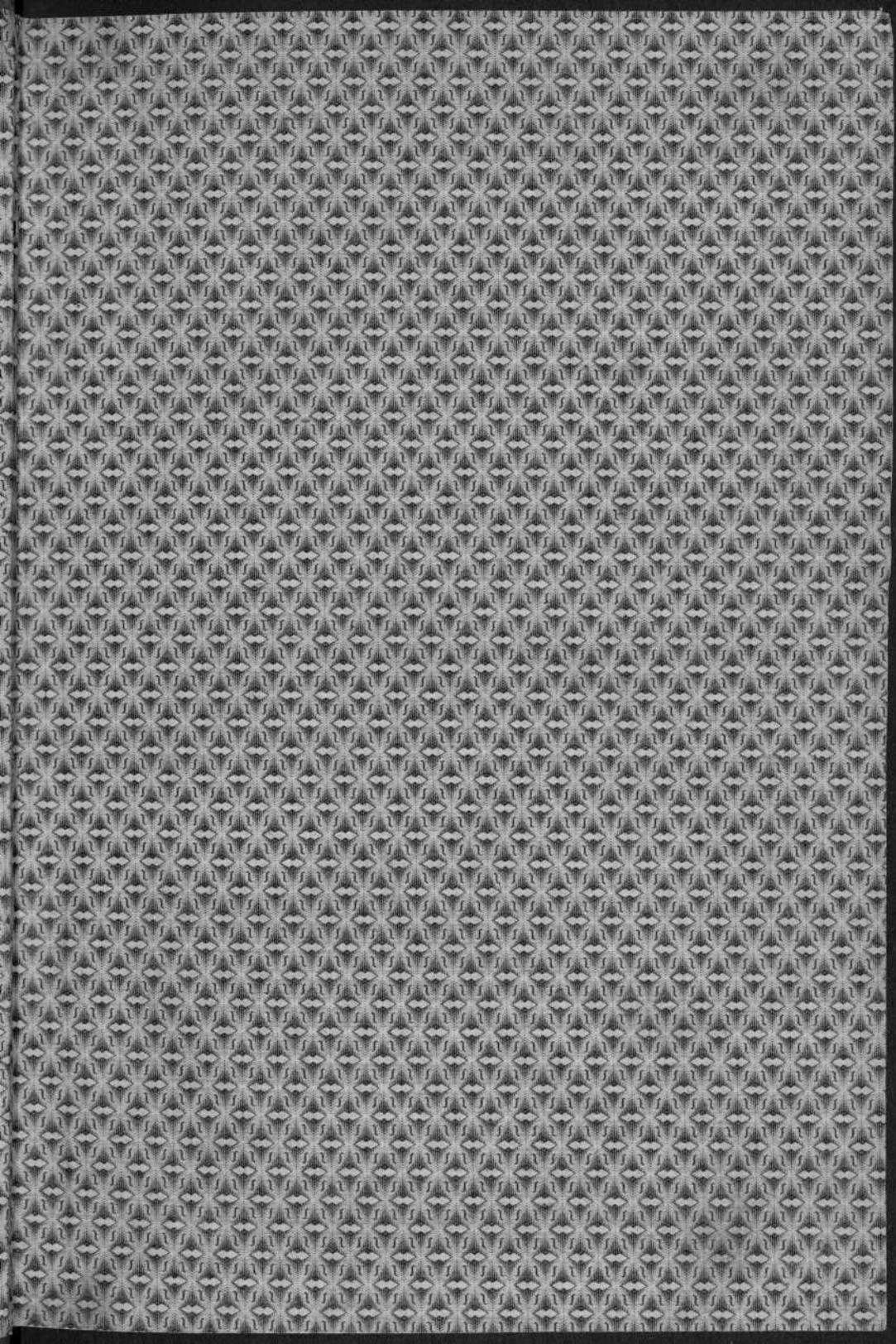


1594 |
~~2799~~



110
235

46157

~~93~~
~~41~~

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

por el doctor D. J. G. G.

DE EL D. D. D. D.

LECCIONES

ACERCA DE LAS

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

REGISTRE
DE LA
MUNICIPALITE DE LA PAIX

Je

LECCIONES

ACERCA DE

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

ESPLICADAS EN EL HOSPITAL DE SAN LUIS

por el **Doctor Hardy,**

médico del hospital de San Luis, catedrático agregado en la escuela de Medicina de Paris, caballero de la Legion de Honor.

REDACTADAS Y PUBLICADAS

POR EL DOCTOR LEON MOYSANT,

ex-interno de los hospitales.

REVISADAS Y APROBADAS POR DICHO CATEDRÁTICO.

HERPES. ESCROFULIDES. SIFILIDES.

vertidas al castellano

POR D. GABRIEL RAMON Y ADROVER,

del Cuerpo de Sanidad militar.



MADRID.

IMPRENTA DE EL CLAMOR PUBLICO,

A CARGO DE D. D. NAVARRO,
calle de Lope de Vega, número 45.

1863.

LEONOR

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

por el doctor LEONOR

por el doctor LEONOR

HERPES ESCARFULOS SIFILIS

por el doctor LEONOR

LEONOR

por el doctor LEONOR

LEONOR

PROLOGO.

Durante muchos años las enfermedades de la piel han sido mal estudiadas y mal conocidas : para los médicos era tarea poco digna ocuparse en estas afecciones, y su tratamiento se abandonaba á los empíricos y á los curanderos ; así como en nuestros dias dejamos algunas afecciones especiales para los dentistas y pedícuros. De este abandono injusto ha resultado una completa ignorancia de las enfermedades de la piel. Apenas se definía bien su nombre, aplicándose la misma denominacion á varias afecciones diferentes, y dando nombres variados á enfermedades iguales. Por lo que atañe á las descripciones relativas al aspecto, al curso y á los síntomas concomitantes de las erupciones, dejan tanto que desear, que siempre es despues de muchísimo estudio cuan-

do se consigue reconocer una afección determinada en medio de los detalles poco precisos que nos han dejado los autores.

A fines del siglo último, Plenck, y muy particularmente Wilan y su discípulo Bateman definieron regularmente las lesiones observadas en las enfermedades de la piel; dieron á la nomenclatura de estas mismas afecciones una precisión perfecta, y con la fidelidad de sus descripciones han facilitado llegar á una gran perfección de diagnóstico. Con este impulso, y merced á las observaciones, lecciones y publicaciones de Bielt, Gibert, Cazenave y Devergie, los diferentes aspectos de las enfermedades cutáneas, su curso, su sitio habitual, en una palabra, los detalles gráficos de estas afecciones fueron conocidos perfectamente, y por medio del estudio analítico de las lesiones elementales de las erupciones, se llegó á reconocer y á nombrar una enfermedad de la piel con tanta facilidad y por el mismo procedimiento con que un botánico consigue conocer el nombre de una planta examinando el número y la posición de los pétalos y de los estambres.

Grande fué el progreso realizado; nunca podrá proclamarse bastante alto. ¿Pero debemos contentarnos con esto? Soy de los que no piensan así. Estudiando las enfermedades de la piel,

no solamente en sus manifestaciones exteriores, si que tambien en sus causas y en sus relaciones con las demás enfermedades, se ve luego que la forma no representa mas que un papel secundario; es preciso reconocer que una misma enfermedad puede presentar ya vejiguillas, ya pústulas, ya escamas, y en algunos casos todas estas lesiones á la vez: citaré como ejemplo la sarna, en la cual se encuentran reunidas varias lesiones elementales, y aun el eczema, en cuya enfermedad pueden encontrarse simultáneamente vejiguillas, pústulas y escamas. Es que por encima de la forma hay el *carácter* particular de la erupcion, la *naturaleza* que imprime á la enfermedad un sello especial, mientras determina, segun los individuos, erupciones no poco variadas. Este exámen de la *naturaleza* de las afecciones cutáneas, lo descuidó enteramente la escuela inglesa. El sistema de clasificacion de esta escuela fundado en el estudio de los caracteres exteriores, no era, propiamente hablando, sino un medio artificial de llegar al diagnóstico; pero juzgado así, este diagnóstico era tambien incompleto, no daba á conocer mas que una parte de la enfermedad, la parte exterior, dejando en la oscuridad la cuestion de etiología y de naturaleza. Ahora que poseemos perfectamente el conocimiento de los caracteres

gráficos de las enfermedades cutáneas, se trata de dilucidar esta cuestión de naturaleza; es preciso dedicarse á formar grandes grupos nosológicos en los cuales puedan colocarse las diversas erupciones; el progreso en dermatología está hoy en la realización de esta obra. Conviene mucho tener presente esta verdad; para conocer bien una enfermedad de la piel, no basta saber su nombre sacado de su aspecto exterior, sino que también es preciso averiguar á qué grupo natural pertenece; así como, en nuestro estado social, un individuo no es bien conocido en su personalidad hasta que á su nombre puede añadirse su apellido. Las erupciones tienen, pues, su nombre de familia, y es este nombre el que viene á instruirnos acerca de su causa, su curso, sus reincidencias posibles y acerca del tratamiento que las conviene.

Considerada de este modo, la dermatología viene á ser evidentemente práctica; sale de la historia natural, donde se había refugiado desde el principio de este siglo, para volver á entrar en la medicina, en la verdadera medicina, la que no se contenta con dar nombre á las enfermedades, si que también hace esfuerzos principalmente para curarlas.

Tenia necesidad de enunciar estos principios de dermatología general al frente de mis leccio-

nes y principios, que me guian en mi práctica y en mi enseñanza, y encuentran en efecto, toda su aplicacion especial en el estudio de las enfermedades, que han sido el objeto de mi curso clínico durante el verano último. Los herpes, las escrofulides, las syphilides, forman tres grandes familias naturales muy distintas, pero que se parecen sin embargo, en el sentido que esas erupciones resultan de un estado constitucional, de una diatesis innata ó adquirida. En estas afecciones sobre todo, y principalmente en las escrofulosas y sifilíticas, es donde la forma eruptiva ocupa evidentemente el segundo lugar en la enfermedad, debiendo colocarse en el primero la cuestion de naturaleza, relativamente á la patogenia y á la terapéutica.

Como se verá en mis lecciones, he creido de mi deber reconstituir la clase de los herpes tan atacada y tan ridiculizada; he formado además, bajo el nombre de *escrofulides*, una clase de las afecciones escrofulosas, que pueden presentarse bajo diversas formas elementales, como las syphilides; pero conservando siempre los caracteres comunes que imprimen á estas erupciones un aire de familia. Al obrar así, me he colocado en el punto de vista práctico, y he creido un deber el separarme del camino que han seguido mis maestros y mis predecesores, muchos de

los cuales son todavía colegas míos en el hospital de San Luis. Relativamente á estos últimos, estoy muy lejos de desconocer los servicios que han prestado á la dermatología con sus trabajos y lecciones; pero su oposicion sistemática á las ideas nuevas, su negacion de los resultados terapéuticos mas evidentes, me han separado de ellos, muy á mi pesar, en varias cuestiones. Felizmente, he encontrado caminando decididamente por la misma senda á mi sábio y laborioso colega, Mr. Bazin, cuyas doctrinas de patología general se aproximan mucho á las mías, y quien se ha encargado recientemente, con tan próspera suerte como buen éxito, de hacer resaltar la verdad de nuestros principios comunes, reconstituyendo de nuevo, con grande interés científico y práctico, la familia tan natural de las enfermedades parasitarias. No quiero terminar estos preliminares, sin demostrar públicamente mi agradecimiento al doctor Moysant, mi antiguo interno y amigo, quien se ha dignado recopilar mis lecciones creyendo útil su publicacion. Al autorizar la, acepto gustoso la ocasion de someter al público médico mi modo de comprender las enfermedades de la piel y mi método de estudiarlas. En estas lecciones, que únicamente pueden considerarse como un ensayo aun incompleto de der-

matología, deseo, ante todo, se examine el lado verdaderamente práctico, según el cual he procurado dirigir mis estudios y enseñanza.

A. HARDY.

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

INTRODUCCION.

El estudio de las enfermedades de la piel.

INDICE GENERAL Y CLASIFICACION.

Al estudiar el capítulo de las enfermedades de la piel, el alumno debe tener presente el gran número de estas afecciones y el hecho de que muchas de ellas son contagiosas. No obstante, en el estudio de esta especialidad, siempre se debe tener en cuenta la posibilidad de algunas enfermedades comunes que pueden ser de punto de partida para muchas de las afecciones que se describen en esta obra. Entre estas enfermedades comunes se encuentran: la escabiosis, la sarna, la foliculitis, la erupción de la cara, la dermatitis y que pueden ser causadas por los ácaros, los hongos, las bacterias, etc. En primer lugar, se debe estudiar el diagnóstico de las enfermedades de la piel, para lo cual se debe tener presente los caracteres de cada una de ellas, así como también el modo de proceder al diagnóstico y el modo de proceder al tratamiento. Después de haber estudiado el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de la piel, se debe estudiar el estudio de la dermatología en general.

matología, deseo, ante todo, se examine el libro verdaderamente práctico, según el cual he procurado dirigir mis estudios y enseñanzas.

... A. HARRIS ... trabajos ... resultados ... principios comunes, reconstruyendo de nuevo, con grande interés científico y práctico, la familia tan natural de las enfermedades parasitarias.

No quiero terminar estos preliminares, sin demostrar públicamente mi agradecimiento al doctor Meyers, mi antiguo alumno y amigo, quien se ha dignado aceptar mis lecciones creyendo en su publicación. Al aceptar he acepto gustoso la ocasión de someter al público médico un modo de comprender las enfermedades de la piel y mi método de estudio. En estas lecciones, que desafortunadamente no se han de leer como un tratado, he intentado dar

apreciar estas lesiones, que han sido muy estudiadas, primeramente por Pleck, después, sobre todo, por Willan y en escuela de suya importancia á la de C. J. C. que es la que se refiere.

LECCIONES

ACERCA

de las

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

Los colores variables, persistentes ó transitorios, no tienden á desaparecer por la presión del dedo. Estas manchas tienen un hábito tenaz, conservan habitualmente el mismo estado y no se transforman como las otras lesiones elementales; mas bien que verdaderas enfermedades, son modificaciones de la piel.

INTRODUCCION

al estudio de las enfermedades de la piel.

LESIONES ELEMENTALES.—CLASIFICACION.

Al empezar el estudio de las enfermedades de la piel, admira desde luego el gran número de estas afecciones y el de sus variedades infinitas. Sin embargo, en medio de esta confusión aparente, no tarda mucho en percibirse algunos caracteres comunes, que pueden servir de punto de partida para clasificar estas afecciones, según sus semejanzas ó desemejanzas. Entre estos caracteres comunes encontramos desde luego, formas bastante precisas de erupciones bien definidas y que pueden apreciarse en los diferentes casos; estas formas son principalmente muy marcadas al principio de las enfermedades, se presentan entonces con caracteres evidentes, que permiten conocerlas y darlas un nombre particular: son las lesiones llamadas *elementales*, cuyo desarrollo y evolución, y algunas veces hasta la misma mezcla de los tipos constituyen los variados aspectos de las enfermedades cutáneas. Una vez comprendido el estudio de la dermatología, es preciso saber

apreciar estas lesiones, que han sido muy estudiadas, primero por Plenck, despues, sobre todo, por Willan y su escuela, cuya importancia debemos proclamar, en todo lo que se refiere al diagnóstico de las enfermedades de la piel.

Estas lesiones elementales ó primitivas son en número de once; á saber: 1. ° las *máculas ó manchas*, que consisten en una alteracion de la materia pigmentaria, ya por falta, ya por exceso, que da origen á manchas lisas ó salientes, de colores variados, persistentes, las cuales no tienden á desaparecer por la presion del dedo. Estas manchas tienen muchísima tenacidad, conservan habitualmente el mismo estado y no se trasforman como las otras lesiones elementales; mas bien que verdaderas enfermedades, son desfiguraciones de la piel á las que á menudo no alcanzan los recursos del arte. Encontramos estas manchas en el *vitiligo*, en las *efélides* en el *lentigo*, etc.

2. ° Los *exantemas* ó manchas eruptivas, son de color rojo mas ó menos intenso, de una estension variable; la rubicundez palidece y se estingue momentáneamente bajo la presion del dedo, para reaparecer luego que la presion cesa. La coloracion roja presenta varios grados de intensidad y va disminuyendo gradualmente, desde la época de su aparicion, hasta resolverse por completo. Al desaparecer, estas manchas van acompañadas de una descamacion, que varia segun sea la duracion de la de las afecciones escamosas; en estas últimas enfermedades la epidermis se seca y se exfolia incesantemente, mientras que en los exantemas, la exfoliacion no se verifica mas que una vez y comunmente á espensas de la epidermis, que existia al momento de la erupcion; la que se forma de nuevo, tiene todas las condiciones de la epidermis permanente y no se desprende. La erisipela, el sarampion, la escarlatina, nos ofrecen ejemplos de manchas exantemáticas. Se ha creido que los exantemas eran causados por un trastorno en la circulacion capilar de la piel, y que la rubicundez era el resultado de una congestion; esta idea nos parece bastante atinada.

3.º Inmediatamente despues de los exantemas encontramos las *vejiguillas*, que son pequeñas erupciones puntia-
gudas, transparentes, del tamaño de la punta ó á lo mas de
la cabeza de un alfiler; son debidas á un levantamiento de
la epidermis distendida por una serosidad clara, limpia y tras-
parente. Estas vejiguillas tienen diferentes modos de termi-
nar: unas veces el líquido se reabsorbe, la epidermis levan-
tada se aplana, y en el sitio de la vejiguilla no queda mas
que una pequeña mancha amarillenta que desaparece poco
á poco por sí misma; otras veces la vejiguilla se abre, la epi-
dermis se rasga y deja salir el líquido seroso que contenia:
este líquido, aunque claro y limpio, es no obstante, muy
plástico, y se condensa entonces bajo la forma de costras que
pueden renovarse varias veces. Cuando estas costras se sepa-
ran prematuramente, ó se quitan por medio de tópicos, apá-
reciendo ulceraciones superficiales debajo de ellas; otras veces,
en fin, las vejiguillas aumentan de volúmen, la serosidad se
cambia en pus, y entonces se forma una verdadera pústula.
Las vejiguillas son la lesion elemental mas comun del ecze-
ma. Se ha querido explicar la formacion de las vejiguillas por
la inflamacion de los conductos sudoríferos, pero el autor de
esta teoría, Mr. Cazenave, no ha dado ninguna prueba aná-
tómica en apoyo de su modo de ver, la que por otra parte no
tiene mas valor que el de una pura hipótesis poco probable;
ya tendremos lugar de ocuparnos en esta cuestion de pa-
togenia, cuando tratemos del eczema; ahora únicamente
hay que dejar sentado que protestamos contra esa anat-
omia patológica que sustituye las disecciones ó investigacio-
nes microscópicas por la hipótesis y la fantasia. Si la medicina
ha de ser positiva vale mas confesar nuestra ignorancia en un
punto, que procurar ocultarla con hipótesis sin fundamento.

4.º Las *ampollas* no son, propiamente hablando, mas
que una exageracion de las vejiguillas; son grandes levanta-
mientos de la epidermis del volúmen de una avellana, de una
nuez, de un huevo y mas, conteniendo igualmente un líqui-
do seroso. Las ampollas, lo mismo que las vejiguillas, pue-

den terminar por la reabsorcion del líquido, por la ulceracion y por la transformacion de la serosidad en un líquido purulento. Así como se han considerado las vejiguillas como el resultado de la inflamacion de la estremidad de los conductos sudoríferos, así también el Sr. Cazenave y su escuela, han mirado las ampollas como dependientes de la inflamacion simultánea, de un buen número de estos conductos; lo que acabamos de manifestar respecto de las vejiguillas, se aplica igualmente á las ampollas; no se puede concebir verdaderamente como la inflamacion de pequeños conductos sudoríferos, pudiera causar lesiones tan considerables como las que existen en las ampollas. Encontramos un ejemplo de ampollas en la *flegmasia cutánea*. En la quinta clase encontramos las *pústulas ó postillas*, pequeños tumores redondos, formados por la epidermis que ha levantado el pus. La reabsorcion es rara en las pústulas; ordinariamente revientan y el líquido condensado forma costras amarillas, oscuras y densas, que acaban dando origen á una ulceracion redondeada. A veces las ulceraciones son pequeñas, aproximadas y confluentes, como en el impétigo, y entonces se llaman *psidráceas*; otras por el contrario, son voluminosas, acompañadas de inflamacion intensa, están aisladas y son benignas, como en el ectima y se llaman *fizáceas*. Las pústulas se encuentran en el ectima, en el acné, en las viruelas locas, etc. La escuela llamada anatómica ha querido atribuir á la inflamacion de los folículos sebáceos la formacion de las pústulas; es posible que ciertas pústulas como las del acné dependan de la flegmasia de los folículos sebáceos; pero es ir más allá de los hechos demostrados, querer generalizar y atribuir la formacion de todas las pústulas á la inflamacion foliculosa. Si quisiera discutir aquí esta opinion, me bastaria citar el ejemplo de las pustillas del ectima que se desarrollan en partes donde los anatómicos niegan la existencia de folículos sebáceos; en la palma de la mano, por ejemplo.

6. Las *pápulas* forman la sesta categoría de las lesiones elementales. Son unas pequeñas erupciones lisas y consisten-

tes y puntiagudas que no contienen ningun líquido, pero que pueden segregarlo, cuando los enfermos escorian con sus uñas la punta de estas pequeñas elevaciones. Las pápulas existen en el estrófulo, en el liquen y en el prurigo. Se ha considerado á las pápulas como una afeccion de las papilas nerviosas de la piel, á causa de la comezon que las acompaña y que hace suponer una lesion de los aparatos nerviosos de esta última; faltando esas lesiones evidentes de las papilas, ni siendo reconocidas por medio de las disecciones y el microscopio, rehusamos ver en las pápulas una alteracion del cuerpo papilar. Para localizar de este modo el sitio de las pápulas, no basta considerar la comezon, pues este síntoma existe á menudo en un grado tan notable en afecciones que no son papulosas, en el eczema, por ejemplo, cuya lesion elemental la constituyen comunmente las vejiguillas.

7.º Las *escamas* no son otra cosa que restos de la epidermis modificada; forman laminitas secas, ordinariamente blancas ó grises, unas veces pequeñas, delgadas y furfuráceas (pitiriasis), otras veces, grandes, densas, sobrepuestas unas á otras y de un blanco nacarado (soriasis). Sin temor de equivocacion se pueden localizar las escamas en la epidermis.

8.º El octavo orden de las lesiones elementales comprende los *tubérculos*, palabra impropia, á causa de su significacion patológica ordinaria, y que deberia reemplazarse por la palabra *tuberosidad*, como lo habia propuesto Requin. Déseles el nombre que se quiera, los tubérculos son unos tumorcitos globulosos, duros ó blandos, que en su principio no contienen líquido, y se forman en las partes profundas del dermis; ya disminuyen poco á poco por medio de una absorcion insensible y acaban por desaparecer; ya se reblandecen y ulceran pudiendo ocasionar pérdidas de sustancia, cuya profundidad y estension sean bastante considerables.

Las alteraciones de la piel que acabamos de indicar, constituyen las lesiones elementales generalmente admitidas, las lesiones elementales clásicas descritas por Willan, Bateman

Bielt y sus discípulos. Creemos deber añadir á estas, otras tres, que son:

9.° Las manchas hemáticas (púrpura), constituidas por un derrame de sangre en el mismo tejido de la piel y formando manchas rojas, violadas y herrumbrosas, las cuales no desaparecen bajo la presión del dedo.

