

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO AMERICA

CONTRIBUCION al TRATAMIENTO de ALGUNAS
FORMAS DE ECZEMA POR LA OLOBINTINA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL

POR

M. ANTONIO GIRON G.

EN EL ACTO DE
SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO


MARZO DE 1934


Talleres Tip. "San Antonio", 13 C. O., N° 30. Guatemala.

INTRODUCCION

Durante los últimos años, muchos problemas de la ciencia médica han quedado resueltos; como siempre, dejaron en los que han vencido, alientos para seguir el trabajo y les dieron esperanzas de triunfo. La medicina científica y con ella la Dermatología, solo son de comprender por resultados positivos, tanto en lo que se ha alcanzado, como en lo que todavía queda por investigar.

Datos relativos a enfermedades de la piel, se encuentran ya en la tradición de los más antiguos pueblos civilizados, en la de los griegos, de la medicina griega en Roma; pero principalmente en la de la medicina árabe y la de la edad media europea. En ella desempeña un papel importante la teoría de la constitución, del temperamento y de las discracias. Ideas indecisas, hoy confirmadas en parte sobre procesos metabólicos anormales que se reflejan en la piel. No es mi objeto hacer esta narración desde el punto de vista del historiador; pero es necesario una mirada retrospectiva, aunque sea breve, porque lo presente y lo por alcanzar solo se comprende sobre la base firme de la evolución.

Si bien es cierto que no ha habido recientemente sorprendentes descubrimientos, el progreso científico en el tratamiento del eczema ha sido constante. La Dermatología, materia de importancia, ha seguido el camino destinado a profundizar los conocimientos de este género, gracias al empuje de hombres como Hallopeau, Unna, Hebra y otros más que se han esforzado en su estudio y es necesario que sus esfuerzos no se pierdan.

¿Cuál es la situación de un individuo que se ve atacado por una enfermedad de la piel? No sólo sufre el padecimiento físico, sino también el moral y en muchos casos se ve despreciado y alejado del medio social. Su frecuencia y los motivos antes dichos son una de las causas que me indujeron a emprender este trabajo de tesis; su estudio, superior a mis fuerzas y dada la escasez de mis conocimientos y aptitudes, lo concretaré especialmente al tratamiento, haciendo algunas breves consideraciones sobre la etiología, anatomía patológica, descripción, variedades, diagnóstico y pronóstico.

ECZEMA.

Historia y Definición. — La palabra eczema existía en el vocabulario dermatológico de la antigüedad. Willan la ha admitido en su nomenclatura; pero dándole una nueva acepción. Se le ha conservado después; pero sin entenderse nunca sobre el sentido que se le debía dar. Ninguna cuestión ha sido más oscurecida por el deseo de adaptar la descripción de una enfermedad, tal como la entendemos hoy día, a una definición formulada bajo ideas bien diferentes.

El eczema es para Willan una dermatosis del orden de las vesículas. Es una erupción de pequeñas vesículas muy juntas, que se transforman en laminillas y en costras. Esta erupción, no es contagiosa, es de ordinario debida a una irritación externa o interna. El sistema willánico está basado sobre la anatomía patológica.

Bielt y Rayer quieren considerar como un carácter del eczema la cronocidad y las recidivas. Quieren atribuir a esta dermatosis un origen interno. Las dermatitis vesiculosas agudas de origen externo, las únicas precisamente que Willan parece haber tenido en cuenta, serían para ellos dermatitis artificiales. En este nuevo eczema crónico y recidivante, la vesícula pierde su importancia.

Inversamente la escuela de Viena, con Hebra, no se ve en el eczema más que una dermatitis de origen externo. La vesícula no es ya la lesión esencial y única, sino solamente una de las numerosas lesiones que constituye esta dermatitis polimorfa.

Ambas partes se alejan de Willan. Por lo demás, que Willan haya llamado eczema a las dermatitis artificiales solamente, que haya comprendido el eczema de Bielt y Rayer, o que lo haya ignorado, lo que importa es entenderse sobre lo que desde ahora llamaremos eczema.

“El eczema en 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”.

ETIOLOGIA:

La fórmula muy breve de Willan y la teoría humoral muy absoluta de los antiguos dermatólogos contenían una parte de verdad: los eczemas se encuentran de preferencia sobre ciertos terrenos; causas externas e internas son capaces de determinar su aparición. Las causas son múltiples, pudiendo dividir las en Predisponentes y Determinantes.

CAUSAS PREDISPONENTES. — La edad y el sexo no tienen más que una influencia indirecta, permitiendo la entrada en acción de otros factores.

La herencia se considera un factor también; pero se hace difícil determinar su importancia.

El Artrismo, en efecto, heredado o adquirido, parece predisponer al eczema. De estos estados los mejores caracterizados como generadores son: la diabetes, la gota, las litiasis renales, la obesidad.

Trastornos de la Nutrición y de Autointoxicación, y entre ellas las autointoxicaciones gastrointestinales, tienen una acción cierta.

Trastornos Nerviosos (neurastenia, cansancio intelectual, choques morales) intervienen también.

Faltas de Higiene General, abuso de alcohol, té, café, tabaco, alimentación muy carnívora, etc.

Causas locales, falta de higiene cutánea.

Los trastornos circulatorios regionales, actúan lo mismo.

CAUSAS DETERMINANTES. — Entre éstas se citan un buen número; pero lo más a menudo, las causas determinantes son de orden local.

Traumatismos, de toda naturaleza, si son suficientemente prolongados y repetidos, de todos ellos el rascado es el que con más frecuencia se encuentra en el origen del eczema.

Irritantes químicos, cuya acción se revela por la localización o el predominio de la erupción en las regiones irritadas; están expuestos a ellos los individuos de ciertas profesiones (albañiles, tintoreros, etc.)

Parásitos.—Como los piojos, el acaro de la sarna, conduce a menudo al eczema.

Agentes Físicos.—Es también una de las causas (eczema solar, eczema calórico).

Las Supuraciones.—Pueden ser la causa determinante del eczema, durante la guerra se han visto con frecuencia placas eczematosas desarrolladas alrededor de las fístulas rebeldes.

Hecha la numeración de todas estas causas, como las han

expuesto los autores clásicos cabe preguntar, dice Hallopeau y Leredde, ¿cómo factores tan diferentes pueden producir lesiones idénticas?

Algunos Dermatólogos han sostenido que unos producen lesiones eczematiformes y otras las del eczema verdadero.—No han podido aún indicar ningún carácter clínico o histológico que permita distinguirlas.

La multiplicidad de las causas, la identidad de los factores, parecen implicar la naturaleza parasitaria del eczema. Una nueva vía se ha abierto en este sentido con los trabajos histológicos y microscópicos emprendidos por el célebre dermatólogo Unna en estos últimos años. En sus preparaciones ha logrado encontrar un micro-organismo un tanto variable de forma pero perteneciendo a la misma especie Cocci con la característica habitual de aglomerarse en pelotones muriformes, se les ha llamado Morococos de Unna. Hasta hoy no se ha podido aislar, cultivar e inocular dicho parásito.

