido quirúrgicamente extirpando las placas o cauterizándolas a fondo con el termocauterio y naturalmente con medios tan radicales se han obtenido éxitos; pero también se ha visto reanudarse el curso de la enfermedad a pesar de estas intervenciones. Mucho mejores resultados se han obtenido con el uso del yoduro de potasio al interior en dosis altas hasta de 6 y 8 gramos diarios. También han sido usados frecuentemente los rayos X.

Para el tipo BUSCHKE el medicamento heróico es también el yoduro de potasio; pero en las dosis altas indicadas; con dosis inferiores a 6 gramos no se obtiene ningún resultado.

Está aún por encontrarse el medicamento o medio terapéutico de otro orden que pueda vencer al tipo ESCOMEL. Parece ser que el tártaro estibiado es la única substancia que hasta ahora ha probado ser un poco útil; lo único que se puede hacer es mitigar los sufrimientos de los enfermos llenando las indicaciones sintomáticas que se presenten. Es probable que si se lograra destruir oportunamente con el fuego el chancro blastomicósico se detendría el desarrollo del mal; pero es excepcional, dice ESCOMEL, que los enfermos dada su incuria e ignorancia, consulten en ese período, sino que cuando llegan a ser observados por el médico es cuando la enfermedad ha hecho grandes estragos. Por lo demás los indígenas a quienes ataca, convencidos en su apatía de la ineficacia de la terapéutica prefieren en general no curarse, abstenerse de todo trabajo y llevar una vida ociosa y miserable.

OBSERVACION CLINICA.

El niño A. . . . O. . . ., de 5 años, nativo de esta Capital, hijo de S. . . . O. . . . de Guanajuato, de C. . . . R. . . . de O. . . ., española, me fué traído por sus padres a mi consultorio el día 26 de enero del presente año.

Es el tercer hijo del matrimonio, siendo la mayor una niña de 13 años que siempre ha sido sana, uno de 11 también sano en general aunque de una nerviosidad excesiva y habiendo habido un aborto antes del actual, sin causa aparente; pero habiendo llegado a feliz término el alumbramien-

to del niño A . . . sin que el padre ni la madre hubieren sido medicinados en ninguna forma para lograr ese fin. Por lo demás tanto el padre como la madre son fuertes, robustos, bien constituidos, sin antecedentes ni estigmas de sífilis, ni de tuberculosis. La madre es de temperamento nervioso muy acentuado. Ella ha amamantado a todos sus hijos.

El niño A . . . fué sano hasta la época del destete. Por esa época padeció en dos ocasiones de infecciones febriles generales de origen intestinal. A fines de 1924 comenzó a tener lipotimias y ataques convulsivos cada dos o tres días, principalmente por las noches, habiendo llegado a tener hasta 20 ataques en un día. Ha sido tratado por su médico de cabecera con medicación antisifilitica y antiepiléptica, principalmente con grageas de Gelineau e inyecciones de sulfarsenol. Desde el 14 de enero de 1926 no ha vuelto a tener más ataques; pero no ha dejado de ser medicamentado por los mismos remedios en todo este tiempo.

En el mes de mayo del año próximo pasado tuvo un padecimiento cutáneo semejante a un divieso en la región mastoidea derecha, acompañado de infarto gálgliolar; pero que cedió rápidamente con una medicación anodina, dejando sin embargo una cicatriz superficial. Poco después tuvo sarampión, después del cual apareció el padecimiento cutáneo actual.

El niño es delgado; pero bien constituido, con magnífica dentadura, sin trastornos oculares ni auditivos, ni deformidades craneanas ni en los miembros. Su fuerza muscular es considerable para su edad y es muy travieso; pesa 15 kilogramos. Su padecimiento cutáneo ha persistido y aumentado desde que comenzó, con algunas remisiones espontáneas incompletas; pero sin que hayan sido influenciadas por el tratamiento antisifilitico. El padecimiento no es pruriginoso, ni doloroso, y cuando alguna vez por sus travesuras ha sufrido un traumatismo en una de sus lesiones no sólo no se puso por ello dolorosa, sino que con gran sorpresa de la madre mejoró mucho despues de esa contusión la lesión que la sufrió.

La dermatosis estaba localizada irregularmente en ambas piernas y en la cara. En las piernas eran vastas placas salientes a manera de almenдрados, irregularmente ovales o elipsoides, de unos 3 a 4 centímetros de largo por 2 a 3 de ancho distribuidas en todo el derredor de ambas piernas. Eran papilomatosas y cubiertas de costras delgadas, moreno amarillentas poco adherentes, bajo las cuales había ligeras exulceraciones de donde exudaba una secreción gomoso-purulenta por pequeños orificios más abundantes hacia la parte prominente de los bordes de las lesiones. Dichos bordes salientes como unos 5 milímetros sobre las regiones circunvecinas eran de color violado en su parte exterior la que descendía en fuerte pendiente casi perpendicularmente sobre la piel sana en la que terminaban bruscamente sin aureola inflamatoria; hacia el interior la pendiente era mucho más sua-

ve y rosado el color. En el centro de las lesiones se notaban éstas en buena parte cicatrizadas, siendo las cicatrices lisas y de color ligeramente rosado. En la fotografía que tomé de la pierna derecha y que fué iluminada por el padre de la criatura, que es un hábil artista, se pueden notar con bastante claridad los caracteres de las lesiones. En la cara, hacia atrás de la región malar derecha había una lesión semejante; pero casi completamente cicatrizada y otra en el carrillo derecho, irregularmente arredondadas, la primera de 15 y la segunda de 10 milímetros de diámetro, bien limitadas y con un ligero exudado formado de escamas delgadas, grasosas, poco adherentes.