10.° Los productos alterados de la secreción sebácea, que se presentan ya en forma de un unto esparcido en la superficie cutánea (acné sebáceo fluente), ya en forma de concreciones semejantes á la cera seca y endurecida (acné sebáceo concreto). Estas alteraciones no se encuentran evidentemente en ninguna de las lesiones elementales clásicas.

11.° En la undécima y última clase colocamos todas las producciones parasitarias animales ó vegetales (*acarus* de la sarna, *achorion* de la tiña, *trichophiton* del herpe, etc.) Además de los caracteres especiales que el microscopio nos dá á conocer en cada uno de estos parásitos, las afecciones que dependen de ellos se nos presentan con formas particulares, con una fisonomía especial, que bastan para distinguirlas entre sí y para separarlas de otras enfermedades de la piel.

Acabamos de esponer el cuadro de las lesiones anatómicas elementales que se encuentran en todas las enfermedades de la piel cualesquiera que sean. Por lo demás, repetimos que la evolución y la mezcla de estas lesiones iniciales constituyen las diferentes variedades de las afecciones cutáneas. Al principio de las enfermedades comunmente es fácil reconocer estas lesiones iniciales; pero mas tarde esta investigación es mas difícil; se trasforman estas modificaciones, se mezclan unas con otras, y de ellas resultan á menudo, segun la feliz espresion de Devergie, enfermedades compuestas que debemos admitir en la práctica médica.

El trabajo analítico, que acabamos de verificar para el exámen de las enfermedades cutáneas en su estado mayor de simplicidad, no basta para tener una idea completa de esta clase de afecciones. Debemos considerar ahora nuestro objeto bajo un punto de vista enteramente opues-

to; debemos considerar las afecciones de la piel en su conjunto, de un modo capaz de coordinarlas y clasificarlas; esta clasificacion es indispensable; y el no haberla hecho los autores antiguos es la causa de la oscuridad que ha reinado durante mucho tiempo en el estudio de la patologia cutánea: se describian sin órden las enfermedades que forman parte de ella; el nombre mismo de estas no se definia bien, aplicándose evidentemente la misma denominacion á enfermedades diferentes, y á menudo se designaban por nombres variados afecciones parecidas.

La clasificacion y la nomenclatura de las enfermedades de la piel son de fecha reciente; desde que se plantearon los ensayos dirigidos á este objeto, se ha empezado á conocer mejor estas afecciones; ó lo que es mas exacto, desde que la observacion precisa ha permitido estudiar mejor sus caracteres, se ha podido pensar en clasificarlas.

El modo de considerar las enfermedades de la piel en su conjunto y las bases de clasificacion, ha sido además distinto segun los varios autores que se han ocupado en ello. Si nos proponemos examinar los principales ensayos de este género, veremos que Turner en 1714, ideó el clasificar las enfermedades cutáneas dividiéndolas en dos grandes clases: 1.^a Las enfermedades del cuero cabelludo, ó *tiñas*; 2.^a las enfermedades de la superficie del cuerpo, ó *herpes*. Entre el pueblo encontramos aun vestigios de esta clasificacion basada únicamente en el sitio: á menudo oireis llamar tiña, á toda enfermedad del cuero cabelludo, y herpes á toda enfermedad de la piel en las demás partes del cuerpo. Mas tarde, en 1776, Plenck, médico en Viena dando importancia al aspecto exterior de las enfermedades de la piel, las dividió en catorce grupos; pero se equivocó al tomar por base de su clasificacion las modificaciones que no son todas lesiones distintas, pues algunas de ellas no son más que productos ó fases de otra lesion; tales son las costras y las ulceraciones que son únicamente los productos de una inflamacion que ha llegado á cierto grado. No obstante, basada esta clasificacion en la análisis mas exacta que se

hizo de las modificaciones observadas en la piel enferma, debe considerarse como un progreso, y mirarla como el verdadero punto de partida de las clasificaciones anatómicas.

Casi en la misma época, esto es, en 1777, Lorry, en Francia, ensayaba una clasificación de las afecciones cutáneas, según el origen que se atribuía á estas enfermedades. Las dividía en enfermedades de la piel, procedentes de una causa interna, y en enfermedades de la piel procedentes de una causa esterna. Así como la clasificación de Plenck, es el punto de partida de las clasificaciones basadas en las lesiones anatómicas, así también debe considerarse á Lorry como el primer autor de las clasificaciones basadas en la naturaleza de las enfermedades.

Algunos años más tarde, al principio de este siglo, Willan, médico de una casa de curación en Londres, llamó de nuevo la atención acerca de las enfermedades de la piel, describió con cuidado las lesiones iniciales de estas afecciones y en seguida propuso una metódica clasificación, que, como la de Plenck, fué basada exclusivamente en aquellas lesiones elementales. Esta clasificación comprendía las ocho primeras clases que acabamos de enumerar, á saber: las maculas, los exantemas, las vesículas, las ampollas, etc.

La doctrina de Willan fué desarrollada y completada por su discípulo Bateman, y la popularizaron en Francia, Biett y sus alumnos los señores Cazenave, Schedel, Gibert, etc.

La clasificación anatómica de Willan fué incontestablemente muy ventajosa, puesto que llevó á la denominación de cada especie de enfermedad de la piel, una precisión notabilísima, y con un punto de partida bien determinado, dió al diagnóstico una perfección que antes no había tenido. Pero al lado de estas ventajas, presenta faltas irrecusables, más evidentes á medida que más se avanzaba en el estudio de la dermatología. Desde luego hácese representar á la lesión inicial un papel demasiado esclusivo y absoluto, sin tenerse bastante en cuenta sus complicaciones y su desenvolvimiento ulterior; pues la lesión elemental es muy á menudo de corta

duracion; existe un dia y al siguiente no es posible probarla, ya sea por haber desaparecido, ya por haberse modificado; y aun algunas veces no existe tal lesion inicial. Además, en esta clasificacion, se colocan en clases distintas y frecuentemente muy separadas enfermedades del todo semejantes, mientras que otras completamente diferentes son puestas en un mismo grupo al lado una de otra.

Citaremos, por ejemplo, al sarampion, la variolóide y la varicela, enfermedades cuya conexion entre sí no puede negarse, y que figuran, la primera en el orden de los exantemas, la segunda en el de las pustulas y en el de las vesículas la tercera; por otra parte vemos la variolóide, fiebre crup-tiva, colocada en el orden de las pústulas, al lado del ectima y del impetigo, enfermedades de origen muy distinto. Por último, se la puede reprochar la imposibilidad de que de tal clasificacion se saque ninguna induccion terapéutica. Tan fundados son estos cargos, bajo el punto de vista práctico, que los señores Cazenave y Devergie, que por mucho tiempo la admitieron y defendieron con calor, hoy, puede decirse que la han completamente abandonado.

La clasificacion de Willan y de Biett tuvo un éxito inmenso, á pesar de haber dado lugar á grandes debates. Un ex-profesor en jefe del hospital de San Luis, Alibert, catédrico elocuente é ingenioso autor, púsose á la cabeza de la oposicion, y poniendo de relieve los inconvenientes que nosotros acabamos de apuntar, apoyándose principalmente en la poca duracion de las lesiones elementales y en sus transformaciones, haciendo sobresalir lo erróneo de una clasificacion basada sobre un carácter solo, propuso otra fundada en el conjunto de los fenómenos y en los caracteres generales de las enfermedades. Comparó la clasificacion anatomo-patológica con los sistemas de las clasificaciones botánicas establecidas sobre la consideracion de un órgano solo; procuró hacer con las enfermedades de la piel lo que Jussieu emprendiera con tan feliz éxito para la botánica, y pretendió levantar un método natural de clasificacion dermatológica sobre la base de los

caractéres comunes de las enfermedades, segun las causas, los fenómenos predominantes, el curso, las indicaciones curativas, colocando en igual clase las afecciones verdaderamente semejantes bajo estos conceptos. Alibert cometió, por desgracia, el error de presentar su clasificacion bajo una forma estravagante cambiando además los nombres adoptados por todo el mundo, para sustituirlos con otros nuevos poco armoniosos y difíciles de pronunciar. Así es, que representó su clasificacion bajo la forma de un árbol, el *árbol de las dermatosis*; el tronco figurando la piel, las ramas representando los géneros, los ramos figurando las especies y los ramitos las variedades. La figura del árbol de las dermatosis, las estrañas denominaciones propuestas por Alibert, prestábanse al ridículo ó hicieron un daño inmenso á la clasificacion natural; cayó en el olvido, y por espacio de muchos años, en las escuelas, en las obras clásicas, la doctrina de las lesiones elementales, la mas sencilla, la mas fácil en apariencia, se adoptó generalmente, pero á medida que se avanzaba en el estudio profundo de las enfermedades de la piel, sentíase en el terreno de la práctica, la insuficiencia de la clasificacion inglesa; los discípulos mas adictos á Bielt, se desviaron poco á poco de la direccion adoptada por su maestro, y sin apercibirse de ello, adoptaron un sistema que se acercaba al método natural propuesto por Alibert. En efecto, este método es el mas filosófico; permite colocar las enfermedades segun sus afinidades y sus desemejanzas naturales; este es el único modo verdaderamente práctico de considerar las enfermedades de la piel, el único fecundo en resultados terapéuticos. Con esto os digo que nosotros adoptamos aquella base de clasificacion, y que consideramos las enfermedades de la piel bajo este punto de vista práctico, prescindiendo de los detalles y apariencias anatómicas variables en las mismas afecciones, para fijarnos en las causas, en los fenómenos principales y en las indicaciones terapéuticas.

Poco nos importa que una enfermedad cutánea se presente con vesículas ó pústulas, para el verdadero médico que

quiera conocer una enfermedad para procurar su curacion ; lo esencial es el saber si ella es accidental ó constitucional, si debe desaparecer espontáneamente al cabo de un tiempo determinado, ó si, por el contrario, no debe ceder sino merced á un tratamiento metódico.

Considerando las enfermedades cutáneas en su conjunto, segun este modo de ver, creemos que lo primero que debe hacerse al emprender su estudio, es el clasificarlas ; reconocer las afinidades, que, en medio de gran número de estas afecciones, permiten establecer orden y verdaderos puntos de referencia.

Propondremos, pues, una clasificacion natural con muchos puntos de contacto con la de Alibert, y dividiremos estas enfermedades en diez clases.

PRIMERA CLASE.—Manchas, deformidades.—La primera clase comprende á un cierto número de deformidades de la piel frecuentemente congénitas ó hereditarias, y que solo accidentalmente pasan á la categoría de enfermedades. En esta categoría encontraremos todas las alteraciones en el color, manchas, pecas, efelides, vitiligo, lentigo ; ciertos tumores, verrugas, molusco ; deben agregarse todavía la ictiosis y la queoide. Estas afecciones no exigen generalmente ningun tratamiento médico. Si se quieren curar, siendo locales, es menester destruirlas por medio de la incision ó de los cáusticos.

SEGUNDA CLASE.—Inflamaciones locales.—Como lo indica su nombre, pertenecen á esta clase las simples inflamaciones locales, sin relacion ninguna con un estado general cualquiera. Algunas veces no deja de haber en su principio cierto movimiento febril, y es comunmente poco intenso y efimero. En este grupo colocamos el eritema, la urticaria, el herpe, el ectima, el penfigo, etc. La terapéutica de estas afecciones es sencilla. Casi siempre bastan los ligeros antiflogísticos locales y generales.

TERCERA CLASE.—Enfermedades parasitarias.—En la tercera clase encontramos afecciones que todavía son puramente

locales pero debidas á la presencia de un parásito, animal ó vegetal (sarna, sycosis, herpes circinado, tiña). Es precisa la indicacion terapéutica; sobre la destruccion del parásito descansa ella por completo.

CUARTA CLASE.—*Fiebres eruptivas*.—Esta clase abraza las afecciones que no están localizadas como las precedentes; pero que están ligadas á una causa general, á la introduccion en la economía de un virus particular á cada enfermedad; tales son la escarlatina, el sarampion, la varioloide, etc. La erupcion cutánea se halla precedida y acompañada de fenómenos generales mas ó menos intensos.—En el tratamiento, debe respetarse el trabajo orgánico que constituye la principal enfermedad, y han de combatirse las complicaciones.

QUINTA CLASE.—*Erupciones sintomáticas*.—En este grupo la erupcion no es mas que accesoria y representa un papel secundario en la historia de la enfermedad; colocamos en este grupo á los herpes labiales, las manchas rosáceas de la fiebre tifoidea, la sudamina, la púrpura. Deberá dirigirse el tratamiento á la enfermedad principal.

SESTA CLASE.—*Herpes*.—Los herpes ó empeines que constituyen la sesta clase dependen de un estado particular, de una disposicion general de la economía, llamada diatésis herpética. Las enfermedades herpéticas son: el eczema, la psoriasis, el liquen, la pityriasis; en estas enfermedades constitucionales es evidentísima la necesidad de un tratamiento general y especial.

SETIMA CLASE.—*Escrofulides*.—Despues de los empeines debemos colocar inmediatamente á una clase de enfermedades muy importantes, debida tambien á una diatésis particular, á la diatésis escrofulosa; y hemos propuesto llamar escrofulides á tales manifestaciones cutáneas. A los modificadores locales, debería añadirse necesariamente el tratamiento general de la diatésis.

OCTAVA CLASE.—*Sifilides*.—La octava clase está formada por las sifilides debidas igualmente á una diatésis mas de ordinario adquirida, que necesariamente hereditaria, á la diaté-

sis. sifilítica. A Bielt debemos nuestras primeras nociones sobre estas enfermedades; su tratamiento es igual al de la sífilis.

NOVENA CLASE.—*Cánceres*.—En el noveno grupo colocaremos el cáncer de la piel; entre las diversas formas del cáncer de que puede ser afectada la piel, la mas comun es la designada con el nombre de *cancroide*. Es del mismo modo precisa la indicacion terapéutica: debe quitarse por medio de un instrumento cortante ó por el cáustico la parte de la piel afectada por el cáncer, y una larga esperiencia, nos hace preferir en este caso el último de aquellos medios.

DECIMA CLASE.—*Enfermedades exóticas*.—En la décima clase colocaremos las afecciones que no se observan en nuestros climas, y que solo se encuentran en otros paises que presentan condiciones climatéricas completamente distintas á las nuestras (la lepra tuberculosa, el pyan, etc.)

Tal es la clasificacion que proponemos y con ella contamos estudiar las enfermedades de la piel. Con solo esponerla ya pueden apreciarse sus ventajas prácticas; con este método en efecto, dada una enfermedad cutánea, clasificándola en uno de los grupos admitidos, tiénese luego una idea perfecta acerca de su naturaleza, de su pronóstico y de su tratamiento.

De este modo si se trata de un eritema, ó de un ectima; enfermedades colocadas en las inflamaciones locales, no hay necesidad de atormentar al enfermo con medicaciones perturbadoras intempestivas, que podrian influir malamente en la salud general: algunos antiflogísticos locales ó generales bastarian muy á menudo para favorecer la desaparicion de la enfermedad. Si la afeccion corresponde á la clase de las enfermedades parasitarias, lo esencial es destruir el parásito. Cuando, por el contrario, es una sífilide ó una escrofulide, los medios locales son accesorios, ocupa el primer lugar el tratamiento dirigido contra la diatesis. Estos ejemplos bastan, por cierto, para demostrar la importancia práctica de las divisiones que hemos propuesto y el sentido verdaderamente médico de

nuestra clasificacion : con el auxilio de la doctrina anatomo-
patológica de las lesiones elementales, se llegaba al diagnós-
tico de las enfermedades de la piel ; considerando estas afec-
ciones tal como nosotros proponemos, se llega á conocerlas y
á saber con qué clase de medios se podrá tratarlas con éxito.

capor de que puede ser afectada la piel, la mas comun es la
degradada con el nombre de canchales. En el mismo modo
procesa la indicacion terapéutica : debe darse por medio de
un tratamiento constante á por el contrario la parte de la piel
afectada por el capor. Y una larga experiencia nos hace
prestar en este caso el mismo de algunos medios.

ÚLTIMA CLASE. — Enfermedades crónicas. — En la decima
clase colocamos las afecciones que no se observan en nues-
tra clase y que solo se encuentran en otros países que
presentan condiciones climáticas completamente distintas
á las nuestras (la lepra tabernea, el gran etc.).

En la clasificacion que proponemos y con ella comen-
zamos estudiar las enfermedades de la piel. Con solo exponerla
ya pueden apreciarse sus verdaderas causas con este objeto
de un efecto, basta una clasificación, ordenada clasificándola
en uno de los grupos siguientes, tenemos luego una idea per-
fecta acerca de su naturaleza, de su pronóstico y de su tra-
tamiento.

En este modo se trata de un sistema, ó de un sistema
enfermedades cutáneas en las inflamaciones locales, no hay
necesidad de atender al sistema con medicamentos pertu-
radores intusivos, que podrían influir indistintamente en la
parte general : algunos medicamentos locales ó generales las
causan muy á menudo para favorecer la separacion de la en-
fermedad. Si la afeccion corresponde á la clase de las enferme-
dades puritantes, lo esencial es destruir el germen. Cuando
por el contrario, es una afeccion ó una enfermedad, los medios
locales son necesarios, ocupa el primer lugar el tratamiento
dirigido contra la hiel. Estos ejemplos bastan, por cierto,
para demostrar la importancia práctica de las divisiones que
hemos propuesto y el sentido verdadero de los medios de

II.

DE LOS HERPES.

Con el nombre de *herpes*, vamos á tratar de las afecciones que se manifiestan habitualmente en la piel y que reconocen su origen en un vicio particular de la economía, el cual puede llamarse *diatesis* herpética.

Con la palabra *herpes*, que no precisaba significacion alguna, los antiguos designaban las enfermedades crónicas de la piel con tendencia á generalizarse. Por esto la palabra *herpe* no precisa nada y no presenta apenas otra idea que la de ser crónica la afeccion. Así es, que tan luego como Willan y Bateman quisieron desenredar el caos de la patologia cutánea y llevar mayor propiedad y exactitud en la definicion de los términos con los cuales eran conocidas estas enfermedades, demostraron, sin gran esfuerzo, lo vago é indeterminado del nombre ó de la palabra *herpe*; pero en vez de darla un sentido mas circunscrito y una significacion mas precisa, lo juzgaron inútil y la suprimieron del vocabulario nosológico. Sin embargo, á pesar de los esfuerzos de la escuela inglesa y de sus representantes en Francia, Bielt, Gibert, Cazenave y Devergie, esta proscripcion no pudo hacerse de un modo definitivo; luego Alibert intentó, sin éxito, rehabili-

tarla en el lenguaje científico, y por otro lado, la palabra *herpes* ha quedado en el vulgo con la significacion de enfermedades antiguas y constitucionales de la piel.

Allí en donde hemos tenido necesidad de tomarle para restituirle su carácter y su lugar en la nosología cutánea.

Empero este lugar no puede ser legítimo mas que con la condicion de dar un significado preciso á la espresion que intentamos restablecer. En tal necesidad, nosotros llamaremos *herpes* de las afecciones de la piel á distintas lesiones elementales no contagiosas, transmitiéndose frecuentemente por herencia, reproduciéndose de un modo casi constante, presentando como síntoma principal comezón dispuestas á estenderse, de un curso habitualmente crónico, y cuya curacion tiene lugar sin cicatrices, por mas que á menudo vayan acompañadas de ulceraciones.

Segun el conjunto de estos caracteres, herencia, recidiva, tendencia fácil á estenderse por la superficie del cuerpo, etc., se concibe lógicamente que los herpes no son debidos solo á un estado local, sino mas bien á una disposicion general de la economía llamada por los antiguos *vicio herpético* y algunas veces tambien *virus herpético*. Esta última espresion era seguramente impropia, pues que los productos de la manifestacion herpética no tienen el carácter esencial de los virus, esto es, la transmision por la inoculacion. Así es que el virus herpético fué por espacio de mucho tiempo la base de los ataques contra la clasificacion de Alibert. Para nosotros, no admitiendo la palabra *virus*, creemos deber adoptar la existencia de la diatesis herpética, sobre la cual no podrá hoy nadie dudar, y creemos que la palabra herpes se aplica á una especie muy natural de las afecciones cutáneas.

Frecuentemente la diatesis herpética se halla latente por completo, pero en muchos casos, á los ojos del observador atento, aun fuera de los momentos de la erupcion, se produce con caracteres particulares, con accidentes especiales, que todavia no han llamado suficientemente la atencion, y que yo procuraré hacerlos conocer.

Síntomas.—Las personas *herpéticas*, aunque en apariencia gocen de buena salud, se encuentran, sin embargo, en un estado particular que no es la salud cabal.

La cubierta cutánea está habitualmente seca, y la transpiración se efectúa difícilmente y de un modo pasajero. También la piel es á menudo el asiento de comezones muy vivas, aun faltando la erupción. Estas comezones se manifiestan mas particularmente en el ano, en el que pueden llegar á hacerse muy intensas. Generalmente se desarrolla un grande apetito y es un hecho muy conocido, que los *herpéticos* consumen una cantidad de alimentos mucho mayor que otros enfermos en condiciones análogas, es decir, que se hallen sin calentura. Otra particularidad importante, es la estremada susceptibilidad de la piel y la facilidad con que esta experimenta la influencia de las causas mas ligeras y fugaces. Ya es una escitacion general, excesos alcohólicos, perder noches, uso del café, de ciertos alimentos (embutidos, mariscos, cangrejos, moluscos, etc.); ya es un escitante local, fricciones irritantes, aplicacion de un emplastro, etc., que dan lugar á una erupción á menudo pasajera, y no de naturaleza *herpética*, pero que revela una predisposicion particular de la economía y la existencia de un vicio latente, que no necesita para manifestarse mas que una ocasion favorable. Esta excesiva susceptibilidad de la piel debe hacer muy circunspectos á los enfermos en la eleccion y en el uso de los alimentos, y al médico prudente y reservado en el empleo de algunos medios locales en el caso de enfermedad.

La aparicion de estos diversos fenómenos es casi siempre indicio de una manifestacion mas ó menos cercana de la diatesis *herpética*. Al fin estalla esta. Entonces se caracteriza por medio de varias especies de erupciones cutáneas; vesículas, pápulas, escamas: pero esas lesiones elementales no se presentan aisladas jamás, ni forman erupciones con caracteres anatómicos constantes. Lo mas frecuente es que vayan juntas ó unidas, ya sea momentáneamente, ó ya mientras dure el curso de la enfermedad. Por eso nosotros no damos

a tales manifestaciones primitivas toda la importancia que les conceden Willan, Bateman, Bielt y sus discípulos. Una vez desarrollados los herpes, raramente se circunscriben en un punto solo del cuerpo; tienden á manifestarse en muchas regiones á la vez, ó á invadir una gran parte de la superficie del cuerpo, bien sea que la enfermedad vaya ganando terreno gradualmente, ó bien que se desarrolle simultánea ó sucesivamente en puntos mas ó menos apartados entre sí. Otro carácter muy importante de estas enfermedades es la simetría con que frecuentemente se desenvuelven, esto es, que á menudo afectan á dos partes correspondientes á los lados del tronco ó de los miembros.

El tercer carácter es la existencia de comezones, las cuales adquieren algunas veces tal intensidad que las hace atroces é insoportables, constituyendo un verdadero suplicio para los infelices enfermos, particularmente durante las noches, en que ocasionan insomnios crueles y enervantes. De ordinario las comezones disminuyen por la mañana, pero se exasperan por la noche; otras veces producen escozores muy dolorosos y hasta punzadas vivísimas.