ANATOMIA PATOLOGICA.

La anatomía patológica del eczema data desde hace pocos años, en que gracias a los trabajos experimentales llevados a cabo con el auxilio del microscopio, por G. Simon, Hebra, Vulpián, etc., se ha llegado a determinar el asiento anatómico de las lesiones, que residen en la epidermis y en la dermis. Los vasos superficiales del dermis y los de las papilas están dilatados y llenos de glóbulos sanguíneos.

Por esta hiperhemia se explica la rubicundez y por la persistencia de este estado congestivo, la exudación serosa, abundante y prolongada que es uno de los fenómenos característicos del eczema. Hay proliferación celular por la que las papilas y la porción dérmica subyacente se infiltran de elementos embrionarios, de núcleos y células de tejido conjuntivo. Esta hiperplasia es más o menos avanzada según la antigüedad de la erupción.

En el estado agudo se ven sobre todo núcleos embrioplásticos y algunas fibro-plásticos, pero a medida que la afección se prolonga, las células fibro-plásticas se reproducen y predominan y cuando la inflamación ha durado mucho tiempo, los elementos pueden, siguiendo su evolución, pasar al estado de fibras laminosas, esto muestra cómo se produce el espesamiento y la induración de la piel en el eczema crónico. Cuando se va a formar una vesícula, se ve desenvolverse en las células, glóbulos

los opalescentes, muy refrigerantes, que las destienden y empujan su núcleo a la periferia. Las células tumefactas se rompen, formando por su reunión vacuolas a las que cae el exudado proveniente de los vasos y compuestas de células migratrices, presentando los caracteres de leucocitos; estas vacuolas así llenas levantan la epidermis y queda formada la vesícula.

Las lesiones del eczema consisten pues, en una inflamación del cuerpo mucoso de Malpighi, caracterizado por alteración del protoplasma celular, por distensión de la célula, por su ruptura y por la formación de vacuolas en la que se derrama la linfa y las células sólidas de los vasos, las que levantando la epidermis forman vesículas (Hillairet y Gaucher).

DESCRIPCION.

Cualquiera que sea su forma, su sitio y su naturaleza, el eczema puede evolucionar de un modo agudo y crónico.

Eczema agudo.—Su evolución se puede dividir en tres períodos: primero, congestión y vascularización; segundo, de exudación y formación de costras; tercero, descamación.

El primer período, se manifiesta por la pronta rubicundez y tumefacción de la piel, por una sensación de comezón en el lugar afectado, a veces, inmediatamente después las manchas rojas se cubren de pequeñas vesículas acuminadas y confluentes, dando a la piel un aspecto chagrinado, vesículas transparentes, brillantes, llenas de líquido claro; en ocasiones son tan efímeras que se rompen en cuanto se forman o desaparecen por reabsorción de su contenido, en cuyo caso ya no son apreciables. Este estado congestivo va acompañado de una elevación local de temperatura.

Segundo período: pasado un tiempo más o menos corto el contenido de las vesículas se reabsorbe y la piel se descama en seguida, o bien aquellas se rompen y dan salida a un líquido claro, transparente y a veces opalino, de consistencia de una solución rala de goma, de reacción alcalina; este líquido se esparce sobre la superficie y se concreta formando costra.

Tercer período: al fin de un tiempo variable, la secreción disminuye y cesa, la erupción se deseca, caen las costras y empieza el tercer período o de descamación, durante el cual la epidermis se desprende en forma de escamas delgadas que se renuevan. Después de la caída definitiva de éstas, los segmentos quedan rojos, lisos por algún tiempo.

El eczema es precedido a veces, sobre todo si invade una

extensa superficie, de fenómenos generales de ordinario poco marcados, cefalea, temperatura, malestar, anorexia, etc.

Eczema crónico.—Puede ser continuación del agudo, indurándose y espesándose la piel por la persistencia de la inflamación y por la evolución de los elementos embrionarios; pero a veces es crónico desde el principio. En ambos casos, sus caracteres objetivos son distintos de los del estado agudo, fenómenos congestivos menos intensos, rubicundez moderada, no hay fenómenos generales. La tensión de los tegumentos afectados es menor: en cambio las comezones son más violentas, más persistentes, insoportables y los pacientes no pudiendo resistir, se rascan y desgarran la piel.

Estas comezones se exajeran por el frote, por el calor, por los alimentos muy condimentados y bebidas excitantes. Es raro ver las vesículas en este estado, que además son poco numerosas, efímeras y solo se muestran en la recrudescencia, siendo su aparición la que marca la recidiva de la afección. El exudado es menos abundante y el líquido más espeso y se concreta pronto. Los fenómenos que predominan en este estado son: la formación de costras, el espesamiento y la induración de la piel, la que habiendo perdido su suavidad y elasticidad se hiende viéndose entonces grietas y fisuras, ya un resquebrajamiento y exulceraciones. Veces hay que la erupción es casi seca, la piel es rugosa, la epidermis se exfolia en finas escamas.

En lugar de este aspecto, la piel presenta a veces su superficie lisa, lustrosa, de un tinte rojo, sin haber señales de secreción.

VARIEDADES.

Hillaiet y Gaucher y otros dermatólogos establecen tres grupos, según las particularidades que puede presentar la afección, dependiente sea de su forma y aspecto, sea del sitio que ocupe, en las diversas regiones, sea en fin de las causas que la han originado. Voy a referirme solamente a hacer una exposición de las principales formas del primer grupo.

Primer Grupo.—Variedad Morfológico.

(a) Eczema Numular.—Caracterizado por placas redondas, disseminadas, secas o húmedas. Estas placas son a veces de bordes muy limpios, aparecen en el tronco, en la cara, pero principalmente en los miembros. Brocq las llama numulares porque su forma y sus dimensiones recuerdan las de las monedas. (Observación No. 2).

(b) Eczema Resquebrajado.—Designado así por el aspecto que presenta, está formado por hendiduras o fisuras largas y estrechas en el espesor del epidermis, más o menos profundas entrecruzándose en todas direcciones. El fondo de la superficie afectada es rojo al principio y durante la recrudescencia la serosidad que exuda es como el del eczema agudo, ocasiona comezón y ardor. (Obs. No. 7).

(c) Eczema Rubrum.—Forma caracterizada no solo por la rubicundez intensa de las regiones invadidas sino que es precedida algunas veces por síntomas generales como los de las fiebres eruptivas. Localmente se anuncia por una sensación de comezón a la que pronto sigue la rubicundez y la tumefacción. Fácilmente se puede tomar esta forma por una erisipela; la aparición inmediata de la vesiculación quitará la duda. La marcha es generalmente aguda, las vesículas se rompen o reabsorben su contenido, seguido pronto del período de descamación. Esta forma es más frecuente en los pliegues articulares, cuello y cara. (Obs. No. 5).