Ninguna de las lesiones es dolorosa espontáneamente ni por la presión, aunque este dato es difícil de adquirir porque muy pusilánime el niño y más la madre que le acompaña, comienza a dar de gritos y a moverse desordenadamente apenas intenta uno acercársele; pero una vez dominada su emoción y al lavarle y colocarle el apósito no llega a dar señales de dolor. Por su misma pusilanimidad casi no se le había hecho anteriormente ningún tratamiento local, sino alguno que otro remedio casero o pomadas de patente baratas puestas muy imperfectamente y sin aseo previo, de tal manera que lo primero que hubo que hacer fué un buen lavado con enjabonamiento y apósito húmedo antiséptico con solución de clorazena los primeros días y después con cianuro de mercurio, recomendando además el reposo completo en la cama.

El diagnóstico clínico correspondía bastante claramente a la dermatitis blastomycótica de GILCHRIST y el examen microscópico del exudado me reveló la presencia en él de levaduras. Desgraciadamente no pude haber a mano a tiempo un medio de cultivo para hacer siembras y por otra parte lo imposibilitaron la pusilanimidad de la madre y la difícil situación económica y el pundonor del padre que se resistía a acudir a un laboratorio sin poder cubrir el importe de la investigación, por más que le aseguré que había quien hiciera el servicio gratuitamente por humanidad e interés científico. Mas fué en vano, como con frecuencia acontece en la clientela civil y cuando más adelante pude disponer de tubos de cultivo no fué posible ya hacer siembra y una que hice resultó estéril por el motivo que después expondré.

Mi intención una vez hecho el diagnóstico fué imponer el tratamiento yodurado y si éste no fuere suficiente, proceder a tratar por rayos X. No procedí desde luego a instituir el primero, porque la madre de una nerviosidad excesiva se opuso a ello porque su médico le había estado administrando tintura de yodo (pensando tal vez, supongo, en que fuera de naturaleza tuberculosa el padecimiento) y a ella le había parecido que le había hecho mal. Me contenté por lo pronto con recomendar las curaciones anti-

sépticas húmedas cuidadosamente hechas y al reposo, suspendiendo en absoluto el tratamiento antisifilítico y las grageas de Gelineau, para más adelante cuando la madre estuviera más tranquila instituir el tratamiento yodurado. El día 15 de febrero había una mejoría bastante notable, tanto que en vista de ello yo mismo puse el intento de intervenir con la medicación yodurada. El día 2 de marzo con solamente las curaciones húmedas de cianuro de mercurio y medicación tónica general con emulsión de aceite de hígado de bacalao, la mejoría era enorme; las placas ya casi no sobresalían, ya casi no hay costras, solamente la lesión de la parte postero-inferior de la pierna derecha es la que aún presenta claros los caracteres típicos; en las otras hay apenas un puntilleo hemorrágico y salida por expresión de muy pequeña cantidad de serosidad por pequeños orificios que persisten principalmente hacia los bordes. En vista de la gran mejoría aconsejo simplemente como tratamiento local los lavados antisépticos y vaselina boricada. A fines del mismo mes de marzo me fué traído otra vez a mi consultorio el niño casi completamente sano. Las placas salientes habían sido reemplazadas por cicatrices lisas, superficiales del color de la piel y con una circunferencia ligeramente violada en los lugares que correspondían a los bordes. Teniendo entonces en mi poder unos tubos de cultivo de medio de Sabouraud que bondadosamente me había proporcionado algunos días antes mi estimado amigo el Prof. Ochoterena, busqué cuidadosamente y habiendo encontrado alguno que otro orificio en que había aún pequeñísima cantidad de exudado, tomé de ellos con un alambre de platino e hice siembras. Pasaron varios días y resultaron estériles; pero debo advertir que no me sorprendió; pues las lesiones estaban casi secas y en muchas observaciones se ha señalado la dificultad de los cultivos, resultando estos estériles en una primera siembra y vivaces en algunas posteriores. No he tenido ocasión de volver a ver al niño desde entonces; pero he sabido por su padre que se encuentra completamente bien tanto de su estado local como general, habiendo sido la mejoría hasta en su estado de nerviosidad no obstante la supresión absoluta que aconsejé desde un principio de toda medicación antinervina y antisifilítica, las que no creo deban reanudarse sino en caso de indicación formal, para lo cual deberá practicarse dentro de algún tiempo la reacción de Wassermann y tener en observación al enfermito. Habría que saber también si la remisión que ha habido es definitiva o simplemente temporal; si así fuere habrá que procurar completar la observación con pruebas de laboratorio e instituir el tratamiento yodurado.

En conclusión los caracteres clínicos, y entre ellos la tendencia espontánea a la curación una vez colocado el enfermo en condiciones favorables y la presencia de levaduras, demostrada por el examen microscópico, auto-

rizan diagnosticar: DERMATITIS BLASTOMICOSICA. Podiera sin embargo pensarse en «erupciones de origen bromopotásico», que según ORMSBY en algunos casos simulan con gran parecido a dicha dermatitis y aun pudiera aducirse en favor de esa idea la circunstancia de haber desaparecido rápidamente después de la supresión de toda medicación de ese orden; pero hay que pensar para eliminarla el hecho de que el niño había sido sujeto a medicación bromurada desde fines de 1924 y que solamente en mayo de 1927 fué cuando apareció la erupción, la cual por otra parte tuvo remisiones sin haberse suspendido esa medicación, lo que no habría podido suceder si ella fuera el agente causal; pues bien sabido es que en tratándose de erupciones de origen medicamentoso la supresión del medicamento se impone so pena de verlas persistir y agravarse. Sin embargo será necesario cerciorarse en caso de recidiva en el niño A O si ésta se produce consecutivamente a nueva medicación bromurada.

México, mayo 30 de 1928.