Estas diferentes especies de erupciones se ven generalmente acompañadas de ulceraciones, algunas veces de una superficie bastante grande, pero poco profunda, y que se curan siempre sin dejar cicatrices. En ciertos casos, estas ulceraciones dejan en pos de sí manchas rojizas ó violáceas que no son mas que una alteracion pasajera. Estas manchas persisten algun tiempo para desvanecerse por sí mismas completamente, y la piel reaparece tan natural como antes. Esto se observa á menudo en la cara de los jóvenes, en estos casos de impetigo en que se forma una careta de costras espesas que espanta á los pacientes, como si debieran ser causa de cicatrices disformes, y que sin embargo se curan sin dejar la menor señal. Añadamos, con todo, que en algunos casos, particularmente en las estremidades inferiores, al desaparecer las enfermedades herpéticas, pueden dejar manchas azuladas ó negruzcas que persisten indefinidamente.

Además, no es solamente en la superficie de la piel donde se manifiestan y extienden las afecciones herpéticas: se las vé tambien aparecer en las membranas mucosas que tienen una continuacion directa con el tegumento extenso y que tapizan las cavidades abiertas al exterior. Por eso los herpes que se ven en la cara se apoderan ya de la mucosa ocular, en la que determinan una inflamacion especial, ya de la mucosa bucal en la que producen una especie de estomatitis herpética, ya tambien del conducto auditivo esterno que se seca, se indura y ocasiona un pequeño grado de sordera. Los herpes de las partes inferiores del cuerpo invaden con frecuencia el ano en los dos sexos, la vejiga y la vagina en la mujer; de ahí resultan leucorreas muy intensas y pertinaces, las cuales deben ser miradas como de carácter herpético. Hánse visto, en fin, asociadas con los herpes algunas otras afecciones internas: ciertas toses, una laringitis y una faringitis granulosa, han sido observadas por muchos médicos, entre los cuales citaré á los señores Rouland, Fontan y Gueneau de Mussy, lo mismo que la bronquitis crónica con secrecion abundante de la mucosa bronquial; se ha observado tambien alguna vez una especie de correspondencia entre la bronquitis y los herpes, entre la gastralgia ó la gastro-interitis, y las mismas afecciones. En algunos enfermos no se ha podido triunfar de ciertos fenómenos graves, tales como una tos pertinaz, sino tratando la erupcion cutánea por los baños sulfurosos. ¿Son, ahora, estas bronquitis, gastritis y enteritis tan frecuentes como en otro tiempo lo creian algunos autores, los cuales con el temor de que eran enfermedades internas, habian erigido en sistema, que de ningún modo debia intentarse la curacion de los herpes? Nosotros no lo creemos así; la opinion que acabamos de citar es un hecho verdadero, pero exagerado, que no podemos aceptar, sino dentro de los límites escepcionales en que le hemos circunscrito. Es raro que los herpes hayan acompañados de fenómenos generales; sin embargo, no sucede así en el momento de su aparicion, en cuyo caso se revisten de la forma aguda; muéstranse entonces con algun malestar general, quebrantamien-

to general de huesos y calentura; esto apenas se observa mas que en el eczema y mas particularmente en el *eczema rubrum*.

Curso.—El curso de las afecciones herpéticas es esencialmente crónico. Con todo, no es esto decir que en algunos casos excepcionales, no puedan adquirir la forma aguda.

Obsérvase señaladamente este estado agudo en algunas variedades de eczema y de impetigo, cuya duracion no pasa de seis semanas ó dos meses, límites extremos asignados á las enfermedades agudas. Pero, lo repetimos, en la mayor parte de los casos, la enfermedad se prolonga meses y años; con variable intensidad. Es muy comun ver enfermos atormentados toda su vida, con algunos intervalos de remision mas ó menos largos.

Naturalmente debemos hablar de las recidivas, que forman uno de los caracteres fundamentales del grupo de las afecciones que nos ocupa. La recidiva es, en cierto modo, circunstancia fatal de la *diatesis herpética*, pudiendo asegurar, sin temor de ser desmentidos por los hechos, que es muy rara la curacion de una erupcion herpética, despues de un solo ataque: asi, cuando observeis la enfermedad en una persona de alguna edad, podeis afirmar de un modo casi indudable que la erupcion actual ha ido ya precedida de otras semejantes. Por lo demás, entre todas las manifestaciones herpéticas, es la psoriasis la mas pertinaz, la que se reproduce con mayor tenacidad.

Siempre, pues, que hayais hecho desaparecer una erupcion herpética, estad bien persuadidos que no habreis triunfado mas que de la manifestacion local; de ningun modo lo habreis hecho de la diatesis. Es muy distinto el modo de sucederse, y distinta tambien la época de las recidivas; dependen de las condiciones de temperamento, edad, régimen, género de vida, que varian en cada individuo; algunas veces se presentan las recidivas á las pocas semanas, ó al cabo de algunos meses; otras veces tardan muchos años, y en casos dados, hasta quince y veinte años.

Terminaciones.—Despues de los detalles que acabamos de

esponer, poco nos queda que decir sobre las terminaciones. Hemos dicho que es muy rara la curacion: sin embargo, ya sea porque la enfermedad haya cedido á un tratamiento apropiado, y por largo tiempo seguido, ó ya porque dicha enfermedad haya espontáneamente desaparecido de resultas de una profunda modificacion en la economía, sobrevénida bajo el influjo de condiciones higiénicas favorables, hay ejemplos de haber, por decirlo así, desaparecido la *diatésis herpética*. Pero en estos casos escepcionales debemos obrar con mucha circunspeccion y reserva, si queremos evitarnos una desagradable ilusion, porque las mas veces es latente la diatésis; está dormitando, y basta una causa accidental algo activa para hacerla aparecer al exterior.

Diagnóstico.—En el diagnóstico de las afecciones herpéticas, no es menester limitarse al exámen de los caracteres exteriores llamados lesiones elementales; es preciso, desde un principio, tener en consideracion el conjunto exterior de la enfermedad, su extension, el modo como se ha desarrollado y la existencia de las comezones; pero es necesario ante todo apreciar el estado general del enfermo y averiguar los antecedentes de los padres y hasta de los hijos de los enfermos, para asegurarse de la existencia de la diatésis. Una vez la diatésis reconocida, se determinan las diversas formas de la manifestacion, y en este caso es cuando las lesiones locales adquieren una verdadera importancia y á las que se les dá su justo valor, tales como la secrecion serosa del eczema, la rugosidad especial del líquen, las escamas largas y gruesas del psoriasis, las escamas finas y furfuráceas de la pitiriasis. En cuanto al diagnóstico exacto de las variedades, es á menudo muy difícil, como lo mencionaremos mas adelante, y por lo demás de muy poca importancia para el tratamiento. Lo repetimos, bajo el punto de vista práctico, lo esencial es el conocimiento del nombre de las familia á que pertenecen enfermedades cutáneas.

Pronóstico.—Los herpes en sí mismos no son graves, puesto que no comprometen de un modo sério la vida; al menos

en la inmensa mayoría de los casos. Son enfermedades mas bien incómodas que peligrosas. No obstante, en los viejos tienen cierta gravedad á causa de la debilidad que ocasionan, ya por efecto de la abundancia de las secreciones, ya á consecuencia de los insomnios, como sucede en el eczema: esa debilidad en tales enfermos es tanto mas perjudicial, en cuanto se une á ella la edad que aminora aun su fuerza de resistencia á las influencias morbosas.

Aquí se presenta una cuestion largo tiempo debatida y diversamente resuelta por los autores. ¿Es dañoso el curar los herpes? La respuesta á esta cuestion supone la resolucion anterior de esta otra: ¿Puede haber una repercusion de herpes, es decir, puede desarrollarse una afeccion interna por el solo hecho de la desaparicion de una afeccion herpética? Mucho se ha hablado acerca la repercusion de los herpes. Consúltese la etiología de cada afeccion en particular en obras de fecha un poco antigua, y se verá á poca diferencia figurar de un modo invariable esta repercusion de una manera vulgar. Creemos, pues, que en la apreciacion de esas pretendidas metástasis, la imaginacion y el deseo de teorizar han tenido mas parte que la observacion de los hechos. En efecto, durante el curso de una afeccion herpética se desarrolla una enfermedad visceral algo grave, en cuyo caso la manifestacion cutánea cede su puesto á la afeccion interna, y desaparece; despues, cuando esta se ha curado, el herpe reaparece á su vez. En este caso se ha tomado sencillamente la causa por el efecto. Mientras tanto, responderemos á la primera cuestion diciendo de un modo general que no es dañoso el curar los herpes. Unicamente haremos, respecto de ciertos casos excepcionales, una reserva que es de suma importancia práctica. En ciertos individuos herpéticos afectados de asma y de catarro pulmonal, se nota que los accesos de sofocacion son mas raros y mas ligeros cuando la erupcion está en plena efflorescencia, y que los mismos se vuelven, por el contrario mas frecuentes y graves, cuando la afeccion exterior se ha curado, ó solamente ha disminuido de un modo notable: en estas

circunstancias el médico deberá siempre respetar la afección cutánea, al menos en ciertos límites. En igual caso se encuentran algunas gastralgias y neuralgias, como ya hemos dicho. A escepcion de estos casos de complicacion, creemos que en la mayoría de los casos, se puede emprender sin peligro la curacion de las enfermedades herpéticas.

Etiología.—Los herpes aparecen en todas las edades; lo mismo se observan en los niños que en los viejos; únicamente en estos últimos la enfermedad ha sido comunmente precedida por ataques anteriores, y se remonta lo mas comun á cierto número de años. Es, en efecto, muy raro el ver un eczema en un viejo que no haya padecido anteriormente muchas erupciones, y cuya primera aparicion de la enfermedad no se remonte á la adolescencia ó á la infancia. Relativamente al sexo, ambos están igualmente predispuestos á contraer la afección herpética.

Todos los temperamentos pueden ofrecer la diátesis herpética, pero las diferentes formas de la enfermedad afectan, al parecer, ciertos temperamentos especiales. Asi, el eczema se manifiesta preferentemente en los sujetos linfáticos; el líquen en los sujetos nerviosos, la pitiriasis se encuentra mas á menudo en las personas biliosas, mientras que la psoriasis parece tener una predilección por los sujetos de temperamento sanguíneo.

Las estaciones no tienen realmente la importancia que ciertas personas han querido darlas. Sin embargo, se puede demostrar que las erupciones se efectuan frecuentemente en los grandes cambios de las estaciones, en la primavera ó en el principio del invierno.

Las causas ocasionales todas no son suficientes para producir la enfermedad; pero determinan su aparicion cuando la diátesis existe. En primera línea colocaremos entre las causas ocasionales los escesos en la comida, el abuso de los alcohólicos, un trabajo forzado, las vigiliias prolongadas, los insomnios, las emociones morales vivas, las penas, ciertas aplicaciones tópicas (pomadas irritantes, fricciones, etc.), ciertas

enfermedades de la piel accidentales, la sarna, por ejemplo, que pueden despertar la diatesis. En medio de las causas ocasionales debemos tambien colocar algunas profesiones, tales como los ocupados en las destilaciones, los grabadores en acero, los tahoneros, los forjadores de hierro, los especieros, los fabricantes de productos químicos, los cocineros, etc.

Tratamiento.—No debemos aquí entrar en los detalles terapéuticos, que naturalmente pertenecen á cada especie de enfermedades herpéticas consideradas en particular; debemos limitarnos á algunas generalidades que completan la historia de los herpes.

Digamos desde luego que en el principio de la afección, cuando dominan los fenómenos inflamatorios locales, sea cual fuere la forma de la erupción, debemos recurrir á los medios antiflogísticos locales y generales; este es un tratamiento preparatorio, cuya energía y duracion deben ser proporcionadas á la intensidad de los síntomas flecmásicos propiamente dichos, y que asegura el buen éxito de la terapéutica especial, á que es preciso recurrir despues, cuando el tratamiento antiflogístico solo, compuesto de tisanas refrescantes, de baños emolientes y de tópicos de igual naturaleza no ha sido suficiente para hacer desaparecer el último resto de la afección.

Respecto al tratamiento especial, encierra dos órdenes de medios terapéuticos: remedios locales, pomadas ó lociones, medicamentos que ordinariamente obran como sustitutivos, cuyo papel es secundario y cuya precisa indicacion es á menudo difícil de apreciar, y remedios generales mucho mas importantes, y que constituyen la verdadera terapéutica de las afecciones herpéticas. Siguen luego los purgantes, el azufre, el arsénico, la tintura de cantáridas, el iodo, etc. Muchos medicamentos usados comunmente con éxito, parecen muy diferentes unos de otros, y sin embargo, pueden considerarse, respectivamente á sus efectos terapéuticos, como pertenecientes á medicaciones poco numerosas: si queremos darnos cuenta del modo de obrar de estos medicamentos, hallamos, en efecto, que pertenecen ya á la medi-

cacion derivativa, ya á la sustitutiva, ya, en fin, á la reconstituyente. En la primera línea de los medicamentos derivativos encontramos á los purgantes, cuyo uso es tan comun y tan útil en el tratamiento de las enfermedades herpéticas, sobre todo de aquellas que van acompañadas de una secrecion sero-plástica ó sero-purulenta.

Pero están lejos de ofrecer la misma eficacia cuando se trata de enfermedades de carácter seco.

Colocamos tambien en igual categoría á los diuréticos, poco usados, si bien con ellos hemos obtenido buenos resultados en algunas enfermedades secretorias, que presentaban asi mismo fenómenos inflamatorios bastante pronunciados. Los sudoríficos de toda especie, el azufre, los preparados arsenicales y la tintura de cantáridas son de un uso bastante comun en el tratamiento de las enfermedades herpéticas. Nosotros añadiremos á estos medicamentos el bálsamo de copaiva, que hemos empleado igualmente con éxito en algunos casos rebeldes.

Sin entrar en detalles relativos á la aplicacion de estos medicamentos diversos, lo que nos reservamos para mas adelante, conforme tenemos ya indicado, queremos únicamente por ahora hacer notar, que podemos atribuir los satisfactorios resultados de estos remedios á su manera particular de obrar, y en cierto modo electiva respecto de la piel. No tenemos necesidad de demostrar esta accion respecto de los sudoríficos, del azufre y del copaiva, que se halla designada naturalmente para el tratamiento de las afecciones cutáneas crónicas, á causa del eritema que determina á menudo su administracion. En cuanto á la tintura de cantáridas, su accion tópica sobre la piel, puede con facilidad creerse que se dirige hácia el propio órgano cuando ha sido administrada al interior, como lo prueban, por otra parte, la rubicundez y la animacion que sobrevienen en las partes cutáneas afectadas cuando los enfermos toman las cantáridas. Me parece, del mismo modo evidente la accion del arsénico sobre la piel, no tan solo por los efectos terapéuticos, sino tambien por las manchas grises que no es

raro encontrar en los enfermos que por algun largo espacio de tiempo han usado los preparados arsenicales, y cuyas manchas pueden quizás atribuirse á la presencia del arsénico en el mismo tejido de la piel. Nosotros consideramos pues, estos medicamentos como modificadores de esta membrana y esplicaremos sus efectos por medio de la accion sustitutiva que, llevando al tejido cutáneo una nueva cualidad, hace desaparecer la alteracion interior.

Otros medicamentos, como los amargos, el aceite de hígado de bacalao, el hierro y algunos preparados iodurados se emplean tambien, y con éxito, en muchas afecciones herpéticas; podemos esplicar su utilidad por el efecto que producen en la constitucion y en toda la economía: indicanse principalmente en los casos en que los herpes han invadido un temperamento linfático y una constitucion deteriorada; aquí obran evidentemente por su accion reconstituyente.

Pero tratando de los modificadores de la constitucion, no dejemos de insistir acerca de la importancia de la higiene y de la dietética; deben evitar los enfermos todo cansancio, todo exceso; deberán someterse antes que todo á un régimen alimenticio severo, absteniéndose de condimentos y de guisados picantes; de alimentos fuertemente azoados, y particularmente de caza y cerdo; de pescados de mar, y sobre todo de almejas; el café, vino puro, licores alcohólicos, y hasta el mismo té deben proibirse. Tal higiene especial juega un papel importantísimo en la terapéutica de las afecciones herpéticas, tanto para llegar á su curacion, como para evitar las recaídas; la higiene coadyuva á la accion de los medicamentos; con frecuencia puede por sí sola, determinar la curacion de las afecciones antiguas y rebeldes, lo que no debe sorprendernos cuando reflexionemos que un régimen alimenticio severo, con exclusion de todo excitante, lleva indispensablemente con el tiempo á los solidos y á los liquidos de la economía una modificación tan poderosa como los medicamentos llamados alterantes.

A este poder de la higiene debemos atribuir los buenos

resultados de muchos métodos terapéuticos, al parecer viciosos, y entre otros, de aquel en que los medicamentos son administrados á dosis imaginarias.

En el tratamiento general de las enfermedades herpéticas debemos tambien hacer mencion de las aguas minerales, y en particular, de las aguas sulfurosas, salinas ó alcalinas, cuya accion pertenece á las categorias terapéuticas que hemos establecido. En efecto, unas veces curan modificando la constitucion; otras haciendo pasar al estado agudo la afeccion crónica, ó ejerciendo la accion de agentes sustitutivos; tambien obran como derivativas aumentando las secreciones intestinales, urinarias ó cutáneas. Mas, sin entrar demasiado en el estudio de la teoria, basta que sepamos que las aguas minerales bien aplicadas constituyen un recurso terapéutico precioso, y con el cual se curan á menudo afecciones rebeldes á los demás medios de curacion.

Despues de haber examinado los diferentes medios que tenemos á nuestra disposicion para combatir los herpes, debemos al terminar este capítulo de generalidades, abordar esta cuestion: ¿la terapéutica que acabamos de indicar se dirige contra la diatésis herpética, ó tiene solamente por objeto combatir la manifestacion localizada sobre la piel? Es dificil responder á esta pregunta, porque ordinariamente la diatésis solo manifiesta su existencia por las erupciones. Si estas desaparecen, debemos guardarnos bien de admitir que esto tiende á neutralizar la diatésis. Sin embargo debemos mas bien creer que los efectos exteriores y únicos de la enfermedad, son combatidos por los medios terapéuticos empleados, y que la diatésis persiste. Apoyamos nuestro modo de ver en la persistencia con que reaparecen ciertas erupciones herpéticas, que solo se logra hacerlas desaparecer temporalmente para verlas reaparecer de nuevo algunos meses ó algunos años mas tarde. En vista de estas redicivas rebeldes, en cierto modo fatales, nos inclinamos á comparar la diatésis herpética con la diatésis sifilítica. En esta última afeccion, los accidentes locales son combatidos con éxito por un tratamiento racional; pero una vez declara-

...mente determinar en sitio análogo; y en segundo lugar las influencias variadas que puede ejercer en un aspecto, no solamente en los distintos individuos, sino también en las distintas fases de su evolución en un mismo individuo. No obstante, nosotros le designamos con estas palabras: una afección caracterizada en su principio por el desarrollo de vesículas y de vesículo-pústulas pedunculadas y aglomeradas ó por grietas epidermicas que dan lugar á una secreción serosa ó sero-purulenta mas ó menos abundante y susceptible de formar costras, terminando por último, por una desquamación de la epidermis.

III.

DEL ECZEMA.

Esta definición es larga, pero tiene por lo menos el mérito de dar una idea bastante exacta y completa de los términos que caracterizan la afección. Después de esta definición vamos á hacer la descripción

Hemos demostrado que las diferentes afecciones agrupadas bajo el nombre comun de herpes están enlazadas por afinidades naturales, por lazos de verdadera semejanza y no por la arbitrariedad. Mientras tanto, vamos á trazar la historia de cada una de estas afecciones.

El eczema, en el que nos ocuparemos en primer lugar, es la enfermedad mas comun entre las afecciones cutáneas. La palabra eczema se deriva de la palabra griega *εχέω*, que significa, *yo quemo*, y lleva en sí la idea de fuego y de calor. Alibert, muy amante de las palabras extranjeras y elegantes, designaba al eczema bajo el nombre de herpe escamoso y húmedo (*herpes squamosus madidans*); nombre que tenia la ventaja de dar una exacta idea del aspecto escamoso de la parte afectada y de la secreción húmeda que baña ordinariamente su superficie. Comunmente esta enfermedad es conocida bajo el nombre de *herpe vivo*. La palabra eczema está, sin embargo, generalmente adoptada por los médicos; Willan, Bateman y Bielt colocaron esta erupcion entre las afecciones vesiculosas, y Alibert en la clase de las dermatosis herpéticas.

Es difícil dar una definición exacta y rigurosa del eczema,

á consecuencia, en primer lugar, de lo imposible que es actualmente determinar su sitio anatómico; y en segundo, por las infinitas variedades que puede ofrecer en su aspecto, no solamente en los diferentes individuos, sino tambien en las distintas fases de su evolucion en un mismo individuo. No obstante, nosotros le definiremos con estas palabras: una afeccion caracterizada en un principio por el desarrollo de vesículas y de véstico-pústulas pequeñas y aglomeradas, ó por grietas epidérmicas, que dan lugar á una secrecion serosa ó sero-purulenta mas ó menos abundante y susceptible de formar costras, terminando, por último, por una descamacion de la epidermis.

Esta definicion es larga, pero tiene por lo menos el mérito de dar una idea bastante exacta y completa de los fenómenos que caracterizan la afeccion.

Despues de esta definicion, vamos á hacer la descripcion general de la enfermedad; luego trataremos de sus principales variedades. Para mayor órden y claridad en este estudio, admitiremos tres grados en el desarrollo del eczema.

PRIMER GRADO.—El primer fenómeno que se observa es una rubicundez mas ó menos estensa, sobre la cual no tardan en aparecer, ya vesículas, ya vesico-pústulas; otras veces se manifiestan simples hendiduras de la epidermis.

Las vesículas aparecen bajo la forma de pequeñas eminencias acumuladas, formando un pequeño relieve por debajo de la piel, aglomeradas en grupos muy compactos y transparentes del mismo modo que si contuviesen agua.

Estas vesículas tienen ordinariamente una duracion muy corta, y á veces efímera; es raro que su existencia pase de 36 ó 48 horas; no siempre se las puede apreciar.

Algunas veces estas vesículas estan de tal modo aproximadas, que se confunden unas con otras, y por efecto de tal reunion forman anchas ampollas, simulando las del pemfigo: en casos raros de eczema agudo, y sobre todo cuando la enfermedad tiene su asiento en las partes en que la epidermis goza de una gran resistencia, como en los piés y en las

manos, la vesícula puede desaparecer y extinguirse sin que se rompa, reabsorbiéndose la serosidad que contenia; pero en la mayor parte de los casos, las vesículas se rompen, ya sea por el contacto de las uñas, ya espontáneamente.

Entonces son reemplazadas las vesículas por pequeñas ulceraciones, comunmente superficiales, que dejan escapar un líquido seroso transparente, pero plástico y viscoso que mancha y encartona el lienzo.

En virtud de esta propiedad plástica, la secrecion de que hablamos se seca sobre la superficie, en que se desarrolla y se concreta formando costras amarillentas, ó grises de ordinario muy delgadas y bastante blandas.

Algunas veces, en lugar de vesículas, se hallan sobre la superficie rojiza, pústulas ó vesico-pústulas, que no son otra cosa mas que vesículas, en las cuales, por efecto de una mayor inflamacion, el pus ocupa el sitio de la serosidad.

Háse dado á esta forma el nombre particular de *impetigo*, y se ha hecho, á nuestro parecer, conforme demostraremos mas adelante, de dicha forma un género aparte. Las pústulas entonces son *psidraceas*, es decir, aglomeradas; se rompen al cabo de 36 á 48 horas; son, pues, como las vesículas, un fenómeno de corta duracion y difícil de apreciar.

El líquido purulento ó sero-purulento que sale de ellas, forma tambien costras mas ó menos gruesas, desiguales, rugosas, de un color amarillo verdoso mas ó menos oscuro.