(d) Eczema Escamoso.—Se llama así a la fase escamosa de un eczema eritematoso o vesiculoso, pues al cesar el proceso activo de constitución sobreviene la formación de escamas. También se aplica esta denominación a una forma crónica cuya característica principal es el eritema con descamación. Las escamas están constituidas por finas películas de color blanco o gris que difieren de las psoriásicas en que se desprenden mejor y además son diminutas y nunca nacaradas. (Obs. No. 4).

(e) Eczema Papuloso.—Las lesiones consisten en pápulas redondas y a menudo acuminadas, de color rojo vivo y de pequeñas dimensiones. Esta variedad de eczema se acompaña de prurito intenso. (Obs. No. 8).

(f) Eczema Vesiculoso.—Preceden a la erupción, que ordinariamente se inicia en forma aguda, con síntomas subjetivos de ardor y comezón. La piel está tumefacta, rojiza, y en el área invadida aparecen numerosas vesículas con secreción intensa y forma costras; puede radicar en cualquier parte del cuerpo. (Obs. No. 10).

(g) Formas Compuestas.—Es frecuente ver el eczema asociado a otras afecciones cutáneas, constituyendo así formas compuestas de las cuales las más observadas son las siguientes:

Eczema Impetiginoso: una forma que participa a la vez de los caracteres del eczema y del impétigo o proviene de una de las variedades anteriores, y en particular de la vesiculosa. Es una forma muy extendida, causa poca comezón; pero da lugar a abun-

dante exudación siendo más bien sero-purulenta. La lesión de la piel es más profunda y las exulceraciones más frecuentes. Padece con más frecuencia los niños que los adultos. La marcha es aguda pero fácilmente se vuelve crónico. (Obs. Nos. 3-6-9).

(h) Eczema Vesículo-Escamoso.—Se da este nombre a la forma que participa de los caracteres de la vesiculosa y escamosa. (Obs. No. 1).

DIAGNOSTICO.

Sería difícil exponer con detalles los estados que pueden confundirse con el eczema en todas sus formas.

El diagnóstico de eczematización será fácil cuando la lesión se presente completa, con su polimorfismo, su desigualdad y su evolución característica. La dificultad es mayor cuando se trata de eczematizaciones atípicas y monosintomáticas. Por ejemplo las eczematizaciones muy vesiculosas y sobre todo con gruesas vesículas pueden confundirse con todas las erupciones vesiculosas o ampollosas: las formas pápulo-vesiculosas con el prurigo simple; la forma costrosa con el impétigo, la erisipeloide con la erisipela; las formas secas con las dermatosis eritematoescamosas puras. Hay eczematides tan estrechamente ligadas a los eczemas secos que el diagnóstico es imposible. En este caso no se trata más que de un cambio de palabras.

En todos estos casos, el mejor medio de asegurar el diagnóstico es el investigar si la erupción que se tiene a la vista presenta en algunos puntos el polimorfismo, la agrupación y la irregularidad de la eczematización. Precisaré buscar fuera de las regiones en que la dermatosis se deforman y se uniformizan todas, si no existe un foco en el que la erupción se encuentre con todos sus caracteres.

Si la erupción está estrictamente localizada, se investigarán otros signos de la afección que se sospeche pueda simular el eczema. Un Wassermann positivo, por ejemplo, dará una presunción en favor de una sífilide y en contra de la hipótesis de un eczema.

Así pues, un interrogatorio etiológico será siempre necesario, cuando se haya comprobado la eczematización. Además de ayudar a hacer el diagnóstico de eczema, que él mismo lleva su pronóstico permitirá completar el diagnóstico, indicando la causa determinante o al menos la dominante etiológica, que el examen objetivo no permitirá siempre sospechar. Será en fin indispensable para conducir el tratamiento.

PRONOSTICO.

El eczema ha de considerarse curable, por regla general; no es una afección que ponga en peligro la existencia, pero sí es desagradable y molesta, y agota la paciencia de quien lo padece y del médico que lo trata.

Sin embargo el pronóstico del eczema como en muchas afecciones, varía según muchas circunstancias relativas al temperamento, constitución, etc. En los escrofulosos, los artríticos y sujetos cuyo sistema nervioso es muy susceptible, se prolonga mucho tiempo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del eczema es uno de los más difíciles de la dermatología; para emprenderlo es necesario precisar las causas, a fin de combatirlas y estudiar el terreno, despistar las que favorecen su paso a la cronicidad, que retardan o impiden su curación.

No puede haber un tratamiento único; son numerosos y tienden a combatir las causas tan diversas, que se acumulan sobre un mismo enfermo. Cada uno deberá tener su tratamiento personal debido a la individualidad clínica que presenta cada caso.

Enfermedad crónica, debe hacerse comprender al enfermo, desde el principio, que el tiempo en lo tocante a la curación o mejoría será contado por semanas o meses y no por días, debiendo cumplir lo ordenado por el médico a fin de obtener los mejores resultados.

Haremos un somero resumen de los principales tratamientos, para luego pasar al estudio de la Olobintina, materia del presente trabajo.

TRATAMIENTO GENERAL.—El médico que quiera prescribir a un eczematoso un tratamiento general racional deberá, dadas las circunstancias que pueden ser varias, como dije anteriormente, los factores que concurren al apareamiento y desarrollo de la enfermedad, comenzar por estudiar a fondo el enfermo, analizar sus antecedentes tanto hereditarios como personales y colaterales, buscar cuál es el estado de su quimismo gástrico, el estado urinario, informarse de su alimentación, el estado moral y el funcionamiento de sus diversos órganos.

HIGIENE GENERAL.—Es una de las condiciones necesarias para que el equilibrio general sea obtenido y conviene desde

luego vigilar: primero, el régimen alimenticio que es una cuestión capital en la mayor parte de las dermatosis, pues hay alimentos que juegan un papel importante en la etiología de los eczemas. Se tropieza con el inconveniente de que el enfermo, viendo la tardanza de su curación de un momento a otro rompe la dieta y de allí su poco éxito. En segundo lugar, procurar por el buen funcionamiento de todos los aparatos. La higiene local es otra de las condiciones importantes en la profilaxia.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO INTERNO.—El arsénico es casi exclusivamente, el único medicamento usado. Se ha empleado en todas sus formas y preparados; la opinión de los autores no es la misma, unos creen en una acción positiva y directa y otros en una acción tónica general.

TRATAMIENTO EXTERNO. Pomadas. Se encuentra en literatura diversas pomadas que desempeñan un papel importante en la curación, sobre todo en los eczemas agudos que secretan fuertemente, con formación de costras; pero a nadie se le escapa, que hay casos en que la pomada más sencilla e indolente obra frecuentemente como irritante, y uno debe naturalmente encaminarse ante todo a eliminar los agentes que aumentan las irritaciones locales; así tenemos que en muchos casos los eczemas se curan con un tratamiento del todo diferente, que se reduce a la aplicación de polvos (harina de trigo, de judías, talco u otras materias análogas).