En algunos casos raros, en fin, no encontramos en la superficie encarnada ni vesículas, ni pústulas, pero sí grietas, hendiduras de la epidermis formando sinuosidades, que se cruzan en todos sentidos. Estas hendiduras dan paso á la serosidad plástica, que tiene los mismos caractéres que la de las vesículas, y que puede dar lugar á la formacion de costras. No pueden, pues, las vesículas y las pústulas ser tenidas como carácter esencial del eczema.

SEGUNDO GRADO.—En este segundo grado no vemos nada de vesículas ni pústulas, nada mas que úlceras y costras. Las úlceras son siempre superficiales y tan pronto aisladas y

redondeadas, como agrupadas y confundidas por sus bordes, de manera que presentan una ancha superficie ulcerada; dan lugar á la secrecion de un líquido viscoso, plástico que encartona y endurece el lienzo.

Esta secrecion morbosa es trasparente y serosa, ó bien opaca y purulenta, segun haya la enfermedad empezado con vesículas ó pústulas, y se concrete muy pronto; formando costras grises, amarillas ó verdosas.

Estas son á veces delgadas, aplastadas y enteramente parecidas á las escamas, que es cuando resultan de una mezcla de epidermis y de serosidad concretada; otras veces son compactas, desiguales, y esta disposicion es tanto mas pronunciada, cuanto mas la secrecion se asemeja al estado purulento. Las costras constituyen, pues, el carácter esencial del eczema en el segundo grado. Al cabo de cierto tiempo caen, ya sea espontáneamente, ya por efecto de las cataplasmas y de los baños, en cuyo caso se encuentra en su lugar una superficie de un matiz rojizo y punteada, cubierta de pequeñas ulceraciones redondeadas. Se ven manar de un modo manifesto de estos pequeños puntos y ulceraciones pequeñas gotas parecidas al sudor, constituidas por un líquido trasparente y plástico que, como el precedente, no tarda en trasformarse en nuevas costras, cuyo volúmen aumenta por la incesante adiccion de la secrecion.

TERCER GRADO.—(*Estado escamoso*).—En el tercer grado todas las costras han desaparecido y la superficie cubierta antes por ellas ha tomado unas veces un color encarnado bastante vivo ya un color moreno subido. En estos puntos existe una descamacion epidérmica muy fina y furfuracea que hace asemejar el eczema á la pitiriasis de tal modo, que el diagnóstico es imposible á simple vista. Otras veces las escamas son mas gruesas y se cubren las unas á las otras; la piel está muy seca y el eczema toma el aspecto de la psoriasis.

En este período, caracterizado por el estado escamoso de la epidermis, las escamas han sido separadas á beneficio de los baños ó de cataplasmas, la piel afectada presenta

á menudo un aspecto singular: está seca, lustrosa, reluciente lo mismo que si estuviese cubierta por un barniz, y tambien presenta muchas veces pliegues longitudinales muy superficiales. Este estado anuncia que la epidermis está muy profundamente alterada; y en efecto, no tarda en separarse bajo la forma de láminas furfuráceas; la curacion solo se anuncia, cuando este aspecto lustroso ha desaparecido completamente.

Acabamos de esponer los tres grados del eczema; pero debemos añadir que estos tres estados no se excluyen mutuamente, y que muy á menudo se encuentran á un mismo tiempo en un solo enfermo los tres grados distribuidos en diferentes partes del cuerpo; algunas veces se hallan tambien á la par en un mismo punto.

Al lado de estos fenómenos aparentes del eczema se observan aun otros síntomas, apreciables sobre todo por el enfermo, y no menos constantes que los primeros. Estos fenómenos consisten: 1.º En un calor mas ó menos vivo en las partes enfermas, que algunas veces puede ser apreciado por el mismo médico por medio del tacto. Este calor persiste ordinariamente mientras dura la enfermedad, aunque con diversos grados de intensidad. Muchas veces es casi nulo en el tercer grado de la erupcion; y otras, al contrario, es el último de los síntomas que desaparece. 2.º En un escozor tan constante y quizás mas tenáz que el primero, que se exaspera habitualmente por la tarde y por la noche, y determina á menudo insomnios penosos que debilitan singularmente á los enfermos. En algunos casos raros, la desaparicion del escozor tiene lugar antes que los demás fenómenos locales, lo cual es una circunstancia de favorable augurio, que puede hacer esperar que el enfermo no sufrirá una próxima recidiva. 3.º En la hinchazon que se encuentra particularmente en la cara, en los párpados y en todos los puntos en que la piel cubre á un tejido celular muy laxo. Este fenómeno indica que la afeccion se ha estendido ligeramente al tejido celular sub-cutáneo, con derrame de serosidad en las mallas de este. En algunos

enfermos, la inflamacion del tejido celular sub-cutáneo, se pronuncia más y más, y sobrevienen entonces pequeños abscesos.

Fenómenos generales.—A más de los fenómenos locales que acabamos de mencionar, existe algunas veces, al principio del eccema, un conjunto de fenómenos generales semejantes á los síntomas precursores de las fiebres eruptivas: se observa quebrantamiento general de huesos, mal estar, inapetencia, sed, aumento de calor general y aceleracion del pulso; la lengua está saburrosa. Pero, frecuentemente faltan estos fenómenos, cuando se presentan son de corta duracion y no se tarda en cobrar la salud: es raro que se observen en el segundo, y con más razon en el tercer grado de la enfermedad, así como es muy comun ver, por el contrario, eczemas muy intensos sin alteracion en el estado general. Bieltt ha insistido sobre la existencia de fenómenos de inflamacion gastro-intestinal, que decia haber observado muchas veces en eczemas antiguos; nosotros no hemos podido observar la existencia de tal coincidencia tan frecuentemente como han afirmado Bieltt y sus discípulos, los cuales nos parece que afirmaban esta proposicion preocupados, á pesar suyo, por la doctrina de Broussais, la cual reinaba entonces, queriendo convertir todas las enfermedades en gastro-enteritis. No obstante debemos decir, que algunas veces se observan diarreas crónicas en ancianos afectados desde mucho tiempo por erupciones eczematosas; en algunos casos estas dos afecciones han parecido alternar.

Curso y duracion.—Hemos dicho que el eccema presentaba en su evolucion tres grados. En efecto, esto es lo que tiene lugar en cada erupcion en particular; pero hemos añadido que no era raro ver en un mismo individuo y en sitios diferentes muchas erupciones sucesivas, y entonces se encuentran en el mismo individuo la enfermedad en todas sus edades y en todas sus formas. A menudo, cuando la enfermedad ha llegado al tercer grado, sobreviene una recrudescencia que la hace volver al segundo ó primer grado. Esta marcha retrógra-

da puede repetirse muchas veces y prolongar la afeccion de una manera indefinida. Haremos notar que frecuentemente, cuando se cree que la enfermedad ha llegado á su último término, se ven aparecer sobre la superficie lisa, lustrosa y reluciente que caracteriza el tercer grado, esas hendiduras sinuosas ó irregulares, que hemos señalado y que indican que la curacion de la enfermedad está mas lejos de lo que podia suponerse. Por último, es conveniente notar la simetría de la erupcion; es raro, en efecto, ver el eczema en un miembro, sin que el miembro correspondiente del lado opuesto no se halle igualmente afectado; y no solo sucede esto con los miembros en su conjunto, sino tambien con las diferentes partes de los mismos y del tronco. En el curso del eczema, notaremos tambien la tendencia que tiene este á estenderse, lo cual constituye uno de los caracteres de las enfermedades herpéticas; la enfermedad empieza comunmente por un punto circunscrito; despues se estiende indefinitivamente, bien aumentando de superficie en la misma region, bien desarrollándose en otras partes mas ó menos lejanas y separadas por intervalos de piel perfectamente sana. A menudo la afeccion alcanza tambien las mucosas inmediatas, y no es raro ver oftalmías, estomatitis, vaginitis y rectitis, que no son otra cosa mas que eczemas que se han estendido á las membranas mucosas de los ojos, de la boca, de la vagina, del ano, etc. Relativamente á la estension de la enfermedad diremos que es muy raro el que la erupcion sea general, en la acepcion literal de la palabra; en los eczemas mas vastos hay ordinariamente algunos puntos de la piel que se presentan sanos; este hecho puede ser muy interesante bajo el punto de vista del diagnóstico: volveremos á ocuparnos en él.

El curso del eczema es habitualmente crónico. En algunos casos se observa una marcha aguda, y la enfermedad puede entonces durar solamente dos, tres ó cuatro semanas. Muchas veces en los viejos, la erupcion de que hablamos, no desaparece jamás completamente. En los adultos, puede curarse, y las recidivas son en muy poco número; pero estas

son en cierto modo fatales, puesto que el individuo que una vez ha padecido el eczema, queda siempre bajo la influencia de la diatésis, siendo inminente una posterior manifestacion local de la enfermedad, fácil de reproducirse á la menor ocasion.

Terminaciones.—Cuando el eczema se cura no deja ninguna cicatriz; el sitio que tenia invadido conserva al principio, durante algun tiempo, un color rojo; despues adquiere un tinte violaceo, que aumenta accidentalmente bajo la influencia del frio. Poco á poco este color disminuye y concluye por desaparecer completamente, tomando la piel su aspecto natural. Algunas veces, no obstante, despues de un eczema de larga duracion, se ven en las partes afectadas de mas antiguo, una exageracion de la secrecion del pigmento. Resultan de aqui manchas oscuras que solo suelen observarse en las estremidades inferiores. En casos muy raros la piel conserva un aspecto rugoso, que, por otra parte, desaparece insensiblemente.

En ciertos casos la curacion va acompañada de accidentes particulares, que importa conocer; en los individuos afectados por el asma ó por catarros, á menudo se ven agravar los fenómenos propios de estas enfermedades, ó despertarse al momento en que desaparece ó mejora solamente la enfermedad cutánea. En ciertas mujeres, es una leucorrea la que se manifiesta desde el momento en que el herpe queda curado; á mas, se ha visto coincidir la desaparicion de la enfermedad con el desarrollo de una angina con granulaciones y una sequedad muy grande en la garganta. Se han citado tambien ejemplos de gastralgias y otras neuroses que han alternado con erupciones eczematosas. En semejantes circunstancias, es comunmente útil diferir la completa curacion de la erupcion, ó aplicar un exutorio (vegijatorio ó cauterio) que debe ser permanente.

En su cualidad herpética, el eczema goza de una gran tendencia á recidivar; pero el intervalo que separa las recidivas varia segun los individuos y sobre todo segun las condi-

ciones exteriores del medio en que estos viven. Hay enfermos que padecen una recidiva anual, ó cada dos años, y algunos varias veces en un año. En general, estas erupciones periódicas no duran mucho tiempo y desaparecen muy rápidamente.

Sitio anatómico del eczema.—Para completar la historia del eczema nos falta hablar de su sitio anatómico.

Todos los médicos que se han ocupado de las enfermedades de la piel, y particularmente los que han basado su clasificación en la anatomía patológica, han buscado la causa de la diversidad de aspectos que presentan estas enfermedades en la diversidad de su sitio anatómico. El eczema, enfermedad que mas á menudo se encuentra, ha sido naturalmente comprendida en estas investigaciones. Bielt, fundándose en el rubor que caracteriza esta afección, halló su sitio en la capa superficial del dermis, llamada membrana vascular de Eichorn.

Mas tarde, M. Cazenave modificó profundamente la opinion de su maestro; en vista, sobre todo, de la secrecion mas ó menos abundante de un líquido seroso, claro y transparente, este distinguido médico concluyó que la enfermedad tenia por asiento las glándulas sudoríparas. Segun este modo de ver, la secrecion serosa no seria otra cosa mas que la secrecion exagerada del sudor, y las ulceraciones que se perciben á veces sobre la superficie roja, serian los orificios de los conductos sudoríferos, que se habrian vuelto mas aparentes por efecto de su alteracion.

La teoría de M. Cazenave es, preciso es decirlo, una pura hipótesis que no apoya ni el exámen microscópico, ni la análisis química. En efecto, la secrecion serosa ó sero-purulenta del eczema, que mancha y encartona los lienzos, no se parece en modo alguno al sudor; y las ulceraciones no pueden ser consideradas como las aberturas microscópicas, por las cuales el sudor sale á la superficie de la piel. Es fácil tambien, siguiendo el exámen de la evolucion de los fenómenos anatómico-patológicos del eczema, ver cómo estas pequeñas ulceraciones subsiguen á la ruptura de pequeñas vesículas primiti-

vas. Y por otra parte, ¿cómo explicar por esta teoría el estado escamoso de la piel, cuyo fenómeno juega seguramente un papel tan importante como las ulceraciones y la secreción serosa? ¿No es evidente que existe una secreción viciosa de la epidermis que la hace impropia para continuar viviendo y que determina su separación en escamas más ó menos grandes? Para nosotros, en el caso de tener que resolver esta cuestión, creeríamos muy lógico localizar la afección en la capa profunda de la epidermis, encargada de la secreción de la capa superficial epidérmica, y cuya existencia, largo tiempo debatida, debe ser y está generalmente admitida hoy día. Así que nosotros nos concretamos á mirar este asiento del eczema como el más probable. Pero, nótese que no damos esta opinión como perfectamente demostrada, sino más bien como una simple hipótesis que nos satisface y nos parece muy verosímil.

Acabamos de trazar el cuadro del eczema mirado en su conjunto; pero la descripción que hemos dado no sería verdadera, sino admitiéramos variedades de su forma, las que presentan particularidades cuyos rasgos debemos esponder.

de muchas vejigas ligeramente salientes sobre cuya
 que se desentellan pedruzcos vesiculares: una vez se tom-
 por estas vejigas; se extinguen por si mismas para ser
 reaparecidas al cabo de algunos dias por secaritas; estas
 vesículas desaparecen tambien prontamente en poco tien-
 po y se reemplazan despues con ellas. Otras veces la
 erupcion es mas lenta en el curso de sus periodos; el liquido
 contenido en las vesículas se concreta y forma costras. Con
 estas y otras en su lugar pedruzcos de otros que pueden con-
 brirse de nuevo de otras costras, que á su vez salian con-
 tinuas se regular.

IV. VARIEDADES DEL ECZEMA.

Las variedades del eczema se dividen en tres grupos muy
 marcados. Al primer grupo pertenecen las variedades segun el as-
 pecto de la erupcion; al segundo con respecto á su configura-
 cion, y en el tercero las variedades que dependen del sitio.

A.—VARIEDADES SEGUN EL ASPECTO.

Cuatro son las variedades que nosotros conocemos: 1.^a el
eczema simplex; 2.^a el *eczema rubrum*, 3.^a el *eczema feudillé*
 (agrietado); 4.^a el *eczema impétigo*.

Estas distintas formas de eczema se diferencian unas de
 otras de un modo tal, que á primera vista parecen otras tan-
 tas enfermedades diferentes y hace que una de estas, el im-
 pétigo, sea considerado por todos los autores como formando
 un género especial.

1.^a ECZEMA SIMPLEX.—El *eczema simplex* aparece parti-
 cularmente con los primeros calores, y en los jóvenes sobre
 todo.

La enfermedad comienza, de ordinario por la aparición de manchas rojizas ligeramente salientes, sobre cuyas manchas se desarrollan pequeñas vesículas; rara vez se rompen estas vesículas; se estinguen por sí mismas para ser reemplazadas al cabo de algunos días por escamitas; estas escamas desaparecen también espontáneamente en poco tiempo, y la enfermedad desaparece con ellas. Otras veces la afección es más lenta en el curso de sus períodos; el líquido contenido en las vesículas se concreta y forma costras. Caen estas y dejan en su lugar pequeñas úlceras, que pueden cubrirse de nuevo de otras costras, que á su vez saltan: entonces se regulariza todo, y la piel toma de nuevo su aspecto normal.

Algunas veces, en lugar de vesículas, son vesico-pústulas, cuyo producto de secreción se convierte igualmente en costras, que por algún tiempo ocultan pequeñas úlceras, cuyo curso y terminación no difieren de las precedentes.

En estos casos distintos, la enfermedad no pasa de ser ordinariamente una afección puramente local, caracterizada por la erupción que acabamos de indicar; por una sensación de calor, y á menudo por comezones; rara vez sobreviene algún malestar general y algunos síntomas de empacho gástrico.

Diagnóstico.—Puede confundirse el *eczema simplex* con el eritema vesiculoso; estas dos afecciones se asemejan mucho por su aspecto; pero el eritema se desarrolla por lo común después de la aplicación de sustancias ácras, y además no tiende á propagarse y extenderse por otras partes del cuerpo. Estos dos caracteres, por el contrario, son peculiares al *eczema*.

Pronóstico.—El *eczema simplex* es una enfermedad ligera, de un curso habitualmente agudo, y recorre sus períodos en siete ú ocho días. En casos raros, se trasforma en *eczema* crónico, ya porque se estiende, ya porque se perpetúa en un mismo punto por medio de sucesivas erupciones. Por último, hay veces que se manifiesta, por decirlo así, co-

no una enfermedad intercurrente en un eczema crónico.

2.^a **ECZEMA RUBRUM.**—Esta variedad se halla mal descrita por los autores; la confunden muchos con el eczema ordinario, fundándose en la intensidad del color rojizo que en ambos casos existe. El *eczema rubrum* es una erupción que sigue ordinariamente su curso agudo, precedido á menudo de fenómenos generales, malestar general, quebrantamiento de huesos, laxitud ó inapetencia, etc. Por lo demás, haya ó no prodromos, el fenómeno primero que se presenta es una vivísima comezon, que se experimenta en diferentes puntos, pero con particularidad en la cara, en los pliegues articulares, en las muñecas, en los sobacos y en las ingles. Inmediatamente, aparecen con simultaneidad, y en las mismas regiones, manchas rojizas muy pronunciadas, redondas, algo salientes y de una dimension variable; sobre estas manchas se desarrollan unas vesículas muy voluminosas, á veces aglomeradas, pero mas comunmente aisladas unas de otras. Estas vesículas tienden apenas á romperse: la mayor parte se apagan, reabsorbiéndose el líquido, y son reemplazadas por pequeñas escamas furfuráceas; algunas, sin embargo, se rompen y el líquido que contenian, particularmente en la cara, se concreta formando ligeras costras que cubren unas úlceras muy superficiales. Estas costras se despegan por sí mismas, á no tardar, para no reproducirse ya, pero son reemplazadas por escamas.

A estos dos fenómenos locales, el rubor y las vesículas, hay que agregar la hinchazon de la parte enferma. Esta hinchazon es á veces considerable, y disimula perfectamente una erisipela cuando la afeccion tiene su asiento en la cara.

Fenómenos generales.—Los fenómenos generales que de un principio existen, cesan al momento de la erupcion. Algunas veces, no obstante, continúan, y aun en ciertos casos, son mas intensos con la aparicion de los fenómenos locales: sobreviene la calentura, los fenómenos de congestion cerebral, el delirio y la agitacion que traen consigo las fiebres eruptivas.

Diagnóstico.—El *eczema rubrum* se asemeja muchísimo á la erisipela; sin embargo, raras veces ofrece dificultad el diagnóstico de estas dos afecciones; por de pronto, el *eczema* invade simultáneamente muchas regiones; alguna vez se limita á la cara; pero ya entonces se apodera de toda ella, y la hinchazon se confunde insensiblemente con las partes sanas. En la erisipela, por lo contrario, la enfermedad comienza ya en un limitado punto de la cara, comunmente la nariz; despues se estiende por el resto de la cara; la parte sana y la enferma se pintan por un rodete ó cordon muy marcado. En fin, el *eczema* presenta un gran número de pequeñas vesículas diseminadas sobre toda la superficie rojiza, mientras que en la erisipela se notan gruesas ampollas en menor número y esparcidas con menos uniformidad.

El estado febril que hay al principio, su curso agudo, la estension considerable de la manifestacion cutánea, asimilan este *eczema* á las fiebres eruptivas. Bastará, con todo, un simple exámen para establecer una diferencia entre estas erupciones; añadamos que el *eczema* se reproduce con gran facilidad todos los años ó todos los meses, y que tiende á menudo en ciertas personas á tomar plaza de una enfermedad habitual.

Cuando esta afeccion se fija en las manos, las comezones y la erupcion de vesículas la hacen confundir con la sarna, particularmente en la época en que se creia que la sarna era una afeccion vesiculosa; pero ya vosotros sabeis que las vesículas de la sarna son menos numerosas que las del *eczema*, y además que la sarna presenta un carácter que le es esencial: el surco del *acarus* y el mismo *acarus*.

Curso, duracion.—El curso de esta afeccion es esencialmente agudo; es raro que dure mas de quince dias ó tres semanas. Sin embargo, puede prolongarse mas, merced á la sucesiva multiplicacion de otras erupciones y á que en determinadas partes puede pasar al estado crónico. No es tampoco raro que desaparezca la erupcion, quedando tan solo en un reducido punto, como el rostro, manos, partes genitales,

en cuyos puntos se establece ó fija la enfermedad con su forma crónica ordinaria.

Pronóstico.—Casi nunca debe inquietarnos; si bien en casos excepcionales pueden sobrevenir en las regiones del pecho y del cerebro fenómenos bastante intensos y graves capaces de producir la muerte, como lo hemos visto hace pocos años en un enfermo que sucumbió en nuestras salas.

3.º ECZEMA AGRIETADO.—Esta variedad viene á desmentir la clasificación anatómica de las enfermedades de la piel. En efecto; bajo esta forma no hay vesículas ni vesico-pústulas; la epidermis se seca, se agrieta, se hiende formando una multitud de pequeñas cisuras largas y estrechas que se cortan y cruzan, circunscribiendo espacios irregulares. El fondo de estas cisuras es rojo, y de él sale á menudo un líquido seroso, transparente, que mancha y encartona los lienzos, y que es completamente semejante al que segregan las úlceras que suceden á las vesículas en las demás variedades del eczema.

Algunas veces existe esta variedad como especie distinta y aislada, sin mezcla de vesículas; pero otras veces también se halla asociada al eczema ordinario vesiculoso; se le observa, á lo último de esta afección, mayormente en los miembros inferiores, en los sobacos y aun en los sitios en que la piel presenta pliegues, como en los alrededores de los orificios naturales y singularmente en los labios y en la márgen ó borde del ano. En esta última region, el eczema determina comezónes atroces y dolores muy intensos en el acto de obrar. En este punto se presenta bajo la forma de grietas, que es preciso tener cuidado no confundirlas con las fisuras quirúrgicas, distincion muy importante bajo el punto de vista terapéutico.

El eczema agrietado lleva una marcha esencialmente crónica. Cuando viene como resultado de una complicacion al terminar el *eczema simplex*, entonces prolonga á este de un modo indefinido á causa de las numerosas recidivas; la epidermis busca otra vez, en apariencia, su aspectó normal, y se cree entonces que la enfermedad toca á su terminacion,

cuando de repente se la vé aplazada para una época indeterminada, á impulsos del eczema hendido ó agrietado que sobreviene á menudo sin causa conocida, y algunas veces á causa de la falta de régimen. Mas tarde, en fin, las hendiduras son menos profundas y menos anchas, la epidermis recobra poco á poco su natural aspecto, el color rojo desaparece, y está completada la curacion. Esta forma de eczema se halla de tal modo caracterizada por sus grietas, que se hace imposible el confundirla con otra afeccion, se asemeja algo al líquén; pero, en esta última enfermedad se nota cierta aspereza de la piel que no se halla en la afeccion que nos ocupa. Aparte de su duracion, que frecuentemente es muy larga, el eczema agrietado no es de un carácter grave.

4.º ECZEMA IMPÉTIGO.—La mayor parte de los autores han descrito el impétigo como una enfermedad particular, y además, en razon de la existencia del elemento pustuloso, algunos otros le han colocado en una clase muy diferente del eczema, entre las enfermedades pustulosas.

Creemos que esta distincion es contraria á la buena filosofía, siéndo para nosotros el eczema y el impétigo dos formas diferentes de una misma enfermedad. En efecto; en todas las fases de su evolucion, estas dos afecciones presentan muy marcada semejanza, como puede verse en la siguiente descripcion.

El impétigo aparece ordinariamente formando pequeñas pústulas aglomeradas (psudráceas) en sitios mas ó menos estensos. Estas pústulas tienen la misma forma que las vesículas del eczema; del mismo modo que ellas, su duracion es efimera (de 24 á 48 horas á lo mas); dejan escapar un líquido mas ó menos espeso y plástico, como el del eczema ordinario; el cual se concreta formando costras gruesas, desiguales, rugosas y mamelonadas, semejantes á pequeñas masas de miel, de lo que proviene el nombre de *melítagra* (*melítagra flavescens*) dado por Alibert á esa enfermedad. Algunas veces las costras tienen un color moreno que depende de la presencia de una cierta cantidad de sangre mezclada con

el producto de la secrecion. Pueden aumentar en espesor de un modo considerable por efecto de nuevas concreciones de la serosidad, cuya secrecion puede prolongarse largo tiempo. Cuando las costras caen por la accion de los baños ó de las cataplasmas, se ve que la superficie que ocupaban tiene un color rojo, punteado y sembrado de pequeñas úlceras redondeadas, semejantes á las que hemos descrito mas arriba al esponer los caracteres generales del eczema. El curso ulterior no presenta ninguna diferencia; la secrecion disminuye; á las costras suceden las escamas cada vez mas delgadas, las que se vuelven blancas y furfuráceas y acaban por desaparecer: las superficies rojas, que antes cubrian, toman un tinte violado, que concluye tambien por extinguirse. La piel toma su aspecto normal, sin dejar cicatriz de ninguna especie, en cuyo caso la enfermedad se encuentra completamente curada.

Para acabar de trazar el cuadro de esa erupcion, debemos mencionar tambien, como fenómenos locales, una viva comezon, la sensacion de escozor y de calor que acusan los enfermos y ciertos sintomas generales, tales como malestar, quebrantamiento de huesos, calentura, sed viva é inapetencia, los cuales se presentan algunas veces al principio y caracterizan igualmente la aparicion del eczema ordinario.

Se vé por esta descripcion, que el eczema y el impétigo se presentan en su invasion de igual modo, afectan los mismos sintomas y siguen el mismo curso y terminacion. Añadamos que se desarrollan bajo la influencia de las mismas causas y reclaman igual tratamiento, y podremos lógicamente deducir que estas dos afecciones son idénticas; solo hay entre ambas una diferencia en la intensidad del grado de la inflamacion, que es mayor en el impétigo que en el eczema ordinario, la cual determina el desarrollo de pústulas en lugar de vesículas.

Nótese tambien que eczema y el impétigo existen muchas veces simultáneamente. La semejanza que hay entre estas dos afecciones es tan verdadera, que la escuela inglesa y sus secuaces no han podido menos, á fin de establecer la transacion de la una á la otra, que crear una especie de forma in-

termedia, á la que han dado el nombre de *eczema impetiginodes*, puesto que han hallado reunidos en ella los dos elementos, que segun ellos caracterizan ambas afecciones; á saber, la vesícula y la pústula. La última objecion, á la manera de ver que combatimos, es que el eczema y el impétigo se confunden insensiblemente, siendo imposible señalar en dónde concluye el uno y en dónde empieza el otro. Es, pues, mas sencillo considerar estas dos afecciones como simples variedades, que como dos estados diferentes de una sola afeccion.

El curso del impétigo es algunas veces mas rápido que el del eczema; la erupcion desaparece comunmente en quince días ó tres semanas. No obstante, algunas veces reviste la forma crónica del mismo modo que el eczema, en cuyo último caso, despues de la caída de las costras, la enfermedad toma el aspecto ordinario del eczema.

El diagnóstico del eczema es ordinariamente muy fácil; esta afeccion se distingue de las demás afecciones pustulosas y en particular del ectima, por la pequeñez y aglomeracion de las pústulas y por el grosor y color amarillo ó moreno de las costras; la ausencia de ulceraciones profundas y de cicatrices, separa esta enfermedad de las afecciones pustulosas, sífilíticas y escrofulosas.

En cuanto al pronóstico nada podemos decir que no esté consignado al tratar del eczema en general y que inútilmente repetiríamos.

B.—VARIEDADES DEL ECZEMA SEGUN LA CONFIGURACION.

Las principales variedades pertenecientes á este grupo, son:

1.º El *eczema figuratum* (*impétigo figurata* de los autores): Esta variedad está caracterizada por placas perfectamente limitadas y características dispuestas ordinariamente de un modo simétrico y afectando ya la forma del eczema ordinario, ya, mas á menudo, la forma del impétigo. 2.º El *eczema nummular*: esta segunda variedad, perfectamente descrita

por M. Devergie, se presenta igualmente bajo la forma de placas bien limitadas y redondeadas, cuyo número es de siete u ocho ó diez. Cuando el eczema reviste una de estas dos formas es mas difícil de curar que cuando la erupción no tiene límites perfectamente marcados. 3.º En oposición á las dos variedades precedentes, señalaremos el *impétigo sparsa* y el *eczema diffusum*, irregularmente diseminados en diferentes partes del cuerpo, sin presentar ningun límite determinado.

C.—VARIETADES DEL ECZEMA SEGUN EL SITIO.

Las principales variedades de este último grupo, que vamos á mencionar, son: 1.º el eczema pilaris; 2.º el eczema capitis; 3.º el eczema de la cara; 4.º el del pecho; 5.º el del ombligo; 7.º el de las manos y de los piés.

Estas diferentes variedades presentan particularidades mas importantes que las que hemos ya indicado al estudiar el eczema segun sus diferentes aspectos.

1.º ECZEMA PILARIS.—Se da este nombre al eczema que se desarrolla en las partes cubiertas por pelos. La enfermedad se presenta con sus caracteres ordinarios de rubor, de secreción y de descamación; las vesículas son ordinariamente muy efímeras. El líquido plástico segregado, aglutina los pelos unos con los otros, forma gruesas costras muy adherentes y muy difíciles de desprender. En las axilas esta variedad de eczema vá frecuentemente acompañado de pequeños abscesos, que se van sucediendo por espacio de bastante tiempo. Esta variedad de eczema es tambien notable por su tenacidad.

Es muy importante distinguir el *eczema pilaris* de las afecciones parasitarias, debidas á la presencia del *trichophyton*. Esta última afección es ordinariamente mas circunscrita y limitada, se presenta bajo la forma de círculos, los pelos se alteran y son poco adherentes; en la cara la inflamación alcanza muchas veces al tejido celular sub-cutáneo; en los casos dudosos el microscopio debe decidir el diagnóstico.

2.º ECZEMA O IMPETIGO CAPITIS.—Esta variedad presenta dos formas secundarias:

a. *Eczema diffus*.—Principia por una viva comezon acompañada de dolor y de calor mas ó menos intenso, y casi al mismo tiempo aparece una erupcion de vesículas ó vesicopústulas aglomeradas en una estension bastante considerable, las cuales se rompen al cabo de algunas horas ó de algunos dias y dan lugar á la secrecion de un líquido seroso bastante abundante, que se concreta muy rápidamente, aglutina unos cabellos con otros y determina la formacion de costras mas ó menos gruesas, afectando una especie de casquete ó gorro sobre la cabeza. Cuando á beneficio de cataplasmas y lociones se caen estas costras, se encuentra debajo de ellas el cuero cabelludo de un color rojizo, untuoso, sobreviniendo mas tarde una descamacion que puede persistir largo tiempo, durante muchas semanas y aun meses. Ordinariamente los cabellos caen, y su caída de las partes afectadas se efectúa de una manera uniforme y regular: no se encuentran placas perfectamente circunscritas, en las que los cabellos se hallen muy alterados ó se hayan desprendido, carácter muy importante que separa el *eczema capitis* de las enfermedades parasitarias. En esta forma de *eczema* se encuentran algunas veces pequeños abscesos sub-cutáneos.

b. Al lado del *eczema diffus* del cuero cabelludo, tenemos el impétigo caracterizado por una erupcion discreta, formada por pequeñas pústulas dispuestas en grupos diseminados. Esta segunda forma del *eczema capitis* constituye lo que se llama *impétigo granulata*. Se observa en los niños y particularmente en los niños que viven desaseados y sucios: cuando las pústulas se rompen dejan escapar un líquido sero-purulento, eminentemente plástico, que se concreta casi inmediatamente y queda adherido á los cabellos bajo la forma de granulaciones verdosas ó amarillas; esta forma es poco grave, y cede muchas veces de un modo muy rápido bajo la influencia de la limpieza.

3.º ECZEMA DE LA CARA.—El *eczema* de la cara goza de una gran tendencia á estenderse; á mas afecta muchas veces la forma simétrica, es decir, que se desarrolla en las

partes correspondientes á ambos lados de la cara. En esa variedad, la erupcion se propaga fácilmente á las mucosas, de lo cual resultan esas oftalmías y esas estomatitis llamadas eczematosas ó herpéticas. Tambien la enfermedad se propaga á menudo hasta el interior de las ventanas de la nariz, y presenta entonces una gran tenacidad.

El eczema de la cara puede ser un eczema simple ó bien puede revestir la forma del impétigo.

Debemos referir á esta variedad el eczema de las orejas. Cuando la erupcion afecta al pabellón de la oreja, este se hiucha, se pone terso, lo mismo que en la erisipela, se deforma y se separa de la cabeza. Otra particularidad de esta afeccion consiste en su propagacion por dentro del conducto auditivo esterno, de lo que resulta la hinchazon de la mucosa que tapiza este conducto y la membrana del tímpano, y consiguientemente una sordera, que puede ser pasajera, pero que algunas veces persiste por efecto de la sequedad y engrosamiento de la mucosa.

El eczema de la cara coincide á menudo con el del cuero cabelludo.

ECZEMA DEL PECHO.—Es casi esclusivo del sexo femenino; se desarrolla al rededor del pezon, sobre la areola y sobre el mismo pezon. Puede presentarse bajo la forma del eczema simple ó del impétigo, segun el grado de inflamacion. Ordinariamente su figura es redondeada, y adecuada á la forma de las partes sobre las cuales se ha desarrollado. Uno de los caracteres del eczema del pecho consiste en la propagacion de la inflamacion al tejido celular sub-cutáneo, y en la formacion de absesos.

Cuando el eczema se limita á los pechos, apenas ha sido observado mas que en las tres circunstancias siguientes: en el embarazo, en la lactancia y en la sarna. El eczema de los pechos es un excelente síntoma para el diagnóstico de la sarna en la mujer.

Esta variedad puede encontrarse, por otra parte, juntamente con el eczema de las demás partes del cuerpo.

5. ° ECZEMA DEL OMBLIGO.—No nos detendremos mucho tiempo en esta variedad poco importante. Es generalmente muy tenaz, ya sea á consecuencia de la dificultad que hay en mantener los tópicos aplicados sobre esta region, ya sea á causa de la forma particular del ombligo, que por esto mismo se encuentra espuesto á frotos continuos. A menudo coincide con el eczema del vientre.

6. ° ECZEMA DE LOS ORGANOS GENITALES.—Tiene su asiento esta variedad en el miembro y en el escroto en el hombre, en la vulva en la mujer; á menudo invade al mismo tiempo la parte inferior del vientre, así como los alrededores del ano. Difiere muy poco de eczema ordinario, presentando únicamente una secrecion serosa mucho mas abundante; en el escroto las escamas son muchas y completamente laminosas. En esta region el eczema es igualmente muy tenaz, y puede perpetuarse largo tiempo por medio de sucesivas erupciones.

Con frecuencia se propaga al interior del ano, en donde determina vivísimas comezons irresistibles, que obligan á rascarse, y cuyo acto va acompañado de cierta agradable sensacion. El eczema que ocupa el prepucio y el glande se designa en el hombre, muy equivocadamente, con el nombre de *herpes prepucial*; el prurito á que da lugar determina en los enfermos un deseo imperioso de rascarse, el que en los niños puede dar lugar á perniciosos hábitos.

En la mujer la variedad del eczema que nos ocupa difiere un poco de la que afecta al hombre: la erupcion invade algunas veces la vagina y la uretra, y determina comezons vivas en demasia, que tambien pueden conducir al hábito de la masturbacion. A mas de estas comezons hay un abundante derrame no purulento, seroso, plástico, poco colorado, que mancha los lienzos y los encartona, semejante en un todo á la serosidad de la erupcion cutánea. Con el especulum se vé un color rojo vivo y una hinchazon muy notable de la mucosa vaginal. Es una verdadera vaginitis herpética. Lo mismo que en el hombre, el eczema puede invadir el ano y dar lugar á

figuradas de naturaleza particular y á las comezones de que hemos hablado.

7. ° ECZEMA DE LAS MANOS Y DE LOS PIES.—*El eczema manual* se presenta bajo condiciones tan especiales, que á no estar prevenidos de que es un eczema, no es fácil reconocerle. Muchos autores modernos, y nosotros mismos lo hemos descrito equivocadamente, durante algun tiempo, bajo el nombre de *herpes*, con cuya afeccion ofrece á primera vista una gran semejanza. Se presenta bajo dos formas diferentes: crónica y aguda.

a. *Forma crónica*.—La enfermedad en esta forma tiene todos los caractéres del eczema ordinario; en los dedos, en los espacios interdigitales y en el resto de las manos se puede observar el rubor, la untuosidad, la descarnacion, etc. Debemos hacer notar, á mas, un aumento en las arrugas de la piel y grietas bastante profundas, que dan ordinariamente á esta afeccion una gran semejanza con el líquen. Comunmente se da á esta afeccion el nombre de *sarna de los especieros*, y se la observa con frecuencia en los individuos que manejan sustancias acres.

El eczema crónico de las manos está caracterizado, bajo otro aspecto, por una ligera descamacion epidérmica, que se prolonga mas ó menos tiempo y que es sobre todo mas manifiesta en la cara palmar de los dedos. De vez en cuando, se ven aparecer sobre las manos algunas vesículas que dan á conocer en cierto modo la naturaleza eczematososa de la afeccion. Esta enfermedad es muy frecuente en el estío.

b. La segunda forma del *eczema manual* es la aguda. Presenta caractéres mas especiales y mas manifiestos que la forma precedente. Empieza por la aparicion de una erupcion vesiculosa del volúmen de un grano de mijo en una de las manos, ó á la vez sobre las dos. Estas vesículas son unas veces confluentes y otras dispuestas formando grupos y dejando entre ellos espacios de piel sana. Cuando las vesículas son numerosas, la inflamacion se propaga al tejido celular sub-cutáneo, y va acompañadas de rubor é hinchazon. En todos los

casos se experimenta ordinariamente calor y escozor, y con frecuencia una comezon intolerable.

Muy á menudo la enfermedad no pasa del primer período; las vesículas persisten y no tienen ninguna tendencia á romperse, lo cual depende sin duda del espesor de la epidérmis de esa region. Al cabo de algunos dias las vesículas se aplastan por efecto de la reabsorcion de la serosidad, y la epidérmis queda otra vez aplicada sobre el dermis; pero no tarda en desprenderse bajo la forma de escamas, y entonces se encuentra debajo de estas una epidérmis de nueva formacion, que conserva un color un poco violáceo durante algunos dias. Muchas veces, cuando las vesículas están muy aproximadas unas á otras, se llegan á unir, formando una sola, cuyo volumen puede variar desde el de una nuez hasta el de un huevo, ó mas aun. Esta especie de ampollas tienen todos los caracteres de las flictenas, así que van acompañadas de comezon y escozor. Pueden no romperse, pero al cabo de cierto tiempo, corto algunas veces, se arrugan y aplanan por efecto de la reabsorcion de una parte del líquido que contenian, transformándose despues en gruesas escamas constituidas por la epidérmis y por la parte plástica del líquido que no ha sido reabsorbido.

En ciertos casos, el líquido contenido en las vesículas y en la especie de ampollas que acabamos de describir, no es claro ni transparente, sino amarillento, opaco y espeso, pero nada purulento. Entonces, cuando estas vesículas no se rompen, se aplanan gradualmente y dan lugar á la formacion de gruesas escamas de un color amarillo como el del becerro: estas placas se encuentran frecuentemente en el borde de las manos y en las partes laterales de los dedos. Su duracion es de ocho á diez dias y cuando caen, se separan en una sola pieza, dejando en el sitio que ocupaban una mancha violácea, que no tarda en desaparecer, constituida por la epidérmis de nueva formacion.

Por último, algunas veces el líquido contenido en las vesículas y en las ampollas es enteramente purulento. Cuando

a establecido esta supuración, ordinariamente se desarrollan síntomas generales, tales como fiebre, sed viva, malestar general, anorexia y hasta vómitos. En tales casos la reabsorción es muy rara; comúnmente se rompe la cubierta epidérmica, hay derrame de pus, el cual después se concreta formando costras amarillas ó verdosas. Cuando, después de un tiempo variable, estas costras llegan á caer, dejan en su lugar ulceraciones bastante profundas, que durante diez ó doce días dan una supuración de olorroso, *sui generis*. Hay casos también en que el pus se infiltra por debajo de la epidermis inmediata, á la cual separa, estendiéndose gradualmente hasta un radio bastante grande; pero esta secreción purulenta no tarda en extinguirse, el fondo de la úlcera se eleva y se aproxima á la superficie de la piel, curándose el enfermo ordinariamente sin cicatrices; no obstante, antes que la curación sea completa, pueden sucederse varias y repetidas erupciones de vesico-pústulas, de escamas y de costras.

Añadiremos, por fin, que el eczema agudo de las manos puede terminar pasando al estado crónico y que entonces se establece y perpetúa durante muchos meses en una extensión mas ó menos considerable.

Reasumiendo en algunas palabras, diremos que los caracteres distintivos del *eczema de las manos*, son: su sitio especial; la tendencia que tienen las vesículas á permanecer intactas y sin romperse; el desarrollo de vesículas que pueden alcanzar las proporciones de ampollas y dar lugar á creer en la existencia de un pónfigo.

Pronóstico.—Es generalmente esa enfermedad poco grave y su curso rápido. Las recidivas, cuando sobrevienen, son de corta duración. Diremos, no obstante, que el pronóstico depende del tratamiento; que este sea simplemente antiflogístico, que se recurra á maniluvios emolientes, á las aplicaciones tópicas de polvos de arroz ó de almidón, á los grandes baños y á algunas bebidas refrescantes; sobre todo que se tenga el cuidado de no romper las vesículas, y la curación se obtendrá con facilidad. Al contrario, las cataplasmas húmedas, la aber-

tura de las pústulas, y sobre todo el uso de pomadas harán mas grave y mas larga la afeccion y favorecerán el paso de esta al estado crónico.

Durante el curso del *eczema manual*, se observan muchas veces erupciones eczematosas en otras partes del cuerpo, particularmente en la cara y en los piés; en esta última region la enfermedad se presenta con los mismos caracteres que en las manos: hay vesículas que con dificultad se rompen, sino que mas bien se reunen formando ampollas que pueden curarse sin abrirse.

Para terminar la historia de las variedades del *eczema*, nos queda aun que hacer mencion de otras formas, que son de una gran importancia bajo el punto de vista del diagnóstico; tales son el *impétigo sycosiforme* y el *impétigo acniforme*, cuyas afecciones han sido consideradas por M. Bazin como dependientes de herpes parasitarios, y que, á nuestro parecer, deben considerarse como distintas. Son especiales de los adultos que tienen pelo en la cara, y no se encuentran ni en las mujeres, ni en los niños.

El *impétigo sycosiforme* tiene ordinariamente su asiento en el lábio superior debajo del tabique que separa las fosas nasales; tambien se le observa alguna vez en el lábio inferior, pero el primero es el que con predileccion esta afectado. Está caracterizado por vesículo-pústulas que se desarrollan en la barba, alrededor de los pelos y siguen todas las evoluciones lo mismo que en las demás regiones, se rompen rápidamente, formando costras amarillas, verdosas, que se separan; caen y dejan en su sitio una superficie ulcerada, que da lugar á una secrecion serosa ó sero-purulenta. Este líquido se transforma igualmente en costras, las cuales pueden renovarse un gran número de veces antes de la curacion de la enfermedad. Por esto llama M. Devergie á esta variedad con el nombre de *sycosis impetiginoso*. Pero á esta erupcion le faltan precisamente dos caracteres esenciales y fundamentales del *sycosis*, á saber: la inflamacion y la induracion del tejido celular sub-cutáneo, y la caída ó la débil adherencia de los pelos de la barba.

Es muy importante no incurrir en esa confusión, puesto que el tratamiento es en un todo diferente en ambas afecciones.

El *impétigo acniforme*, que no ha sido descrito, está caracterizado por el desarrollo de una multitud de pequeñas vesico-pústulas, aisladas, redondeadas, de efímera duración, sin base indurada, del volumen de una cabeza de alfiler, cuyo asiento es en la barba; aparecen en número de ocho, diez ó doce en la parte inferior de la cara, siendo siempre discretas y aisladas. Duran de tres á cinco días, después se rompen y son reemplazadas por costras, pudiendo también tener lugar una sucesión de vesico-pústulas y de costras que prolongan la enfermedad por espacio de meses y de años.

Nada es más difícil que curar esta afección; la hemos visto resistirse á todos los medios locales y generales, aun á la epilación perfectamente practicada y seguida de lociones antiparasitarias; estos últimos medios deberían dar buenos resultados, si, como dice M. Bazin, esta afección no fuera una forma de sycosis debida á la presencia del *trichophyton*.

Se distingue esa variedad de eczema del verdadero sycosis, lo mismo que en la precedente, por la falta de induración del tejido celular sub-cutáneo y por la adherencia de los pelos de la barba. A fin de no omitir nada, añadiremos que en los dos casos, el exámen microscópico vendrá á dar nuevos datos para el diagnóstico.

Acabamos de esponer el cuadro de las diferentes variedades del eczema, con los caracteres especiales de cada una de ellas. Antes de continuar, creemos deber hacer notar que, á pesar de las diferencias que pueden presentar, tienen todas ellas un aspecto de afinidad y un fondo común, como es el rubor, las vesículas ó vesico-pústulas, la untuosidad y las escamas, que las colocan en una misma familia ó impiden confundirlas con cualquiera otra afección cutánea.

Complicaciones.—A fin de hacer más fácil el estudio del eczema, hemos supuesto hasta aquí á esta afección y á sus variedades en el estado de simplicidad; pero en la práctica

no se presenta de este modo: el eczema puede complicarse con otras afecciones de la piel ó de las mucosas.

Entre las erupciones cutáneas que mas frecuentemente coexisten con el eczema, se encuentra, en primer lugar, la pitiriasis, que sobreviene ordinariamente al fin de la enfermedad. Se presenta bajo la forma de una descamacion, que ocupa las partes que han sido afectadas por la erupcion eczematososa, y cuyas escamas son muy delgadas y ligeras. En razon de ser tan frecuentemente concomitantes esas dos afecciones, nos hemos preguntado si no eran una sola y misma enfermedad, pero en diferentes períodos de su evolucion, y creemos efectivamente que esta opinion puede sostenerse de un modo indudable.

El líquen coincide tambien muy á menudo con el eczema; la asociacion de estas dos erupciones es á veces tan íntima, que es muy difícil, por no decir imposible, el distinguir las. Por lo demás, la dilucidacion de esta proposicion es del todo ociosa y sin verdadera utilidad para la práctica. Debemos contentarnos con saber que un eczema está ó no está complicado con el líquen, sin querer llevar mas lejos la análisis. A la reunion de esas dos afecciones es á la que se ha dado el nombre de *líquen agrius* y de *eczema liquenoides*.