En la forma crónica, sobre todo la que existe ya desde largo tiempo y que presenta una gran infiltración de la piel, apenas experimenta modificación alguna con la aplicación de las pomadas; en estos casos deben emplearse otros medios.

RAYOS X.—Por recientes observaciones, se han podido obtener pruebas que tienden a demostrar, que los rayos X pueden ejercer efectos insidiosos y perjudiciales, tanto sobre los órganos internos como sobre la piel, y de allí que existe un cierto número de contra indicaciones: todas las afecciones dermatológicas en el estado agudo.

ACTINOTERAPIA.—Ha sido utilizada en la mayor parte de las dermatosis agudas y crónicas; pero los más bellos resultados han sido obtenidos en la micosis pitiriasica, en la sicosis, etc. En el eczema obran diferentemente; en las formas crónicas pocas pueden ser mejorados o curados. Dufestel en la última edición de su libro "Rayos Ultravioleta y Calor Radiante" ha escrito: Todos los eczemas vesiculosos y llorones, constituyen una contra indicación formal.

PROTEINOTERAPIA.—Lo más usado es la leche, pero por no ofrecer a la larga la debida garantía para una eficacia se-

gura, ha perdido muchos de sus partidarios. A esto hay que agregar los efectos secundarios incalculables y sumamente desagradables que suele llevar consigo como las fuertes reacciones que produce. Estas desventajas de que adolece la lactoterapia allanaron el camino para la rápida introducción de la Olobintina en la dermatología.

AUTOHEMOTERAPIA.—La terapéutica sanguínea es una nueva ruta que se abre por los senderos científicos, síntesis de los conocimientos biológicos modernos sobre las propiedades de los líquidos humores del organismo aplicada bajo la forma autohemoterapia.

La autohemoterapia preconizada por Ravaut y Ramond ocupa actualmente el primer lugar en el arsenal de la terapéutica dermatológica, y ha sido ensayada en las diversas dermatosis de un modo empírico. La patología general y la dermatología en particular, la utilizan siempre del mismo modo, sin haber dilucidado el mecanismo de acción; se cree que obra como un desensibilizador, sobre todo en los eczemas profesionales.

OLOBINTINA.

Durante los siglos XVIII y XIX la revulsión desempeñó un papel muy importante en el tratamiento de las enfermedades infecciosas. Según datos, el primer autor que habla del empleo de la esencia de trementina, es Brenan, que publicó en Londres, en el año de 1814, su uso en la fiebre puerperal. Brenan la administraba por vía oral; y aplicaba sobre el abdomen compresas inbibidas de la misma esencia. Más tarde Fouchier, que ha hecho suyo este concepto para tratar la septicopiemia y sobre todo la fiebre puerperal, sustituyó la revulsión por la fijación y en el año de 1892 publicó su método por inyección subcutánea de esencia de trementina (método de abceso de fijación).

Desde aquel entonces muchos médicos no solo han venido empleando la esencia de trementina contra la enfermedad antes dicha sino también en otras como la erisipela y en la dermatosis. Poco se tardó en darse cuenta de que la formación de supuraciones no constituye una condición para obtener efectos terapéuticos; se idearon por lo tanto nuevos procedimientos con el objeto de subsanar los fenómenos de irritación, sumamente dolorosos hasta entonces, producida por las inyecciones. En virtud de esto, KLINGMUELLER evitó el inyectar dicha esencia en el tejido muscular bastante sensible, practicando en cambio las inyecciones en la parte profunda de la región glútea, con lo cual se logró impedir la formación de abscesos.

Este método fué acogido con entusiasmo, pero no tardó en observarse algunos inconvenientes; a menudo los dolores eran muy violentos; no fueron estos los únicos, de vez en cuando se observaron también grandes escalofríos acompañados de fiebre elevada e irritaciones de los riñones.

El Profesor Karo llegó a convencerse durante el transcurso de sus investigaciones, que los fenómenos secundarios debían atribuirse a la acción fuerte de la esencia de trementina y, a las impurezas contenidas en ella. Pudo comprobar que únicamente carece de efectos consecutivos una esencia cuidadosamente purificada.

LA OLOBINTINA.—Es preparada a base de esencia de trementina; ofrece la ventaja de no producir fenómenos concomitantes. El preparado se presenta en forma de una solución oleosa al 10 por ciento de una mezcla de varias esencias de trementina cuya fórmula es la siguiente:

Aceite de trementina . . .	0.088 g.	Aceite de pino silvestre . .	0.011 g.
Aceite de pino de montaña	0.011 g.	Aceite de cacahuete . . .	0.990 g.

PROPIEDADES.—Es un preparado de perfecta tolerancia, desprovisto de efectos secundarios; la inyección practicada por vía subcutánea resulta completamente exenta de dolores, mereciendo tan solo mencionar de vez en cuando en el punto de la inyección una ligera sensación de tensión.

TEORIA DE ACCION.—La acción de las inyecciones de trementina no está aclarada aún, KLINGMUELLER supone que en el lugar de la inyección (hipodérmica o intramuscular) la trementina se descompone en combinaciones menos tóxicas que pasan a los humores, de donde actúa sobre el organismo en general y sobre algunos órganos en particular, estimulando por ejemplo la hematosi, la formación de anticuerpos contra las toxinas de inflamación, la neutralización de estas toxinas, etc. Los productos de desintegración de la trementina obran además sobre el foco mismo de la enfermedad. A todo esto puede asociarse la mutación de todo el organismo, lo que a su vez influye en sentido terapéutico sobre la inflamación. Parece lógico pensar que los diversos efectos se desarrollan observando entre sí cierta dependencia reguladora.

INDICACIONES.—La Olobintina está catalogada como un medicamento para la terapéutica no específica, de cuerpos estimulantes, en todos los casos de inflamación local, sobre todo contra las enfermedades de la piel; como la forunculosis, produciendo una rápida desecación de las supuraciones y una reducción de las infiltraciones.

En la Tricofitia y la Sicosis Vulgar se consigue con su empleo una curación rápida, si bien es cierto que en los casos que

se muestran muy poco susceptibles de ser influidos, debe recurrirse a otros medios como la radioterapia para dar mayor impulso al buen éxito de la terapéutica con la Olobintina. (Dr. W. Schütz, de Berlín).

En cuanto a los eczemas, la acción terapéutica de éste producto es satisfactoria en la mayoría de los casos; la experimenté en pacientes que no habían podido ser aliviados por otros tratamientos; me dieron una curación completa, excepto dos casos que siguen con sus molestias muy poco atenuadas.

Resultados de algunas investigaciones

El Dr. Rock, en el curso de sus experiencias que ha llevado a cabo en varios casos de eczema, en su mayoría causados por el oficio, ha obtenido efectos favorables; en 23 casos de eczema de las manos, 21 se curaron.