Otra complicacion, igualmente bastante frecuente, consiste en la coexistencia de forúnculos y de pequeños abscesos. Se observa en los pechos de las mujeres, en el cuero cabelludo, pero sobre todo en las axilas. Puede sobrevenir en todos los períodos de la enfermedad, pero particularmente en el segundo ó en el tercero.

Hemos hablado ya, al tratar de los herpes en general, de las complicaciones que pueden sobrevenir en las mucosas, tales como la bronquitis crónica, la enteritis, la gastralgia, y de la especie de alternativa que pueda establecerse entre la manifestacion de la erupcion cutánea y cualquiera de las afecciones que acabamos de enumerar; inútil es insistir mas sobre este fenómeno, del cual nos hemos ocupado suficiente-
mente.

Diagnóstica.—El diagnóstico del eczema es fácil, por regla general: para establecerle basta tener presentes los síntomas esenciales de esta afección, tales como las vesículas, el color rojizo punteado, la untuosidad, las costras amarillas y desiguales, las escamas que mas tarde se vuelven furfuráceas, lo mismo que sucede en la pitiriasis. Añádanse á estas manifestaciones las vivas comezons y el calor de la piel, y se tendrá un cuadro casi completo de los síntomas necesarios para formar el diagnóstico del eczema, y que serán siempre suficientes para distinguir esta erupción de las demás erupciones que tienen con ella cierta semejanza, tales como el eritema, el pénfigo, la pitiriasis y la soriasis. El eritema puede ser confundido con el eczema á causa del color rojizo de la piel, pero aquel no va acompañado de untuosidad. Algunas veces se encuentran en el eritema pequeñas vesículas ó vésico-pústulas; pero estas son efímeras, y cuando la erupción eritematosa va acompañada de descamación, esta solo tiene lugar una sola vez, y jamás se renueva.

Existe aun otra especie de eritema (el *eritema intertrigo*), el cual tiene su asiento en el intersticio de las nalgas y en la parte inferior de los pechos, y es debido al roce repetido que sufren estas regiones: va acompañado de un color rojizo y de untuosidad serosa que hace muy difícil distinguirlo del eczema; pero, en este caso, la untuosidad es mucho menos abundante y menos plástica; no se concreta ni encarta los lienzos que están bañados por ella. Por otra parte, esa afección desaparece con facilidad con solo evitar el roce de estas partes.

Un médico, poco familiarizado con las erupciones cutáneas, puede confundir el pénfigo con el eczema. Hemos ya dicho que pueden observarse en el eczema de las manos verdaderas ampollas, por efecto de la reunión de muchas vesículas inmediatas unas de otras, y el aspecto de esas ampollas puede hacer creer en la existencia de un pénfigo. En el eczema, empero, las ampollas van siempre precedidas por vesículas, y aun en sus inmediaciones pueden quedar siempre

algunas, para atestiguar la verdadera naturaleza de la afección. Suponiendo que faltan estos síntomas, el curso de la erupción bastará para esclarecer el diagnóstico.

En efecto; en el pénfigo á una ampolla, cuyos vestigios es lo único que se puede averiguar, se vé suceder bien pronto otra, y así sucesivamente, mientras que el eczema con ampollas tiene un curso agudo.

Cuando uno se encuentra en presencia de un pénfigo foliaceo, que ha llegado á una fase determinada de su evolución, solo se ven los restos de los bulbos y algunas partes desnudas que presentan ulceraciones superficiales, acompañadas de una ligera untuosidad. En este caso pueden espermentarse dificultades en el diagnóstico; pero recuérdese que esa especie de pénfigo ocupa generalmente la totalidad del cuerpo, y que no se encuentra un punto de los tegumentos externos que esté sano, lo cual nunca sucede en el eczema, por generalizado que pueda presentarse, y examínese con cuidado la superficie del cuerpo y se encontrará casi siempre en algún sitio, sobre todo en las estremidades, varias ampollas que aun no se han roto ó que apenas se han aplastado. En efecto, si pudiese quedar alguna duda, la anchura considerable de las escamas y el producto poco plástico de la secreción de las partes desnudas, vendrán á disipar toda especie de incertidumbre.

En el liquen hay untuosidad y formación de costras, pero aquella es menos abundante; las costras son mas delgadas y mas adherentes que en el eczema; á mas existen una sequedad, un espesor y aspereza en la piel que no se encuentran en el eczema. Añadiremos, no obstante, que frecuentemente el eczema y el liquen existen juntamente, asociándose sus caracteres especiales.

En la psoriasis se encuentra una superficie rojiza y elevada sobre la piel, escamas gruesas, sobrepuestas, blanquizeas, plateadas, secas y que en nada se parecen á las escamas del eczema. Si algunas veces las escamas de la psoriasis no se presentan con los caracteres bien definidos, de modo que hay

posibilidad de engañarse, será preciso interrogar á los enfermos, á fin de saber si ha habido secrecion de un líquido seroso que empapa los lienzos, en una palabra, análogo al que se observa en el eczema, y atendiendo á la respuesta afirmativa ó negativa del enfermo, puede diagnosticarse si la afeccion es un eczema ó un psoriasis, puesto que en esta última no se presenta jamás secrecion alguna.

Es muy difícil, como hemos dicho, y hasta imposible distinguir la pitiriasis del eczema, cuando la afeccion ha llegado á cierto periodo de su desarrollo, pero, lo repetimos, este diagnóstico carece de importancia práctica, puesto que el tratamiento es el mismo en ambos casos. En cuanto al eczema en su primero ó segundo período, se podrá distinguir siempre muy fácilmente de la pitiriasis por el rubor especial que le acompaña, por las vesículas, por la untuosidad y por las costras que le acompañan.

M. Devergie describe bajo el nombre de *pitiriasis rubra* una enfermedad caracterizada por una superficie rojiza, que afecta comunmente la totalidad de la piel, y por escamas del diámetro de uno á dos centímetros. Estas escamas están despegadas por sus bordes, se enroscan y no tardan en caer para ceder el lugar á otras escamas enteramente semejantes. En esta afeccion á menudo se presenta una secrecion serosa, acuosa, que baña los lienzos sin mancharles. Generalmente esta afeccion tiene una larga duracion: su diagnóstico, dice M. Devergie, puede establecerse en vista de los signos especiales que van descritos; pero estamos muy poco dispuestos á admitir, en todos los casos citados por este profesor, la legitimidad de esa afeccion, la cual nos parece debe ser considerada algunas veces como un verdadero eczema, y otras como un pénfigo foliaceo.

Existe aun otra erupcion que se asemeja mucho al eczema, cual es el herpes; pero en esta última afeccion las vesículas no son miliares como en el eczema, sino mas grandes y están agrupadas en número de doce ó quince, de tal modo que forman placas redondeadas y poco estensas; persisten tambien

mucho mas tiempo que las vesículas del eczema, cuya duracion es ordinariamente de algunas horas. A mas, su curso es muy diferente del eczema: en el herpes las vesículas se rompen facilmente y hay reabsorción de la serosidad; algunas veces esta se transforma en pus y las pústulas reemplazan á las vesículas, pudiendo el mismo pus ser reabsorbido sin que se rompan las primeras.

Cuando se rompen las vesículas herpéticas, las ulceraciones consecutivas difieren aun de las del eczema: son redondeadas y mas profundas que estas últimas. Por último, en el herpes no existe, como en el eczema, esas reproducciones de costras y escamas que se suceden cierto número de veces, antes de la curacion completa de la enfermedad.

Al tratar de los caracteres distintivos entre el herpes y el eczema, hemos tenido sobre todo en cuenta, el herpes zoster ó zona, porque muchas otras especies de herpes (*herpes vulvaris*, *prepuccialis*) han sido separadas, á nuestro modo de ver, sin razon del eczema, cuyas erupciones no son mas que variedades.

Pronóstico.—El eczema en si no es una enfermedad que comprometa la existencia, pero muestra una predisposicion particular de la economía, que espone á las personas que lo padecen á continuas recidivas. Cuando ataca á individuos débiles y enclenques dura mucho mas tiempo; por esta razon dicha dolencia á menudo se hace incurable en los viejos.

El pronóstico es mucho mas grave cuando existe al mismo tiempo una afeccion interna, tal como una bronquitis, el asma, etc.; porque no puede curarse la enfermedad interna sin dar lugar al aumento en la intensidad de la erupcion cutánea, y á menudo la desaparición de esta va seguida de una agravacion notable de los fenómenos de la afeccion interna.

Debe igualmente tenerse en cuenta en el pronóstico del eczema su curso y su sitio. La forma crónica y las repetidas recidivas constituyen circunstancias perjudiciales, que deben hacer temer su prolongacion indefinida; relativamente al sitio de la erupcion, señalaremos al eczema de los sobacos, del pe-

cho, de los órganos genitales y de las piernas como revestido de una tendencia á durar mucho tiempo; la coexistencia de varices en el eczema de las piernas constituye una circunstancia agravante.

Etiología.—La etiología del eczema comprende, lo mismo que la de las demás afecciones, el estudio de las causas predisponentes y el de las causas ocasionales, las que vamos sucesivamente á enumerar.

Hablemos antes de las causas predisponentes.

Todas las edades predisponen al eczema; no obstante se le observa mas especialmente en los individuos jóvenes; tambien se le encuentra en la segunda infancia y en la adolescencia. Tambien aparece en los adultos y en los viejos, pero es raro que en estos últimos se manifieste por primera vez, puesto que por lo regular es una recidiva. Generalmente se atribuye al fenómeno de la denticion y al destete el eczema que se desarrolla en los niños en su primera infancia. Nosotros creemos en la primera influencia y no en la segunda.

El eczema tiene una marcada predileccion hácia el temperamento linfático, pero sin serle enteramente esclusivo. Los cambios de estacion son tambien causas predisponentes; la erupcion comunmente aparece á la entrada de la primavera y á la terminacion del otoño. Debemos citar, además, como causas predisponentes, el ejercicio de ciertas profesiones que exigen vigiliias prolongadas, el contacto de sustancias aeres, ó la accion de un calor intenso y casi continuo (herrereros, fundidores, panaderos, cocineros, etc.).

Entre las causas ocasionales, colocaremos en primera línea los excesos de todo género, tales como el abuso de la bebida, de la mesa, una nutrición demasiado abundante, las salsas, las viandas que están alteradas, los pescados de mar (sobre todo los cangrejos, almejas, etc.), las emociones morales vivas, las vigiliias y las fatigas de toda especie. Por último, debemos tambien mencionar las irritaciones locales de la piel producidas por emplastos ó fricciones secas ó irritantes. Nosotros hemos visto como un simple emplasto de diaquilon

no solamente desarrolló un eczema en el sitio en que fué aplicado y en sus inmediaciones, sino tambien ser el punto de partida de un eczema general. Es evidente, en vista de tales ejemplos, que la irritacion local no hace mas que dar lugar al desarrollo de un principio diatéxico, que no esperaba mas que una ocasion favorable para despertarse. Creemos, en efecto, como hemos tratado de establecer hablando de los herpes en general, que el eczema no es una enfermedad local, sino que la erupcion cutánea no es mas que la expresion de un vicio particular, ya sea congénito, ya adquirido por una *diátesis*.

Tratamiento.—En un principio, cuando hay predominio de los fenómenos inflamatorios, se ordenarán las bebidas emolientes en abundancia, la tisana de grama, limonadas, etc. Igualmente deberán prescribirse los tópicos emolientes, baños, lociones con agua de malvavisco ó agua de salvado. Cuando existen vesículas y no se han abierto aun, es preciso respetar tanto como sea posible su integridad, y abstenerse de aplicar cataplasmas que las reblandecieran y apresurarian su rotura.

Sabido es que este primer grado del eczema tiene una efímera duracion, y que es lo mas comun que la afeccion haya pasado al segundo período de su evolucion cuando se trata de curarla. Entonces, á los medios que acabamos de enumerar deben añadirse las cataplasmas de arroz y de fécula, las que deben ser preferidas á las de harina de linaza, que casi siempre son irritantes.

A estos remedios locales, hay que añadir los medios generales. Los principales son: los purgantes repetidos á menudo, á fin de disminuir la abundante secrecion que existe en la superficie de la piel, los cuales determinan al efecto una derivacion intestinal. Estos purgantes deben propinarse por espacio de muchas semanas, y están indicados tanto tiempo como persiste la secrecion serosa. Pueden emplearse los purgantes salinos ó los dátricos; pero el preparado evacuante á que damos la preferencia consiste en una infusion de flores de violeta y sen, preparada segun la siguiente fórmula:

Flores de violeta.....	8 á 16 gramos.
Hojas de sen.....	4 á 8 —
Agua hirviendo.....	3 á 4 vasos.

El enfermo toma dos, tres ó cuatro vasos de este apocema, ya sea todos los dias, ya dos ó tres veces á la semana, de modo que se produzcan tres ó cuatro deposiciones al dia: se pueden aumentar ó disminuir las dosis segun la susceptibilidad del individuo. Muchas veces hemos dado esta tisana purgante durante dos ó tres meses, en esos casos rebeldes, sin experimentar inconveniente alguno y sin acarrear ningun accidente en el tubo digestivo. Como remedio general y tóxico al mismo tiempo, es preciso mencionar los baños, tales como los baños de vapor, los almidonados, ya tomados aisladamente, ya alternativamente. Una precaucion importante hay que tomar en el uso de los baños de vapor, y es que su temperatura no sea demasiado elevada; es preciso que no pase de 32 ó 33 grados de Reaumur; si es mas alta determinan una congestion en la piel y aumentan la inflamacion.

Estos medios antiflogísticos emolientes, locales y generales y los purgantes producen ordinariamente buenos resultados, y con su uso la enfermedad llega mas ó menos pronto á su completa resolucion; pero en otros casos el eczema persiste y queda estacionario en el segundo ó tercer grado, se agrava de vez en cuando presentando cierto carácter agudo y tiende á eternizarse; entonces es cuando hay que recurrir á los modificadores generales, de los cuales son los principales el aceite de hígado de bacalao, los preparados arsenicales y el azufre. Pero estos remedios no deben emplearse al acaso y sin discernimiento. Hay indicaciones en que debe emplearse el aceite de hígado de bacalao, y otras en que se ha de apelar á los preparados arsenicales, y que la sagacidad del médico ha de saber apreciar. Así, el aceite de hígado de bacalao está indicado sobre todo en los individuos de temperamento linfático y particularmente en los sujetos jóvenes.

Los preparados arsenicales, por el contrario, surten mejores efectos en los individuos de temperamento nervioso y en los

que carecen de los atributos del temperamento linfático. Los preparados de arsénico empleados mas generalmente, son : las disoluciones de ácido arsenioso ó de arseniato de sosa; el líquido de Fowler y el de Pearson, tienen la ventaja de no despertar ninguna desconfianza por parte del enfermo, y poderle hacer tomar el arsénico sin que lo sepa; los recomendamos en la práctica.

Los preparados de azufre propinados al interior ó al exterior deben reservarse para los casos de eczema desarrollado en individuos de temperamento linfático poco pronunciado, en los que la enfermedad tiene una tendencia á perpetuarse. Solo debe recurrirse á ellos, cuando la enfermedad ha llegado al tercer periodo. Tambien se usan con ventaja durante la convalescencia, y aun despues de la desaparicion de toda erupcion, á fin de asegurar la curacion. Las preparaciones sulfurosas mas generalmente empleadas son las aguas minerales naturales; las mas eficaces son las aguas de Eughien, de Beréges, de Luchon, de Saint-Gervais y de Uriage. Para los enfermos que no presentan ningun señal de escrófulas, segun nuestra propia esperiencia, están sobre todo indicadas las aguas de Saint-Gervais que, por su ligera sulfuracion y por sus propiedades laxantes y diuréticas, nos parecen especialmente aplicables al tratamiento del eczema.

Tambien se ha preconizado contra el eczema una multitud de pomadas y de lociones, no empleando los charlatanes mas remedios que estos; pero nosotros debemos pronunciarlos contra ellos porque comunmente son perjudiciales. Haremos notar que las pomadas solo pueden ser de alguna utilidad al fin del tercer grado, cuando los fenómenos inflamatorios están muy mitigados. Se han aconsejado las pomadas sulfurosas; pero debemos colocar en primera linea los preparados mercuriales; la pomada de calomelanos se prepara segun la fórmula siguiente:

Manteca.....	30 gramos.
Calomelanos.....	0,25 ó 0,30 centigr.

La fórmula de la pomada de deuto-cloruro de mercurio consiste en:

Manteca.....	30 gramos.
Deuto-cloruro de mercurio.....	0,05 ó 0,10 centígr.

La pomada de proto-nitrato de mercurio se emplea sobre todo contra el eczema crónico, según esta fórmula:

Manteca.....	30 gramos.
Proto-nitrato de mercurio.....	0,05 á 0,10 centígr.

Igualmente se emplea la pomada citrina, que no tiene nitrato de mercurio, bajo esta fórmula:

Manteca.....	30 gramos.
Pomada citrina.....	2, 3, 4 ó 5 centígr.

Debemos igualmente mencionar la pomada á base de cianuro de potasio, que calma ordinariamente la comezon, especialmente en las partes genitales.

Tambien se emplea la disolucion de sublimato, que tiene igualmente por objeto calmar la comezon: hé aquí la fórmula:

Agua.....	100 gramos.
Sublimato.....	10 ó 20 gramos.

Han surtido tambien efecto algunas veces las lociones con agua blanca, las fricciones con la pomada alcanforada y con la pomada de óxido de zinc. Pero, lo repetimos, esos diversos tópicos deben emplearse con precaucion.

Por último, la parte mas importante del tratamiento consiste en la dietética, cuya observancia debe ser continuada por espacio de bastante tiempo despues de la desaparicion de la erupcion, si se quiere estar al abrigo de una recidiva. Así que, el enfermo se sujetará á un régimen severo, se abstendrá de los licores, del café, de las bebidas fermentadas y de cualquiera especie de alimentos que sean demasiado escitantes y muy cargados de pimienta y demás especias.

la forma de la bomba de vapor-forma de metano
consta en

100 gramos
Punto de ebullición de metano 100°C

La bomba de vapor-forma de metano se emplea para
todo contra el resaca crónico, según esta fórmula

100 gramos
Punto de ebullición de metano 100°C

El elemento se emplea la bomba de vapor, que no tiene
nada de metano, con esta fórmula

100 gramos
Punto de ebullición de metano 100°C

Delante igualmente se emplea la bomba de vapor, que no tiene
nada de metano, que solo experimenta la reacción: es
precisamente en las partes conchas

También se emplea la bomba de vapor, que no tiene
nada de metano, que solo experimenta la reacción: es
igualmente por efecto similar la reacción: es para la
fórmula

100 gramos
Punto de ebullición de metano 100°C

Hay también también se emplea la bomba de vapor, que no tiene
nada de metano, que solo experimenta la reacción: es
con agua dulce, la fórmula con la fórmula elemento
con la bomba de vapor de agua dulce, que no tiene nada de metano, que solo experimenta la reacción: es para la
fórmula

Por último, la parte más importante del elemento con
este en la bomba, que se observa debe ser continuada
por espacio de bastante tiempo después de la descomposición de
la bomba, se se quiere estar al día de una reacción: es para la
fórmula que el elemento se emplea a un régimen de vapor, se emplea
de los hechos, del cual, de las bombas formadas y de cual
pueda ser el elemento que sean demerito, se emplea a un régimen de vapor, se emplea
una bomba de vapor y demás partes

DEL LIQUEN.

La palabra *líquen* es muy antigua; se encuentra en los escritos de Hipócrates, Galeno, Celso y Aetius; pero es preciso saber que en los autores antiguos tenia un significado muy vago y mal determinado. En las obras de los médicos de la edad media se halla tambien esta palabra, pero tan mal definida como en los escritos de sus predecesores. Willan y Bateman tienen el mérito de haber sido los primeros en darla un significado mas exacto, mas preciso, usándola para designar una erupcion de pequeñas pápulas aglomeradas. Esos autores consideran, pues, el líquen como una erupcion papulosa; Alibert le coloca entre la clase de las afecciones determinadas por la sarna, y le llama prurigo liquenoides ó furfuráceo; en nuestra clasificacion le hemos incluido en el número de las afecciones herpéticas. Presenta, en efecto, todos los principales caracteres de este grupo de enfermedades, á saber: su dispersion sobre diferentes partes del cuerpo, su estension, su cronocidad, su fácil recidiva, etc.

Nosotros definiremos el líquen diciendo que es una enfermedad de la piel, caracterizada en su principio por la erupcion de pequeñas pápulas, ordinariamente bastante próximas

las unas de las otras, las cuales presentan un color rojizo que no tarda en desaparecer, y mas tarde, caracterizada por una alteracion mas profunda de la piel, por el engrosamiento de la misma, por su aspereza y por el aumento de la profundidad de sus pliegues.

Todos los síntomas que vamos á esponer no son, por decirlo así, mas que la paráfrasis de estos principales caracteres; engrosamiento de la piel, su mayor aspereza y la exageracion de sus pliegues. La enfermedad principia algunas veces por cierto escozor y una comezon bastante viva en una estension mas ó menos considerable ó en toda la superficie del cuerpo; despues aparecen bien pronto pequeñas pápulas, es decir, pequeñas eminencias macizas que no contienen ni serosidad, ni pus; ordinariamente son puntiagudas, próximas las unas de las otras y aglomeradas de modo que forman placas, cuya superficie es rugosa y desigual.

Estas pápulas son comunmente de color rojo, lo mismo que la piel que las rodea; en las regiones en que tiene lugar el desarrollo de esa afeccion sobreviene una hinchazon, de la que resulta un engrosamiento notable de la piel, que dura tanto tiempo como la misma enfermedad, pudiendo persistir algun tiempo despues de esta. La presencia de las pápulas sobre la piel engrosada determina una rudeza especial de la misma y una exageracion tal de sus pliegues, que pueden llegar á constituir grietas y hasta llegar á ser estas verdaderas hendiduras. A esos fenómenos fundamentales se unen otros que son accesorios, pero tambien constantes. Aparece al principio una ligera untuosidad, bajo la forma de pequeñas gotas de serosidad, que se concretan formando pequeñas costras de un aspecto particular: son delgadas, duras, secas, de color gris ó negro, que en nada se parecen á las del eczema y que se diferencian de ellas por su volúmen, su blandura y su color amarillo; algunas concreciones de esa clase, que son de color negro, están formadas por sangre coagulada y desecada en la superficie de las pápulas.

El derrame de sangre y de serosidad es debido á la esco-

riacion de las pápulas. En efecto, [uno de los fenómenos inseparables de las pápulas consiste en una viva comezon, que en ciertos casos hemos visto preceder á la erupcion y continuar despues de la curacion de la misma. Esta comezon va acompañada de calor; es á veces tan atroz y viva, que los enfermos no pueden resistir el deseo de rascarse, el cual es tanto mas imperioso cuanto que en frotando la parte experimentan cierta sensacion de placer que determina un momento de reposo despues cada friccion. Los enfermos escorian, por lo mismo, y desgarran con sus uñas las estremidades de las pápulas, de lo que resulta el derrame de sangre y de serosidad y la consiguiente formacion de pequeñas costras. La comezon y el escozor del líquen se dejan sentir principalmente por la tarde y por la noche.

Ordinariamente el líquen no presenta fenómenos generales; algunas veces, no obstante, sobre todo en su principio, sobreviene un poco de malestar, cefalalgia, inapetencia y un ligero movimiento febril; pero todos estos síntomas se disipan al cabo de algunos dias, viéndose individuos atacados por un líquen estenso, que presentan todas las señales de una perfecta salud. Sin embargo, es preciso decir que esta regla tiene algunas escepciones, felizmente muy raras: hay veces que la comezon es tan viva que priva completamente al enfermo del sueño, y cuando se prolongan los insomnios no tarda aquel en debilitarse considerablemente, en enflaquecerse y experimentar desórdenes de la digestion. Entre estos desórdenes del tubo digestivo, debemos señalar la gastralgia, cuya frecuencia y valor semiótico han sido singularmente exagerados en el líquen. En efecto, M. Devergie y otros autores, en vista de la coincidencia de la gastralgia con el líquen, han sido víctimas de una falsa induccion, refiriendo á la enfermedad cutánea un fenómeno que comunmente no es mas que la consecuencia de un temperamento nervioso.

El líquen se limita algunas veces á un pequeño espacio; pero ordinariamente, del mismo modo que todas las enfermedades herpéticas, tiende á ganar nuevo terreno y á invadir

cada día las partes inmediatas; también puede extenderse á casi todo el cuerpo. Todas las regiones de la piel son susceptibles de ser invadidas por el líquen; sin embargo, esta enfermedad parece tener una predilección particular por ciertas partes, especialmente por la parte posterior y lateral del cuello, por la cara anterior de los muslos y por las manos. Sobre todo en estas es en donde se observan esas grietas y esa especie de hendiduras de que hemos hablado. El líquen se observa también con frecuencia en las extremidades inferiores, en los muslos, en las espaldas, en los pies y en las partes genitales, en las que constituye una afección verdaderamente importante. Raramente se desarrolla en el cuello cabelludo, sobre todo cuando los cabellos aun no han caído. En los sujetos calvos se observa á veces una erupción papulosa, que tiene cierta semejanza con el líquen, pero que difiere de él esencialmente.

Sitio anatómico.—¿Cuál es el sitio anatómico del líquen? M. Cazenave pretende que el líquen consiste en la inflamación de las papilas nerviosas de la piel, y apoya su opinión en la existencia de las vivas comezones que hemos señalado, y que en efecto parece que anuncian una perturbación nerviosa. ¿Pero da M. Cazenave una prueba anatómica del hecho que señala? No da ninguna. Es, pues, una pura hipótesis que no descansa sobre ninguna base sólida. En efecto; ¿el líquen es la única afección de la piel que va acompañada de comezones? ¿No se presentan estas tan vivas y tenaces en la psoriasis y el eczema? A más, los datos anatómicos, lejos de confirmar la opinión de M. Cazenave, se hallan en abierta oposición con ella. Las papilas nerviosas de la piel son, en efecto, muy numerosas en ciertas regiones; en la palma de las manos por ejemplo, y raras veces, por no decir nunca, se ve á esa región afectada por el líquen. Por último, las papilas nerviosas de la piel afectan una forma determinada, una disposición particular; describen curvas más ó menos regulares y concéntricas y jamás se encuentra esta disposición en el líquen. Por otra parte, en el líquen no existen únicamente pá-

púlas, hay también aridez y aumento del grosor de la piel, exageracion de sus arrugas, cuyos fenómenos no encuentran esplicacion en la hipótesis de M. Cazenave.

En sustitucion á la teoría que acabamos de destruir, nada tenemos nosotros que esponer. No obstante, si obligados á tener una opinion determinada acerca del sitio anatómico del líquen, le señalaríamos con gusto, al lado del eczema, al que complica tan frecuentemente, en las partes profundas de la epidérmis, en el cuerpo mucoso, y apoyaríamos nuestro modo de ver en la coloracion morena de la piel, que existe comunmente despues del líquen y que parece demostrar que esta enfermedad tiene su asiento en la parte en que se halla el pigmento, es decir, en el cuerpo mucoso. Sin duda, esta razon será insuficiente para pronunciarse definitivamente acerca de esa hipótesis; pero adviértase que la que establecemos no tiene á nuestros ojos la menor importancia.

Como todas las demás enfermedades de la piel, el líquen no se presenta siempre del mismo modo. Preciso es, pues, admitir variedades, las que formarán dos grupos; esa division está fundada en el aspecto y en el sitio de la enfermedad.

VARIETADES SEGUN EL ASPECTO.

Existen cuatro variedades principales segun el aspecto que presenta el líquen, á saber: 1.º el *líquen simple*; 2.º el *líquen circunscrito*; 3.º el *líquen agrís*; y 4.º el *líquen inveterado*.

1.º LIQUEN SIMPLE.—El líquen simple no es otra cosa mas que la afeccion con los caractéres que acabamos de describir, pero en un grado poco pronunciado. La enfermedad se encuentra sobre todo en el dorso de las manos, en la cara esterna del antebrazo y de los muslos y en las partes laterales del cuello. Está caracterizada por una erupcion de pápulas de color rojizo, reunidas las unas al lado de las otras; estas pápulas son poco salientes y tienen poca tendencia á escoriarse; al cabo de siete ú ocho dias desaparecen, y en sus

vértices se desarrollan pequeñas escamas. Entonces la piel presenta una sequedad, una aspereza y un grosor muy marcados. Las arrugas se presentan aumentadas, y ofrecen el aspecto de las líneas cruzadas que presentan ciertos diseños. En esta variedad las comezones son bastante vivas, pero no tanto como en las otras de que vamos á ocuparnos. Los enfermos experimentan el deseo de rascarse, y escórian ligeramente las partes afectadas; pero jamás las comezones les causan insomnios tan penosos como los que hemos ya señalado: apenas duran estas mas de una media hora por la noche, cuando el enfermo se acuesta.

El líquen simple cede fácilmente á su tratamiento; al mes ó seis semanas de emplear una terapéutica conveniente, se ve como las pápulas se estinguen y desaparecen. El grosor de la piel desminuye gradualmente, y esta pasa otra vez á su estado normal; comunmente el sitio que antes invadia el líquen queda teñido despues de su desaparicion por una leve mancha pigmentosa, que puede persistir largo tiempo. Es preciso no olvidar que la recidiva de la afeccion que nos ocupa es muy frecuente, y que es siempre conveniente continuar el tratamiento por espacio de muchas semanas, despues de su curacion.

2. ° LIQUEN CIRCUNSCRITO.—El líquen circunscrito está caracterizado por unas placas redondas, de límites perfectamente marcados y de la extension de una moneda de cinco francos, ó mas grandes aun. Estas placas ocupan ordinariamente la parte esterna del antebrazo. Es raro no encontrar mas de una; ordinariamente existen muchas. Se presentan cubiertas, por pequeñas pápulas muy próximas unas de otras hasta el punto de tocarse y confundirse por su base: de esta reunion de las pápulas, resulta que la superficie afectada se presenta erizada de una multitud de pequeñas asperezas. Dichas eminencias puntiagudas se aplastan y desaparecen completamente al cabo de algunos dias, y son reemplazadas por unas escamas adherentes, duras y rugosas, que dan á la piel un nuevo aspecto, muy particular, mas árido y mas áspero que el del

eczema: debajo de estas escamas se encuentra siempre la piel mas ó menos engrosada.

No es raro ver desarrollarse algunas vesículas al lado de las pápulas sobre una placa de líquen circunscrito. Esas vesículas se rompen, dan lugar á la formacion de costras; en una palabra, sucede lo mismo que en el eczema, existiendo entonces una reunion del eczema y del líquen, mezcla que se encuentra mas comunmente que lo que se dice en las obras clásicas.

Por último, debemos hacer mencion de otra disposicion muy curiosa del líquen circunscrito, cual es la forma *circinada*: el centro de la placa se cura antes que su periferie, de suerte que si no se ha visto el principio del desarrollo de la afeccion y no se han seguido todas sus fases, se podria confundir de pronto con un herpes.

3. ° LIQUEN AGRIVUS.—El líquen agrivus no es mas que el líquen agudo, participando frecuentemente del carácter eczematoso: está caracterizado, no por simples pápulas, sino por una mezcla de pápulas y de pústulas, cuyo vértice escoriado segrega una serosidad susceptible de concretarse. Esta variedad principia ordinariamente con una sensacion de calor y de escozor: la piel se vuelve rojiza, y bien pronto aparecen en ella pequeñas pápulas, que no tardan en escoriarse y en segregar una abundante serosidad; en medio de esas pápulas se encuentran ordinariamente algunas vesículas eczematosas, que se rompen y dan lugar á ulceraciones superficiales, dejando escapar una serosidad concrecible. De esta reunion de serosidad y de pápulas, resulta un estado morbozo, que ofrece gran dificultad para el diagnóstico cuando no se halla apoyado mas que en las lesiones elementales. Pero este diagnóstico no tiene importancia alguna, y es inútil en tales circunstancias mirar la afeccion como un líquen ó como un eczema: ambas afecciones existen simultáneamente; su reunion es la que constituye el *líquen agrivus*, y á su desarrollo simultáneo es al que debe atribuirse el aspecto particular de esta variedad.

El curso del líquen agrivus es rápido, y su mejoría sobre-

viene con prontitud; hay que añadir, tambien, que las recrudescencias son muy frecuentes; las pápulas vuelven, se escorian de nuevo, y la enfermedad se presenta con los mismos caracteres que antes. Al propio tiempo existe sequedad, aspereza y engrosamiento de la piel afectada. Al cabo de cierto tiempo cesa del todo la secrecion para dar lugar á la formacion de pequeñas escamas epidérmicas, que á su vez son reemplazadas por una simple aspereza de la piel. Mas tarde, esta membrana vuelve por último á su estado normal, pero esto apenas sucede antes de los tres ó cuatro meses de la duracion de la enfermedad.

4. **LIQUEN INVETERADO.**—El líquen inveterado está menós caracterizado por la erupcion papulosa que por la persistencia y la tenacidad de las alteraciones del tegumento esterno. Existen perfectamente en su principio, pápulas, pero son de efimera duracion y los caracteres especiales de esa variedad consisten en el engrosamiento y la sequedad extrema de la piel y el aumento de sus arrugas, cuyas alteraciones no desaparecen. Hay que añadir una descamacion cutánea constituida por escamas gruesas, que pudieran tomarse por escamas de la psoriasis. Otra de las particularidades de esta forma de líquen, consiste en que á menudo sobrevienen, juntamente con todas esas lesiones, erupciones vesiculosas y hasta pustulosas, las cuales se reproducen de vez en cuando. Esas vesículas y esas pústulas se rompen determinando una secrecion de serosidad; despues desaparecen al cabo de algunos dias, para reproducirse luego despues.

El líquen inveterado es muy rebelde; puede prolongarse durante años enteros, y algunas veces durante toda la vida, presentando alternativas favorables y desfavorables. Los enfermos atacados por esta afeccion presentan la piel seca, escamosa, engrosada, arrugada, asemejándose á la piel de los viejos.

Despues de haber indicado las cuatro variedades reales que hemos creído deber admitir y conservar, nos falta indicar aun algunas otras variedades mas ó menos legítimas, que se

encuentran señaladas en los autores, cuales son ; el *liquen urticatus*, el *liquen gyratus*, el *liquen tropicus* y el *liquen lividus*. Vamos á indicar brevemente los caracteres de estas afecciones.

LIQUEN URTICATUS.—El *liquen urticatus* no es el líquen propiamente dicho, sino mas bien un eritema que va acompañado de strophulus ó de una especie de urticaria. Está caracterizado por anchas placas rojizas acompañadas de comezones; casi siempre esas placas desaparecen al cabo de algunas horas, para reproducirse algun tiempo después, del mismo modo que sucede en la urticaria.

LIQUEN GYRATUS.—Es una variedad poco importante que presenta la forma especial de la erupcion, pero que en lugar de formar placas, el líquen está dispuesto en forma de bandas, cuya direccion y estension son muy variables.

LIQUEN TROPICUS.—No haremos mas que mencionar esta variedad. Solo se observa en los climas tropicales, siéndonos por consiguiente estraña. Lo que sobre todo la caracteriza es la magnitud de las pápulas; lo que ignoramos es si debe considerarse como un verdadero líquen.

LIQUEN LIVIDUS.—Esta variedad, que parece igualmente de poca importancia, es debida regularmente á la coincidencia de un estado caquectico con el líquen; las pápulas, en lugar de ser rojizas, son de color violáceo, existiendo además fenómenos generales de adinamia. Relativamente al sitio del líquen, se han descrito tambien el *liquen pilaris* y el *liquen podicis*.

LIQUEN PILARIS.—Se ha dado este nombre á una afeccion caracterizada por una multitud de pequeñas eminencias redondeadas, constituidas por el aumento de volúmen de los folículos pilosos; las partes enfermas presentan el aspecto que tiene la piel en el estado particular designado vulgarmente con el nombre de *carne de gallina*. Ha sido sin razon que se ha referido esta afeccion al líquen: para nosotros es una variedad de la pitiriasis, que designamos con M. Devergie el nombre *pityriasis pilaris*.

LIQUEN PODICIS.—Esta última de las variedades del líquen,

descrita aun con el nombre de *prurigo podicis*, afecta el periné. Raras veces presenta pápulas, y está caracterizada por un engrosamiento de la piel y por el aumento de sus pliegues, los que entonces se parecen á las líneas entrecruzadas de los diseños, de que hemos ya hablado: al mismo tiempo la acompañan atroces comezones. Se puede comparar esta variedad al líquen que se desarrolla en las partes genitales de la mujer. Esta afeccion, que se complica tan frecuentemente con el eczema, es muy rebelde; muchas veces se prolonga años enteros y constituye una enfermedad escesivamente penosa.

Curso.—Terminacion.—El líquen es una afeccion generalmente de larga duracion; una vez desarrollado, presenta frecuentes recrudescencias; y cuando se cura, recidiva con mucha facilidad: algunas veces, cuando se cree que llega á su fin, sobreviene una nueva recrudescencia que le prolonga, la que puede repetirse varias veces antes que la piel haya tomado su aspecto normal y su habitual flexibilidad. Sin embargo, la curacion puede obtenerse, pero no siempre es definitiva. Además, la piel, que ha sido atacada por el líquen, conserva comunmente cierto engrosamiento y aspereza, de que carecen las demás regiones del cuerpo; tambien algunas veces las partes que han sido afectadas sufren una alteracion en el color, que subsiste por espacio de mas ó menos tiempo; son de color mas oscuro por efecto de la acumulacion mayor del pigmento.

Diagnóstico.—El diagnóstico es bastante difícil de establecer, sobre todo cuando no se le quiere fundar en la existencia de las pápulas, porque estas son de difícil comprobacion: unas veces son efímeras, otras estan ocultas por las costras, y no pocas se presentan complicadas con otras erupciones. Las mejores señales para reconocer el líquen son la sequedad, el engrosamiento de la piel y la exageracion de sus arrugas, cuyas alteraciones no faltan nunca.

Las afecciones que puede simular el líquen, son: el prurigo, el eczema, la psoriasis y el herpes circinado.

El prurigo puede distinguirse fácilmente del líquen: la

primera afeccion está caracterizada por gruesas pápulas diseminadas y cubiertas en su estremidad por una costra negra de sangre desecada; pero no se observa en ella ni el engrosamiento, ni la aspereza de la piel; en el líquen, á mas de estos dos últimos caracteres, se observa que las pápulas, cuando aun existen, son muy pequeñas, apretadas las unas contra las otras, y solo están cubiertas por una pequeña costra gris ó verdosa.

El eczema es generalmente fácil de distinguir del líquen. En efecto, ¿qué fenómenos se observan en el líquen? Pápulas, eminencias macisas acompañadas de sequedad y de engrosamiento de la piel. En el eczema encontramos vesículas, que son reemplazadas, cuando se rompen, por pequeñas ulceraciones y por una secrecion abundante de serosidad, que mancha y encartona los lienzos [y se concreta formando costras blandas, amarillas y bastante compactas. Mas tarde, cuando las lesiones elementales han desaparecido, estas dos enfermedades se pueden aun distinguir; en el líquen la piel es áspera y compacta; en el eczema es lisa, delgada y presenta un lustre particular.

Sin embargo; hay una variedad de líquen que se asemeja bastante al eczema, y es el *líquen agrius*. Las dos enfermedades se presentan entonces reunidas en un mismo individuo, en el que existe una verdadera mezcla de vesículas y de pápulas; pero ya hemos dicho que el diagnóstico diferencial de esas dos afecciones no tiene ninguna importancia para la práctica. Tambien se ha dado, con mucha razon, á esa asociacion de las dos afecciones el nombre de *eczema liquenoides* ó de *líquen eczematoso*: cuando hemos tratado del diagnóstico del eczema hemos hablado de este fenómeno.

La psoriasis se parece algunas veces al líquen circunscrito. No es en el mismo punto en que reside la enfermedad en el que es preciso buscar los síntomas para el diagnóstico, sino en sus inmediaciones y en toda la superficie del cuerpo. Como la psoriasis tiene su sitio de predileccion en los codos y en las rodillas, deberán examinarse estas regiones á fin de averiguar

las demás señales de la enfermedad. Si los codos y las rodillas están sanos, sin temor de equivocarse, puede diagnosticarse la enfermedad de un líquen, y en el caso contrario de una psoriasis.

El herpes circinado puede ser confundido con el líquen circunscrito, y en muchos casos es difícil establecer el diagnóstico. No obstante, es preciso recordar que en el líquen la forma circular no está tan perfectamente determinada como en el herpes, y que en esta última afección las escamas son mucho más blandas y mucho menos compactas, y que el círculo goza de una gran tendencia á aumentar de estension. En defecto de estos signos, se puede invocar otro: en el herpes circinado, que es una enfermedad parasitaria, existe un parásito vegetal, una criptógama, que el microscopio hará ver fácilmente.

Una palabra más para terminar el estudio del diagnóstico del líquen.

Se ha intentado establecer el diagnóstico del líquen y de la sarna. Desde luego diremos que el problema ha sido mal planteado: no se trata, en efecto, de reconocer esas dos enfermedades aisladamente, sino asegurarse si existen al propio tiempo en un mismo individuo; por consiguiente en lugar de establecer, como se hace, un diagnóstico diferencial de estas dos afecciones, se debe examinar si al mismo tiempo que el líquen, existen algunos de los caracteres de la sarna (prurigo, ectima, eczema de los pechos en las mujeres), y sobre todo averiguar con cuidado si existen surcos y el *acarus* en el sitio que este tiene de elección.

Pronóstico.—El líquen no es una enfermedad peligrosa pero su tenacidad, las atroces comezones que ocasiona y los penosos insomnios que determina, hacen que sea bien triste la existencia de los enfermos afectados por esta enfermedad. Hemos dicho que el líquen puede curarse, pero al mismo tiempo hemos señalado la facilidad y rapidez de sus recidivas, sobre todo cuando afecta la forma inveterada.

Etiología.—En la etiología distinguiremos las causas predisponentes y las causas ocasionales.

Causas predisponentes.—Se observa el líquen en todas las edades; ambos sexos están igualmente predispuestos á padecerle. En cuanto á los temperamentos, existe una influencia incontestable; se ha dicho, con razon, que el líquen era el herpes del temperamento nervioso. En efecto, esta enfermedad se desarrolla sobre todo en los individuos flacos, de temperamento nervioso. con esto no queremos decir que los demás temperamentos esten completamente exentos de padecerla, pero evidentemente estan menos espuestos que los primeros. Quizás sea esta una de las razones que han inducido á M. Cazenave, pero sin razon, como lo hemos dicho, á señalar el sitio de esta enfermedad en la parte nerviosa de la piel.

Hay tambien que advertir que las estaciones tienen una grande influencia en el desarrollo de la erupcion que nos ocupa; es principalmente en los cambios las de estaciones, en el otoño y en el invierno, cuando se vé que el líquen recidiva ó invade la piel: parece que es mas comun en el invierno que en el verano, y aparece y cesa comunmente con los frios.

La herencia es tambien una de las causas del líquen; muchas veces se encuentra en los ascendientes, sino un líquen, al menos un eczema ó una psoriasis. Por último, ciertas profesiones esponen mas que otras á esta afeccion, con tal que la diatésis exista en estado latente. Esas profesiones son todas aquellas que ponen al individuo en contacto con sustancias irritantes.

Causas ocasionales.—Las causas que despiertan la diatésis y determinan la esplosion de la misma en la superficie cutánea son poco mas ó menos las mismas que las del eczema tales son: los excesos en la comida y bebida, una nutricion demasiado escitante, las penas, las emociones morales vivas, los enfriamientos estando el cuerpo en transpiracion, el contacto de sustancias químicas irritantes.

¿El líquen es contagioso? Ciertos autores, con Devergie á su cabeza, afirman que lo es. Pero, á pesar de tan importante autoridad, todos los hechos, que hemos sometido á nuestra observacion, se oponen á esa opinion. En efecto, todos los

días vemos á individuos sanos acostarse con otros atacados por el líquen, y nos hemos visto precisados á esplicar los hechos citados á favor del contagio, por un error del diagnóstico.

Tratamiento.—Al principio de la enfermedad es preciso emplear un tratamiento preparatorio, los emolientes generales y locales; hay que calmar la susceptibilidad de la piel por medio de baños templados adicionados con harina, salvado ó almidon, con el objeto de hacerlos emolientes. Durante algunos días se dan al enfermo bebidas refrescantes, aciduladas ó mucilaginosas. En el *líquen agrius* es preciso emplear con tiempo las cataplasmas de fécula de patata ó de harina de arroz; por último, despues de continuar algunos dias con este tratamiento preparatorio, se pasa al verdadero tratamiento, ó sea aquel por cuyo medio se produce una modificación en la economía y en la piel; de aquí se sigue que hay que apelar á dos órdenes de remedios, generales y locales.

Bielt atribuye á los alcalinos administrados en el líquen una gran virtud; al interior hacia tomar una disolucion de 2, 3, 4 ó 6 gramos de sub-carbonato de sosa por día; como tratamiento local añadía los baños alcalinos administrados todos los días. Este tratamiento por los alcalinos, preconizado por Bielt, ha sido empleado por M. Cazenave, y actualmente lo es aun por M. Devergie, á consecuencia de las ideas que profesa este práctico respecto de la gastralgia como concomitante del líquen. Tambien hemos apelado nosotros á ese tratamiento, con el cual algunas veces hemos obtenido buenos resultados en ciertas variedades, particularmente en el *líquen simple*; pero en el líquen inveterado nada hemos conseguido con los alcalinos.

Por lo demás, damos poca importancia á los alcalinos propinados al interior y tenemos mas confianza [en los baños alcalinos alternando con los baños de vapor: unos y otros modifican localmente la piel: ordinariamente añadimos á estos medios el uso de una tisana emoliente, los cuales nos han surtido buen efecto en algunos casos de líquen simple y circunscrito; pero es necesario que sean continuados durante

largo tiempo, aun despues de la desaparicion de la erupcion. Sin embargo, este tratamiento no es siempre suficiente; lo mas comun, principalmente cuando se trata de la forma inveterada, es que se tenga que apelar á otra medicacion. M. Cazenave, atendiendo á las ideas teóricas que profesa acerca del sitio anatómico de la enfermedad que nos ocupa, aconseja los narcótico-acres tomados al interior; pero adviértase que al propio tiempo que administra la belladona, el beleño, la datura de estramonio, emplea tambien los baños alcalinos y los baños de vapor. Las preparaciones narcóticas jamás nos han surtido efecto en la forma del líquen inveterado: pueden no obstante ser auxiliares muy útiles cuando hay insomnio.

En los casos de líquen inveterado hay que recurrir á los modificadores profundos de la economía. Estos modificadores son los preparados arsenicales y la tintura de cantáridas.

Los preparados arsenicales que nosotros empleamos habitualmente, consisten en una disolucion hecha segun la fórmula que sigue:

Agua destilada.....	250 gramos.
Acido arsénico ó arseniato de sosa..	0,05 ó 0,10 centígramos.