Los pacientes eran trabajadores de fábricas de cemento, albañiles, impresores y tejedores. El tratamiento consistió en 5 inyecciones de Olobintina intraglútea con intervalo de tres días, cada vez una ampolla. Localmente nada; no hubo ninguna interrupción del trabajo. Dos casos no respondieron al tratamiento.

OTRAS INDICACIONES.—Dada la naturaleza no específica contra toda clase de ataques patológicos, se comprenderá perfectamente que el tratamiento por la Olobintina se halla libre de las estrechas barreras en que se encuentran aprisionadas en todo momento los medicamentos específicos, y de allí que el radio de acción se ha extendido considerablemente; logrando buenos resultados en el pénfigo, erisipela, orzuelo, acné juvenil, etc.

MODO DE EMPLEO.—Merced a su pureza ofrece la ventaja de no ser preciso, como lo era antes con el empleo de la trementina, menos pura, el hacer las inyecciones en la parte profunda de la región glútea.

Se empieza con inyecciones subcutáneas o intramusculares (lado de la nalga o cara externa del muslo) de 1. c. c. Estas inyecciones se repiten cada 3 o 4 días, según sea necesario. Si no se obtiene el objeto deseado, esta dosis puede aumentarse sin ningún temor hasta 3 a 5. c. c.

Las inyecciones intracutáneas de 0.5-1.50 cm. ha dado muy buenos resultados en las dermatosis superficiales, como en el eczema, acné rosácea y urticaria (KLINGMUELLER).

Se puede usar las inyecciones por la vía intravenosa a dosis de medio a 1. c. c., no debe hacerse sino con sumo cuidado y precaución, con muchísima lentitud y usando cánulas finísimas; personalmente no las he usado.

En los niños de pecho hay que proceder con precaución, para evitar ciertos edemas que se han observado algunas veces.

Para terminar lo que a este punto se refiere, debo decir que hace algunos meses que vengo experimentando la Olobintina en los enfermos de eczema.

Si bien existen varios casos que curan recurriendo a tal o cual procedimiento, ninguno de ellos ofrece una seguridad absoluta; el presente método es correcto, sin pretender que sea como algo definitivo, sino como un paso más, dado hacia el tratamiento del eczema.

Me es muy grato manifestar que, en los casos ensayados en nuestro Hospital, me dió un resultado satisfactorio en la mayoría de ellos, con la ventaja de no producir ninguna reacción ni intolerancia, como se verá en las observaciones que adjunto:

Observación No. 1.—J. L. de 58 años de edad, originario de Cobán, agricultor, llega a la consulta externa del Hospital General el día 23 de julio de 1933, con la historia siguiente:

Según manifiesta, desde hace 7 meses se encuentra enfermo, habiéndose iniciado su afección por una erupción pruriginosa en los miembros inferiores, notando a los pocos días la aparición de vesículas que al romperse derramaban un líquido seroso incoloro; a los 8 días poco más o menos le aparece la misma erupción en los dos miembros superiores, viendo que se iba generalizando, consulta a varios médicos de aquella cabecera, quienes lo trataron por algún tiempo.

Antecedentes personales.—Nos refiere que ha gozado de salud más o menos buena. En el año de 1932 le dió pulmonía, que tiene 7 hijos todos sanos, jamás ha padecido de enfermedad venérea. No hay antecedentes familiares de importancia.

Examen General.—Nos muestra un enfermo de edad avanzada, color blanco, con mucosas rosadas, pulso regular, 76 pulsaciones por minuto, temperatura 36.07 grados.

Examen Local.—Se presentan los miembros superiores e inferiores casi en su totalidad con una erupción rubicunda con placas vesiculosas llenas de un líquido blanco de consistencia viscosa, separadas por espacios de dimensiones variables cubiertas de escamas de color blanco. Los síntomas subjetivos como el prurito y ardor son tan insoportables que se ve obligado a rascarse hasta sangrarse.

EXAMEN DE APARATOS.

Respiratorio. No se encontró ninguna modificación.

Circulatorio. No notamos nada anormal, presión arterial, Mx. 14. Mn. 7.

Digestivo. No hay ningún trastorno gastro-intestinal. Abdomen libre; no hay ni dolor, ni defensa muscular. Apetito bueno.

Nervioso. Normal.

Génito Urinario. Normal.

Exámenes Complementarios.— Orina normal y abundante. Materias fecales: investigación de parásitos y huevos, negativo. Sangre negativa para la reacción de B. Wassermann.

Diagnóstico.—Eczema Vesículo Escamoso Crónico.

Tratamiento.— Durante su estancia en esa cabecera, fue tratado por varios médicos. El primer tratamiento que se le instituyó fué a base de pomada de óxido de zinc, logrando únicamente el desprendimiento de las escamas; como el cuadro se mantuviese sin variaciones, se procedió a tratarlo por el yoduro de potasio, por creerse que fuese de origen micótico; pero también sin ningún resultado, viendo que estos tratamientos no hacían ceder la enfermedad, resolvieron practicarle la autohemoterapia; pero no dió efecto, poco tiempo después se le aplicaron inyecciones de extracto de bazo; con esto dice, mejoró temporalmente; pero al cabo de pocos días volvió a tener las mismas molestias.

Ya en esta capital se comenzó a tratarlo con la Olobintina, poniéndole la primera inyección el día 26 de julio con intervalo de dos días cada una; se le inyectaron 10 ampollas, logrando que el prurito y el ardor desaparecieran, la erupción eczematosa desapareció en parte; no pudimos ver el resultado final por haberse marchado el enfermo a sus propiedades por asunto de negocios; pero sí notamos una gran mejoría.—Guatemala, 18 de Agosto de 1933.

M. Antº. Girón G.

Es Auténtica:
C. M. Guzmán.

Observación N° 2.—J. R. de 24 años de edad, soltero, de oficio sastre, originario de esta capital.

Antecedentes Personales.—Dice haber padecido en su niñez de sarampión, hace un año de disentería.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales. Sin importancia.

Historia.—Hace seis meses que sin causa aparente le apareció una erupción eritematosa, primeramente en la cara, en seguida se le extendió a todo el cuello con fuerte comezón y ardor, sobre dicha erupción aparecieron vesículas que dejan derramar al abrirse un líquido amarillento. Poco tiempo después las vesículas degeneraron siendo reemplazadas por placas cubiertas de costras; desde que principió la afección, ha ensayado distintas medicaciones, como pomada de óxido de zinc, inyecciones de cacodilato de soda, sin que se viera ceder; ante estas circunstancias, se presenta a la Consulta Externa del Hospital General el día veinticinco de julio de mil novecientos treintitrés.

Examen Local.—Actualmente presenta en la cara y en el cuello placas aisladas como de dos centímetros de diámetro unas más o menos redondas, otras ovalares cubiertas de pequeñas costras y vesículas, la rubicundez es poco marcada, los síntomas funcionales (comezón y ardor) persisten.

Examen General.—Individuo de mediana estatura, bien constituido, no presenta nada anormal en los diversos aparatos.

Exámenes complementarios.—Orina anormal, materias fecales no se encontraron parásitos; sangre, reacción de B. Wassermann, negativa.

Diagnóstico.—Eczema Crónico, variedad Numular.

Tratamiento.—En vista del tratamiento anterior, el día 27 de julio se empezó a tratar por la Olobintina, poniéndole una inyección de 1.1 c.c. cada dos días, a la sexta inyección notamos que la comezón y el ardor desaparecieron; en cuanto a las placas hubo necesidad de inyectar diez ampollas más para que desaparecieran. No se notó ningún fenómeno de intolerancia.

Para comprobar el resultado, se le hizo volver al mes y la curación se mantenía.—Guatemala, 30 de Agosto de 1933.—

M. Antº. Girón G.

Es Auténtica:
C. M. Guzmán.

Observación N° 3.—P. G. de 24 años de edad, originario de esta Capital, de oficio zapatero, llega a la Consulta Externa del Hospital General el día 17 de Agosto de 1933, para que se le trate una erupción de la nuca, que desde hace tiempo viene padeciendo.

Historia.—Nos refiere el enfermo que hace como cuatro meses más o menos que le apareció una erupción en la nuca, con ardor y comezón, síntomas que se acentúan más por la noche y a medio día y que como a los tres días le salieron unas ampo-

llas que al principio estaban separadas; pero como se las rascara y con el roce de sus prendas se han unido, dejando derramar un líquido amarillento que al secarse se transforma en costra; dicha erupción se ha extendido al pabellón de la oreja derecha y parte de la mejilla del mismo lado; como tratamiento, seguido se pone lienzos calientes de agua horicada y pomadas varias, sin sentir mejoría.

Antecedentes Personales.—Catarros frecuentes, sarampión cuando niño; hace siete meses sufrió un ataque de gripe; enfermedad venérea, ninguna.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales. Sin importancia.

Examen Local.—Las regiones afectadas se encuentran rojas, cubiertas de costras espesas y de color amarillo, que al desprenderlas dejan ver un exudado purulento; con los mismos síntomas que relata el enfermo.

Examen General.—Individuo de mediana estatura, piel morena, bien constituido; las demás partes del cuerpo están limpias, no hay fiebre, pulso 74 por minuto.

Examen de Aparatos.—Normales.

Exámenes Complementarios.—Orina normal, materias fecales, no hay parásitos; sangre normal.

Diagnóstico.—Tomando en cuenta los datos obtenidos por la historia, examen local y general, sentamos el diagnóstico de: Eczema Crónico, variedad Impetiginoso.

Tratamiento.—El día 21 de Agosto se inició el tratamiento con una inyección de Olobintina de 1.1 c. c. a los dos días la segunda, y así sucesivamente hasta completar diez, observando que el prurito y el ardor desaparecieron a la quinta inyección; al terminirlas, el enfermo estaba limpio de la erupción eczematosa. Se le hace volver a los quince días y la curación se mantenía.—Guatemala, 25 de septiembre de 1933.

M. Antº. Girón G.

Es Auténtica:
C. M. Guzmán.

Observación N° 4.—M. L. F., de 30 años de edad, casada, de oficio cocinera, concurre a la Consulta Externa del Hospital General el día 21 de Agosto de 1933. Manifestando que hace 8 meses que comenzó a sentir ardor y comezón con sequedad de la piel de toda la región del pecho y del cuello con rubicundez bien marcada, y que bajo la influencia del calor éstas molestias se hacen insoportables; que se ve en la necesidad de rascarse; poco

tiempo después le aparecieron algunas vesículas aisladas separadas por placas escamosas. Como tratamiento seguido se tomó un purgante de sulfato de soda, porque creía que fuera por trastornos gastro-intestinales, y se pone a dieta láctea por espacio de 8 días, se aplica también pomada de óxido de zinc, pero como se viera lo mismo, ocurrió a un consultorio de esta capital en donde se le trató con inyecciones de leche, autohemoterapia logrando únicamente la secación de las vesículas.

Antecedentes personales. — A los 13 años, sarampión; su menstruación le vino a los 14 años, sin molestia alguna; ha tenido cuatro hijos, de los cuales tres están vivos y sanos, uno muerto a los dos años, de pulmonía; abortos, ninguno; jamás ha padecido de enfermedad venérea.

Antecedentes hereditarios y Colaterales. Sin importancia.

Examen General.—Señora de baja estatura, de color moreno, bien constituida y sin fiebre.

Examen Local.—La piel de la región del pecho y del cuello está roja y cubierta de escamas poco adherentes, de color blanquecino; no hay secreción; a la palpación es áspera, el ardor, comezón y sequedad persisten; los puntos afectados se extienden muy lentamente al hombro derecho.

Aparato Circulatorio. Normal.

Aparato Respiratorio. Normal.

Aparato Nervioso. Normal.

Aparato Digestivo. Solo encontramos la dentadura incompleta y en mal estado.

Aparato Génito Urinario. Normal.

Exámenes Complementarios. Orina, materias fecales y sangre. Normales.

Diagnóstico. Eczema, Seco, Crónico, variedad Escamoso.

Tratamiento. Se empieza por mandarle extraer tres piezas dentarias que están en mal estado, y en vista del tratamiento anterior se ensaya la Olobintina, poniéndole la primera inyección el día 24 de agosto del presente año siempre con dos días de intervalo; se le inyectaron 10 ampollas, con estas, los síntomas funcionales desaparecieron, se le inyecta la segunda tanda de 10 ampollas sin lograr que la erupción desapareciera.

Guatemala, 4 de octubre de 1933.

M. Antº. Girón G.

Es Auténtica;
C. M. Guzmán.
GDO

Observación N° 5.—D. O. de 20 años de edad, soltero, de oficio carpintero, llega a la Consulta Externa el día 22 de septiembre del presente año a curarse de una erupción de la mano.

Evolución de la Enfermedad.—Hace un mes que se le hinchó la mano derecha sin dolor; hinchazón que desapareció como a los ocho días con aplicaciones de lienzos calientes de aguardiente alcanforado. Una semana más tarde le aparece una rubicundez intensa y edematosa en el antebrazo derecho y, que a la vez se le ha extendido a la cara dorsal de la mano y dedos del mismo lado, acompañándose de ardor y comezón y que como a los dos días le salieron pequeñas vesículas que reventadas daban salida a un líquido de color amarillo pálido y que al secarse formaban pequeñas costras; como tratamiento se puso pomada de mentol, logrando calmar un poco la comezón. En vista que la erupción se le extiende también al brazo, recurre mejor al hospital.

Antecedentes Personales.—Dice haber padecido hace dos años de fríos y calenturas, las que desaparecieron con inyecciones de quinina, hace un año de gonorrea, de la que se encuentra completamente curado.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales. Sin importancia.

Examen Local. Las regiones invadidas se presentan actualmente con una coloración rojo vivo y tumefactas, que no desaparecen a la presión, y se encuentran cubiertas de pequeñas escamas blanquecinas poco adherentes; el ardor y la comezón persisten, no hay hipertrofia ganglionar.

Examen General. Es un joven bien constituido, de color moreno, no hay fiebre, ni impedimento físico, las demás partes del cuerpo están limpias.

Examen de Aparatos. No encontramos nada anormal.

Exámenes Complementarios. Orina, materias fecales, normales, sangre, negativa para la reacción de B. Wassermann.

Diagnóstico. Eczema Agudo, variedad Rubrun.

Tratamiento.—Comenzó el tratamiento de su eczema el día 25 de septiembre de 1933, poniéndole una inyección de Olobintina de 1. c.c. cada dos días; a la octava inyección la rubicundez, la descamación y la tumefacción desaparecieron; no se notó ningún fenómeno de intolerancia.

Se le hace volver a los 8 días. La curación persiste.

Guatemala, 22 de octubre de 1933.

M. Antº. Girón G.

Es Auténtica.
C. M. Guzmán.

20.
Observación N° 6.—J. S., de 34 años de edad, originario de Tecpam, residente en esta Capital, empleado en el Hotel Palace, llega a la Consulta Externa el día 23 de septiembre de 1933.

Evolución de la Enfermedad. Dice que a mediados del mes de agosto de ese año, después de un baño comenzó a sentir picazón y ardor en toda la frente y en la cara, apareciéndole enseguida una mancha de color rojo; más tarde se cubre de vesículas que al abrirse dan salida a un líquido claro que pronto se enturbia y se hace purulento, que al desecarse han formado costra; dicha mancha le provoca una fuerte comezón; que consultó a un facultativo, quien le recetó una pomada que contenía aceite de cade y vaselina y dieta rigurosa, con ésta mejoró un poco; pero como no curara del todo, dispuso venir a este Hospital.

Examen Local.—A la inspección se ven las partes anteriormente dichas, cubiertas de placas eczematosas de forma irregular, cubiertas de costras amarillas espesas que se tocan por sus bordes, que al desprenderlas dejan ver un exudado purulento; el prurito y el ardor no son tan intensos.

Examen General. Enfermo de baja estatura, de constitución delgada, sin impedimento físico, el resto de la piel sana, no hay fiebre, pulso regular 75 pulsaciones por minuto.

Examen de Aparatos. Los encontramos normales.

Exámenes Complementarios. Orina normal, materias fecales, se encontraron parásitos, (tricocéfalos) sangre negativa para la reacción de B. Wasserman, consta en su tarjeta extendida por la Salubridad.

Diagnóstico. Eczema Agudo, Variedad Impetiginoso.

Tratamiento. Se le suministra primero, para la Tricocéfalosis: timol, tres gramos y un purgante de sulfato de soda, cuatro días después se da principio al tratamiento del eczema por la Olobintina, el día 27 de septiembre se le pone la primera inyección, luego las demás con intervalo de dos días cada una, hasta completar diez, con las cuales el enfermo curó. Se le hace que vuelva a los 15 días, presentándose limpio de la erupción. Resultado, Curado.

M. Antº. Girón G.

Es Auténtica:
C. M. Guzmán.

Observación No. 7.—P. M., de 48 años de edad, originario de esta capital, de oficio talabartero, llega a la Consulta Externa del Hospital General, el día 27 de septiembre de 1933.

21
Antecedentes Personales.—Refiere que siempre ha gozado de buena salud, que tiene cinco hijos sanos, que jamás ha padecido de enfermedad venérea, que su mujer murió hace cuatro años y nunca tuvo abortos; durante algún tiempo fué alcohólico.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales.—Sin importancia.

Historia.—Manifiesta que hace un año más o menos, le comenzó a salir una mancha roja en las partes anterior y posterior de la pierna y dorso del pie derecho que la causaba comezón y ardor y que salían sobre esa mancha vesículas que reventadas daban salida a una serosidad clara y se cubrían de costras. Al poco tiempo le apareció otra igual en la parte anterior e inferior del muslo del mismo lado; con ese motivo ha venido a curarse varias veces a este hospital, saliendo mejorado solamente.

Examen Local.—Presenta ahora en la región anterior de ambas piernas una mancha roja morena, sembrada de vesículas diseminadas, exudante, con costras y surcadas de grietas cruzándose en todas direcciones; éstas manchas invaden los dos tercios inferiores de las piernas y cuello de los pies, presenta otra en la región anterior del muslo derecho, dice que son las mismas lesiones de que ha padecido anteriormente; pero que le han crecido.

Examen General.—Individuo de estatura alta, de constitución buena, sin fiebre, no hay ningún impedimento físico, tensión arterial mx. 14 mn. 7½.

Examen de Aparatos.—Los encontramos normales.

Exámenes Complementarios.—Orina abundante y normal, materias fecales, no se encontraron parásitos.

Diagnóstico.—Eczema Crónico, variedad resquebrajado.

Tratamiento.—Se trató al principio con pomadas, se notó alguna mejoría, pocos días después hay una recrudescencia, por lo que se le instituye el tratamiento por la Olobintina, poniéndole la primera inyección el día 6 de octubre, con intervalo de 2 días cada una, bajo este tratamiento el enfermo se curó; se le pusieron 20 inyecciones sin acusar ninguna molestia. No volvió a presentarse más.

Guatemala, 25 de noviembre de 1933.

Es Auténtica:
C. M. Guzmán.

M. Antº. Girón G.

Observación No. 8.—J. D., de 28 años de edad, soltera, oficios de su sexo, llega a la consulta de la Cruz Roja Guatemalteca el día 19 de octubre de 1933, a curarse de una erupción.

Historia de la enfermedad.—Nos refiere la enferma que hace como tres meses que le salió una mancha poco rojiza en los dos miembros superiores y que a los pocos días le aparecieron pequeños salientes de color rojo; que no le han supurado, y que le producen poca comezón aumentando este síntoma con cualquier roce que se produzca; que fué tratada en un consultorio de esta capital en donde se le recetó una pomada a base de azufre y le practicaron siete inyecciones de sangre (Autohemoterapia) sin resultado alguno.

Antecedentes Personales.—Hace dos años le dió pulmonía, sufre de ataques aislados de jaquecas, su menstruación le vino a los 14 años, y le viene regularmente sin ninguna molestia, enfermedad venérea, nunca.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales.—Sin importancia.

Examen Local.—Actualmente presenta en la cara anterior y externa de los dos miembros superiores, placas diseminadas y de dimensión variada cubiertas de pápulas de color rojo vivo y del tamaño de una cabeza de alfiler; algunas de ellas están excoriadas porque la enferma se las ha rascado, no hay exudado.

Examen General.—Mujer de estatura baja, de color moreno, bien constituida; las demás partes del cuerpo están limpias, no hay fiebre, pulso regular 75 pulsaciones por minuto.

Examen de Aparatos.—No hay nada anormal.

Exámenes Complementarios.—Orina, materias fecales y sangre, normales.

Diagnóstico.—Eczema Crónico, Variedad Papuloso.

Tratamiento.—Viendo que el tratamiento anterior no dió resultado se le pone el día 23 de octubre la primera inyección de Olobintina, a los dos días la segunda, y así sucesivamente hasta completar diez, notando una ligera mejoría; hubo necesidad de inyectar otras diez para obtener la curación completa; para confirmarla se le hace volver a los quince días. La curación se mantiene.

Guatemala, 25 de diciembre de 1933.

M. Antº. Girón G.

Es Auténtica:
M. Zeceña M.

Observación No. 9.—M. L., de 3 años de edad, originario de la Villa de Guadalupe, llega a la consulta de la Cruz Roja Guatemalteca el día 28 de octubre de 1933.

Historia.—Refiere la madre de la criatura que hace 2 meses que le salió a su hijo una erupción en la cabeza y que a los pocos días le aparecen granos que al reventarse daban salida a un líquido purulento y que al principio estaban separados, pero como se los rascara porque le "conían mucho", se han unido, transformándose en placas, las cuales están cubiertas por costras de color amarillo y que la lesión no se ha localizado solamente en la cabeza sino que se le ha propagado a la frente y mitad derecha de la cara, que lo ha tratado con pomadas y lavados de agua oxigenada, por que no le ve mejoría.

Antecedentes Personales.—Nació a los nueve meses, anduvo al año, padeció hace siete meses de enteritis.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales.—No tienen importancia.

Examen Local.—Se observan en el cuero cabelludo, frente y mejilla derecha una rubicundez poco marcada, sembrada de placas cubiertas de costras espesas y de color amarillo rojizo, de tamaño variable, de límites irregulares, que se tocan por sus bordes, al desprenderlas dejan ver una exudado purulento, el prurito es poco marcado.

Examen General.—Niño bien constituido, color moreno, no hay impedimento físico, no tiene vegetaciones adenoides, ni trastornos gastro-intestinales.

Examen de Aparatos. Normales.

Exámenes Complementarios. Orina normal, materias fecales no se encontraron parásitos.

Diagnóstico. Eczema Crónico, Variedad Impetiginoso.

Tratamiento.—El 3 de noviembre se principió a tratarlo por la Olobintina, poniéndole medio centímetro cúbico cada dos días, no terminó la dosis de diez inyecciones por que a la octava había desaparecido el eczema, no hubo ninguna manifestación de intolerancia. Resultado, curado.

Guatemala, 22 de noviembre de 1933.

M. Antº. Girón G.

Es Auténtica:
M. Zeceña M.

Observación No. 10.—E. M., de 26 años de edad, soltero, originario de esta capital y de oficio mecánico, llega a la Consulta de la Cruz Roja Guatemalteca el día 23 de noviembre de 1933.

Historia.—Refiere que hace como veinte días que le salieron en el miembro inferior izquierdo manchas rojizas que le provocan ardor y comezón, al poco tiempo aparecen vesículas que

al romperse con el roce de su ropa dan salida a un líquido de color blanco, que al secarse forman costras; que se las ha tratado con pomadas, con este tratamiento desaparecieron por espacio de ocho días, pero que hace cinco días le vuelven a salir.

Antecedentes Personales.—Sólo revela haber padecido a los 14 años de tifoidea, hace 7 meses de anginas, de enfermedad venérea, ninguna.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales.—Sin importancia.

Examen Local.—Presenta en la parte superior del muslo izquierdo una erupción roja que se extiende hasta la ingle, cubierta de vesiculillas no mayores que la cabeza de un alfiler, la otra en el hueco poplíteo, con los mismos caracteres de la anterior, ambas producen comezones y secretan una serosidad viscosa, clara y abundante.

Examen General.—Es un individuo de mediana estatura, gordo, sin fiebre, sin manifestaciones de artritis.

Examen de Aparatos.—Todos normales.

Exámenes Complementarios.—Materias fecales, no se encontraron parásitos. Orina, normal; Sangre, normal.

Diagnóstico.—Eczema Agudo, Variedad Vesiculoso.

Tratamiento.—Se le inyectan diez inyecciones de Olobintina, con intervalo de dos días cada una, comenzando el día 29 de noviembre de 1933, bajo éste tratamiento la erupción desapareció.—Resultado, curado.

Guatemala, 20 de diciembre de 1933.

M. Antº Girón G.

Es Auténtica:

M. Zeceña M.

CONCLUSIONES:

- 1º—La Olobintina nos parece el medicamento de elección para el tratamiento de las formas más corrientes de eczema.
- 2º—La eficacia es mayor en el eczema húmedo, aunque siempre mejora notablemente los eczemas secos.
- 3º—Aunque no puede decirse cual es el mecanismo de su acción, podemos asegurar que es un medicamento perfectamente tolerable.
- 4º—La única precaución que debe tomarse durante su empleo, es analizar la orina para despistar cualquiera irritación del riñón.
- 5º—En el 80 por ciento de los casos tratados por nosotros, la Olobintina curó, aquellos eczemas en que habían fracasado diversos tratamientos.
- 6º—Los eczemas agudos reaccionan más rápidamente que los crónicos.

M. Antº Girón G.

Vº Bº

C. M. Guzmán.

Imprímase,

E. LIZARRALDE,

Decano.

BIBLIOGRAFIA.

- L. Brocq.—Tratado de Dermatología.
 J. Darier.—Tratado de Dermatología.
 H. Gougerot.—Tratado de Dermatología.
 W. Dubreuilh.—Tratado de Dermatología.
 J. H. Sequeira.—Tratado de Dermatología.
 Dr. Edmundo Lesser.—Tratado de Enfermedades de la Piel y Venérea.
 Dr. Richard Heckel.—Tratado de Rayos Ultra Violeta.
 Dr. J. Saidman.—Tratado de Rayos Ultra Violeta.
 Riedel.—Archiv. Revista médica Alemana 1933.

PROPOSICIONES:

Antomía Descriptiva	Piel.
Anatomía Patológica	De la gangrena del Pulmón.
Bacteriología	Neumococo.
Botánica Médica	Hydrastis Canadensis.
Clínica Médica	Percusión del Corazón.
Clínica Quirúrgica	Exploración de la Rodilla.
Física Médica	Spirómetro.
Farmacía	Alcoholaturas.
Fsiología	Secreción Láctea.
Ginecología	Bartolinitis.
Higiene	De la Piel.
Histología	Fibra Muscular Estriada.
Medicina Legal	Muerte por Suspensión.
Medicina Operatoria	Ligaduras de la Arteria Lingual.
Obstetricia	Embarazo extra Uterino.
Patología Externa	Lujación de la Cadera.
Patología Interna	Anemia.
Patología General	Auto-Intoxicación Gastro Intestinal.
Parasitología	Tenia Saginata.
Química Médica Inorgánica	Oxido de Zinc.
Química Médica Orgánica	Acido Láctico.
Toxicología	Intoxicación por el Fósforo.
Terapéutica	Teobromina.