Se dá una cucharada comun de esta disolucion todos los días, y al cabo de algunos se puede aumentar la dosis con otra cucharada; al propio tiempo se hacen tomar los baños alcalinos y los de vapor.

La tintura de cantáridas se dá al principio, á la dosis de cuatro gotas, dos por la mañana y dos por la tarde, con un julepe, con una tisana ó con un vaso de agua; la dosis puede aumentarse gradualmente hasta 20, 25 ó 30 gotas por día. Pero pueden sobrevenir accidentes en la vejiga, que se manifiestan por el ardor y la mayor sensibilidad que se siente al orinar: entonces hay que suspender el tratamiento, sin esperar la presencia de la sangre en la orina. M. Devergie prefiere la tintura de cantáridas á los preparados arsenicales; nuestra propia esperiencia no está de acuerdo con los resultados obtenidos por este inteligente profesor.

La acción de estos modificadores de la economía debe ir ayudada por la dietética de las enfermedades herpéticas, que quizás es el modificador mas poderoso.

Los medios locales que se emplean en el líquen tienen principalmente por objeto calmar las comezones. Algunas veces se han obtenido resultados con las lociones de agua blanca; se ha aconsejado el cianuro de potasio aplicado en forma de pomada, según la siguiente fórmula:

Manteca.....	30 gramos.
Cianuro de potasio.....	0,05 ó 0,10. centigramos.

También se ha empleado en el líquen circunscrito las pomadas de óxido de zinc y de alcanfor, en estas proporciones:

Manteca.....	30 gramos.
Oxido de zinc.....	4 á 8 —
Alcanfor.....	2 á 4 —

Esta pomada se aplica por mañana y tarde.

En el líquen *agrius*, se usa algunas veces la siguiente pomada hecha con los calomelanos y el tanino:

Manteca.....	30 gramos
Calomelanos.....	1 —
Tanino.....	2 á 3 —

Por último, debemos también mencionar las cauterizaciones hechas con el nitrato de plata en algunos casos de líquen circunscrito.

Como complemento del tratamiento del líquen, debemos aun mencionar algunas aguas minerales. Las aguas que se emplean ordinariamente son las aguas alcalinas y las aguas sulfuro-alcalinas. Las aguas alcalinas son las aguas de Vichy y de Plombières, útiles sobre todo en el líquen complicado con la gastralgia. Las aguas sulfuro-alcalinas son las de Saint-Gervais, las de Uriage y las de los Pirineos; pero entre estas últimas hay algunas que deben ser preferidas á las demás, tales como las de Saint-Sauveur en el líquen inveterado. En el líquen *agrius*, cuyas recaídas son frecuentes, las aguas de Louéche pueden igualmente prestar grandes servicios.

...en efecto, una seccion vertical de la epidermis, que en
 tes de condiciones de vitalidad; las escamas se arrodan in-
 definitamente hasta que se forma una capa epidérmica nor-
 mal que cesa de todas las propiedades fisiológicas. En los
 exantemas, por el contrario (escarlatina, erisipela, saram-
 pion, etc.), no se efectúa una renovación propiamente di-
 cha, sino una simple desfoliación: la epidermis existente du-
 rante la afeccion, se separa y cae, siendo reemplazada por
 una nueva capa epidérmica, perfectamente sana y apta en un
 todo para cumplir sus funciones.

Antomas.—La psoriasis se presenta bajo la forma de pla-
 cas ó de placas mas ó menos numerosas. Estas placas, proeminen-
 tes por encima del nivel de la piel, son rojas y están cubier-
 tas por escamas superpuestas las unas á las otras. Lo que
 constituye el carácter particular de esas escamas es el color

DE LA PSORIASIS.

Después del eczema, la enfermedad herpética mas comun
 es, sin contradiccion, la *psoriasis*. Esta afeccion parece ser
 la enfermedad designada por los griegos con el nombre de
πρωρα. Alibert llama á esta afeccion con el de *herpe liquenoi-
 des* ó *herpe furfuráceo*; vulgarmente se le da el nombre de *hér-
 pe seco*. En la clasificacion anatómica de MM. Cazenave,
 Devergie y Gibert, está incluida en la clase de las afecciones
 escamosas; en nuestra clasificacion pertenece á la clase de los
 herpes, cuyos caracteres presenta por completo.

Definicion.—La psoriasis es una enfermedad cutánea ca-
 racterizada por escamas blancas, plateadas, gruesas, sobre-
 puestas las unas sobre las otras, muy adherentes á la piel,
 que cubren una superficie saliente, engrosada y de un color
 rojo muy subido, que hace recordar el color cobrizo especial
 de la sifilides.

El sitio anatómico de la psoriasis, es, indudablemente
 la epidermis que se vuelve gruesa y escamosa, y lo diremos de
 paso, debe hacerse una gran diferencia entre la esfoliacion
 epidérmica de algunos exantomas y el estado escamoso de la
 psoriasis y de los herpes en general. En esta descamacion

hay, en efecto, una secrecion viciosa de la epidermis, que carece de condiciones de vitalidad; las escamas se suceden indefinidamente hasta que se forma una capa epidérmica normal que goza de todas las propiedades fisiológicas. En los exantemas, por el contrario (escarlatina, erisipela, sarampion, etc.), no se efectúa una descamacion propiamente dicha, sino una simple desfoliacion: la epidermis existente durante la afeccion, se separa y cae, siendo reemplazada por una nueva capa epidérmica, perfectamente sana y apta en un todo para cumplir sus funciones.

Síntomas—La psoriasis se presenta bajo la forma de puntos ó de placas mas ó menos estensas, cuyas variedades de configuracion son muy numerosas. Estas placas, proeminentes por encima del nivel de la piel, son rojas y están cubiertas por escamas sobrepuestas las unas á las otras. Lo que constituye el carácter particular de esas escamas es el color blanco, plateado y lustroso que revisten: algunas veces se presentan con cierto tinte debido á la presencia de polvo que las cubre; se parecen á una placa de yeso ó á las manchas de cera. Generalmente son muy adherentes á la piel y con dificultad se las puede separar, como no sea las mas de las veces haciendo cierto esfuerzo, cuya avulsion da lugar en algunos casos á la salida de algunas gotas de sangre. Nótese, sin embargo, que esta adherencia no es siempre tan fuerte como hemos dicho. Tambien se observa que las capas mas superficiales se separan y caen dentro de la cama del enfermo en cantidad considerable.

La parte cubierta por las escamas merece tambien llamar nuestra atencion. Hemos hablado de su proeminencia sobre el nivel de la piel y de su coloracion roja. Esta no siempre es visible, porque muchas veces las escamas la cubren, si bien hay algunas, en que á favor de la transparencia de ciertas escamas muy delgadas, ó de las hendiduras que forman cuando son muy gruesas, puede distinguirse dicha coloracion, muy visible cuando las escamas se han separado.

La coloracion rojiza de la psoriasis no se presenta con

el verdadero rubor inflamatorio, vivo, franco, sino mas bien con un rubor oscuro y cobrizo parecido, como hemos dicho, al tinte cobrizo de las sifilides. En ciertos casos la semejanza es aun mayor por efecto del aspecto lustroso que presenta esa superficie rojiza, exenta de escamas.

Al propio tiempo coexiste en la psoriasis, juntamente con las escamas y el rubor, un engrosamiento muchas veces considerable de la piel, el cual es muy marcado, sobre todo en la psoriasis que data de mucho tiempo y que ha recidivado bastantes veces; entonces es cuando sobrevienen las grietas y hasta verdaderas hendiduras. Esas alteraciones se observan particularmente al nivel de las articulaciones.

A mas de este aspecto particular de la piel y al lado de estas señales tangibles (escamas, rubor, engrosamiento de la piel, grietas, hendiduras, etc.) debemos tambien señalar otros fenómenos patológicos, á saber: el escozor y las comezones mas ó menos vivas, á veces bastante intensos para privar á los enfermos del sueño. Acerca de este punto, estamos en f6rmal oposicion con la opinion de M. Devergie, que niega de una manera absoluta la existencia en la psoriasis de comezones, y que solo las admite en la psoriasis complicada con el h6rpe ó con el eczema, llegando hasta el punto de señalar la ausencia de este s6ntoma, como un signo diagn6stico de la afeccion de que tratamos. Es seguramente dif6cil de comprender c6mo semejante error ha podido cometerse por un observador tan distinguido como M. Devergie: todos los dias los hechos vienen á demostrar la equivocacion de este profesor. Inter6rguense los enfermos que actualmente tenemos en nuestras salas, y no hay uno que no conteste que padece ó ha padecido comezones. No hay duda que su intensidad es variable segun los individuos, y que algunas veces son poco intensas, pero siempre existen en cualquiera grado que sea.

Segun sea el sitio que ocupa la psoriasis y la parte del cuerpo que afecta, puede dificultar el ejercicio de ciertas funciones, por ejemplo, los movimientos de la mano y la prension de los objetos, los movimientos de los pi6s y la marcha

cuando la enfermedad ocupa las regiones palmar ó plantar. Es muy comun ver la psoriasis en individuos que gozan de una perfecta salud y de una completa regularidad en el ejercicio de todas sus funciones. Sabido es, en efecto, que la psoriasis es el hérpe de las personas perfectamente sanas, y que esta afeccion se desarrolla especialmente en los sugetos que gozan de un temperamento sanguíneo, de una constitucion fuerte y vigorosa y que tienen todos los atributos de una excelente salud. No obstante, esta regla tiene algunas escepciones: cuando la enfermedad es de larga duracion y afecta personas de cierta edad, se advierten alteraciones en las funciones digestivas; los viejos enflaquecen, su piel se seca cada vez mas y toma el aspecto córneo, de lo que resulta una debilidad extrema y una falta completa de resistencia á las influencias morbosas exteriores; así que cuando sobreviene una enfermedad intercurrente un poco grave, casi siempre termina de una manera fatal.

La psoriasis puede ocupar todas las partes del cuerpo, pero tiene una predileccion muy marcada hácia ciertas regiones, particularmente por las rodillas y los codos; es por esas regiones por donde ordinariamente empieza, para estenderse despues en todos sentidos y propagarse por diferentes partes del cuerpo. Es muy raro ver la psoriasis en otros puntos, sin que al propio tiempo exista en las rodillas y en los codos; mientras que es muy comun encontrar en un principio á la enfermedad exclusivamente limitada á esas dos regiones, estando las demás partes del cuerpo enteramente exentas de la misma.

Curso.—La psoriasis es esencialmente crónica; dura meses, años enteros, y aun algunas veces toda la vida. Bajo la influencia de un tratamiento conveniente, del régimen ó de una circunstancia inesperada, puede extinguirse la enfermedad en muy poco tiempo, sin dejar vestigios de ninguna clase; pero hay que guardarse muy bien de entretener á los enfermos en la consoladora, pero engañosa esperanza de que están completamente curados. En efecto, al cabo de poco tiempo, á conse-

cuencia de una pequeña inobservancia del régimen, de un exceso en la bebida, de una fatiga, y á veces sin causa apreciable, aparece de nuevo la enfermedad con mas intensidad que antes. Las recidivas son muy frecuentes y son, por decirlo así, fatales, y por consiguiente muy difíciles de prevenir. La psoriasis es una de las enfermedades cutáneas que recidivan mas constantemente; la curacion puede prolongarse algun tiempo, dos, tres, seis, ocho y aun, en ciertos casos raros, diez años; pero hasta aquí aun no hemos visto un solo caso de psoriasis curado completamente, es decir, sin recidiva.

M. Devergie admite una psoriasis aguda, pero aguda solamente en su principio, porque, como dice este mismo médico, «la psoriasis aguda es una enfermedad rebelde y de larga duracion.» Como se vé, la diferencia que M. Devergie trata de establecer aquí existe mas bien en las palabras que en el fondo mismo de las cosas.

La psoriasis es una enfermedad que no siempre se desarrolla del mismo modo, y que por esta razon presenta un gran número de variedades; que nosotros dividimos en dos grupos principales:

1. ° Variedades según la forma: 2. ° Variedades según el sitio.

VARIEDADES SEGUN LA FORMA.

Relativamente á la forma de la psoriasis admitimos cuatro variedades, que son:

1. ° *Psoriasis guttata*: 2. ° *Psoriasis circinada* ó *lepra vulgar*: 3. ° *Psoriasis girata*: 4. ° *Psoriasis diffusa*.

PSORIASIS GUTTATA.—La *psoriasis guttata* está caracterizada por unas manchas blancas, redondeadas, salientes por encima del nivel de la piel, semejantes en un todo á las manchas de la cera blanca. Sus dimensiones varían entre uno y dos centímetros de diámetro. Esta variedad ordinariamente reviste en su invasion esta forma; cuando aparece por primera vez. La *psoriasis guttata* afecta sobre todo los miembros, las espaldas

y el vientre. Al principio se presenta en las rodillas y en los codos. Ofrece dos formas secundarias: cuando las manchas son muy pequeñas, del grosor de la cabeza de un alfiler, por ejemplo, M. Devergie ha propuesto llamarla con el nombre de *psoriasis punctata*; pero cuando son mas voluminosas, perfectamente circulares y semejantes á una moneda, constituyen una segunda forma, designada por M. Devergie con el nombre de *psoriasis nummular*.

PSORIASIS CIRCINADA O LEPRO VULGAR.—Esta segunda variedad se presenta bajo la forma de círculos, cuyo centro está perfectamente sano y cuya circunferencia está formada por una eminencia rojiza, ligeramente combada, de la anchura de un centímetro y cubierta con escamas características.

El carácter fundamental de esta variedad de la psoriasis consiste, pues, en su disposición circular; pero esta disposición no es siempre la misma, y presenta por el contrario modificaciones; unas veces las placas describen círculos perfectamente regulares, otras afectan la forma de círculos incompletos, de segmentos de círculos y á veces la de un 8 de guarismo; tambien presentan la de una herradura, y en ciertos casos son irregulares y figuran los diseños geográficos.

Hace algunos años que tuvimos en nuestra clínica un enfermo, del que ya hemos hablado durante nuestro curso, y que por la forma de la afección constituye un caso muy curioso: presentaba perfectamente diseñado en las espaldas el mapa de la Gran-Bretaña, con la Escocia en el Norte y la Inglaterra en la parte inferior.

Biétt, Cazenave, Devergie y sus discípulos han querido hacer de esta variedad una especie particular. Evidentemente estos autores se han dejado llevar por la forma y por la apariencia exterior. Para demostrar que la lepra vulgar no es mas que la psoriasis no queremos otra prueba mas que su modo de formación: algunas veces, en efecto, los anillos de la lepra vulgar suceden á la psoriasis nummular, cuya parte central se presenta curada, mientras que la circunferencia continúa afectada; otras veces son pequeñas placas de *psoriasis gutta-*

ta que se han desarrollado tocándose y en forma circular, circunscribiendo una porcion de piel que ha quedado perfectamente sana; á mas la psoriasis y la lepra vulgar se desarrollan bajo la influencia de las mismas causas, coinciden á menudo, se suceden en un gran número de casos la una á la otra y reclaman el mismo tratamiento. Constituyen, pues, una sola y misma enfermedad, solamente que la lepra vulgar, á mas de la forma especial, presenta otra particularidad, á saber, que es menos tenaz y menos rebelde á los remedios terapéuticos que la psoriasis ordinaria; es una afección menos grave, menos inveterada. Hemos visto muchas veces enfermos afectados en un principio por la lepra vulgar, que mas tarde fueron afectados por la psoriasis ordinaria.

PSORIASIS GIRATA.—En la *psoriasis girata* se observan placas; pero en lugar de ser redondeadas y nummulars, están dispuestas en forma de cordones rojizos, salientes y escamosos, aparentando líneas rectas ó bien describiendo sinuosidades caprichosas y rodeando irregularmente los miembros ó el cuerpo como si fuera un cinturón.

PSORIASIS DIFFUSA.—La *psoriasis diffusa* está caracterizada por anchas placas muy irregulares, que no presentan ninguna de las formas que acabamos de describir: estas placas se ven en los miembros, en el tronco y algunas veces en toda la superficie del cuerpo; otras veces se reúnen muchas y rodean la mayor parte de un miembro. Es la forma de la psoriasis mas grave, y la que sobre todo presenta las grietas y las hendiduras.

VARIEDADES SEGUN EL SITIO.

Después de haber hablado de las variedades segun la forma, debemos tratar de las variedades segun el sitio: estas son: 1.º la *psoriasis communis*: 2.º la *psoriasis capiti*: 3.º la *psoriasis de la cara*: 4.º la *psoriasis de los párpados*: 5.º la *psoriasis palmaria*: 6.º la *psoriasis plantaria*: 7.º la *psoriasis unguium*: 8.º la *psoriasis preputialis*: y 9.º la *psoriasis general*.

PSORIASIS COMMUNIS.—La psoriasis ordinaria afecta á todo el cuerpo; no obstante hay algunas partes del mismo que ataca mas especialmente, como son, las rodillas, los codos, y muchas veces, en su principio, la enfermedad se limita á estas dos regiones.

PSORIASIS CAPITIS.—Esta variedad ocupa principalmente la cabeza; se presenta bajo la forma de placas escamosas térreas, mas secas que las de la psoriasis de las demás regiones. Los cabellos se secan y caen arrastrando una cantidad de escamitas furfuráceas y pulverulentas; pero no estando enfermos los folículos pilosos, dan nuevamente nacimiento á los pelos despues de la curación de la enfermedad, lo mismo que si no hubiesen sufrido ninguna alteracion, y el cuello cabelludo toma otra vez su aspecto normal. La *psoriasis capitis* no invade solamente el cuero cabelludo y la raiz de los cabellos; se estiende tambien por la frente, pero raramente se limita á estas dos regiones; en general existe la psoriasis en otras partes del cuerpo, principalmente en la cara.

PSORIASIS DE LA CARA.—La psoriasis de la cara se observa frecuentemente, á pesar de lo que han dicho ciertos autores; pero las escamas están menos desarrolladas que en las demás regiones del cuerpo y simulan la pitiriasis.

PSORIASIS DE LOS PÁRPADOS.—La psoriasis de los párpados presenta iguales caracteres é igual aspecto que la forma precedente; solamente que da á esos velos membranosos cierta rigidez y puede causar su inversion y un verdadero ectropion, y determinar una epífora muy incómoda.

PSORIASIS PALMARIA Y PLANTARIA.—Esta variedad es la mas importante; su asiento ordinario es en la palma de las manos y en la planta de los piés; pero tambien puede afectar la totalidad de las manos y de los piés. Las partes enfermas se cubren de escamas mas ó menos gruesas y bastante anchas; presentan grietas y fisuras profundas, en cuyo fondo se percibe una superficie roja, de la cual mana una serosidad que se concreta formando costras en la superficie. La epidérmis adquiere un grosor y una aspereza considerables, de lo que re-

sulta un gran embarazo para los movimientos; hemos visto enfermos á los que ha sido preciso ponerles la comida en la boca, á otros condenados á un reposo absoluto por efecto de la dificultad estrema de mover los piés y por la imposibilidad de andar.

Esta forma es muy rebelde. Cuando existe sola es un síntoma casi cierto de la sífilis.

PSORIASIS UNGUIUM.—Al lado de la *psoriasis palmaria y plantaria*, debemos colocar la *psoriasis unguium* ó sea la *psoriasis* de las uñas. Esta variedad existe algunas veces sola, y entonces es muy á menudo desconocida; ordinariamente coincide con la forma precedente. La *psoriasis unguium* está caracterizada por profundas ranuras de las uñas, que dan á estos órganos un aspecto muy desigual. Comunmente cae la uña y es reemplazada por una costra callosa que concluye tambien por caerse; pero si se recurre á un tratamiento conveniente, la uña se repone de un modo enteramente normal.

PSORIASIS PREPUTIALIS.—La *psoriasis preputialis*: es esa especie de enfermedad que se desarrolla en el miembro y ocupa no solamente el prepucio, sino tambien todo el glande. Esta variedad está caracterizada por unas escamas bastante blandas, separadas por profundas fisuras; hace dolorosa la ereccion y á menudo imposible; tambien constituye un grande obstáculo para el acto del coito.

PSORIASIS GENERAL.—Por último, la *psoriasis* puede ocupar toda la superficie del cuerpo, y entonces constituye la *psoriasis general*: por lo demás, es una forma muy rara. Está caracterizada por unas escamas poco gruesas, poco adherentes y no sobrepuestas. Estas escamas cubren una piel rojiza, tirante, de poco grosor, que presenta arrugas parecidas á las líneas de ciertos diseños; algunas veces puede uno preguntarse si se trata de una *psoriasis* ó de una *pitiriasis rubra*.

Por último, segun la intensidad de la enfermedad, se ha admitido aun otra variedad de *psoriasis*, á saber, la *psoriasis inveterada*, variedad desgraciadamente muy comun, y cuyo solo nombre recuerda sus principales caractéres. Toda la piel

se presenta engrosada é indurada, con grietas y hendiduras en todos sentidos: las escamas que la cubren son y ásperas de bastante grosor. Esta afeccion hace muy dificiles y dolorosos los movimientos, y dá al cuerpo de los enfermos el aspecto de esos árboles viejos cuya corteza está cubierta por el líquen.

Diagnóstico.—El diagnóstico absoluto de la psoriasis es bastante fácil; descansa en la existencia de unas escamas blancas, anacaradas, plateadas, gruesas, secas y sobrepuestas, y en el color rojo de cobre, la sequedad y el engrosamiento de la piel, lo que constituye sus caractéres fundamentales. No obstante, en algunos casos, otras enfermedades pueden simular la psoriasis. Esas enfermedades son: el eczema, la pitiriasis, el líquen y el herpes circinado.

El eczema no puede ser confundido con la psoriasis mas que en ciertos casos particulares, cuando aquel ha llegado al segundo período, al período escamoso, y presenta la forma liquenoides: pero los antecedentes vienen á esclarecer el diagnóstico; al principio de la enfermedad ha habido una secrecion húmeda, no siendo nunca en el eczema las escamas blancas, gruesas y adherentes como en la psoriasis, sino que se presentan mas blandas y se separan con bastante facilidad, del mismo modo y forma que la película de la cebolla. Por último, será preciso tener en cuenta tambien el sitio de la enfermedad, su existencia en los codos y en las rodillas, lo cual constituirá una gran presuncion en favor de la psoriasis.

Es á veces difícil distinguir el líquen de la psoriasis; ciertas formas de líquen circunscrito se parecen bastante á la psoriasis nummular. No obstante, en el líquen las escamas son mas finas, mas delgadas, menos blancas y menos sobrepuestas, y á mas la enfermedad afecta un sitio diferente de la psoriasis, la cual, como hemos dicho, tiene un sitio de predileccion muy marcado.

La pitiriasis tiene alguna semejanza con la psoriasis; las dos van acompañadas de una sequedad muy pronunciada de la piel; el engrosamiento de esta membrana se observa tambien algunas veces en la pitiriasis, especialmente en la piti-

riasis de las manos. Sin embargo, este engrosamiento de la piel no es tan marcado como en la psoriasis; las escamas no están nunca sobrepuestas, como en esta afección, y son más pequeñas y finas; por otra parte, examínense los codos y las rodillas, y casi siempre, en los casos de psoriasis, se encontrarán placas más distintas y mejor caracterizadas, que han sido al punto de partida de la enfermedad.

Se ha dicho que el color cobrizo de la piel en la psoriasis puede dar lugar á creer en una afección sífilítica; generalmente solo podrá cometer error semejante un médico que preste poca atención ó que no esté acostumbrado á tratar las afecciones cutáneas: basta, en efecto, interrogar á los antecedentes y al estado actual del enfermo para disipar toda duda. Una circunstancia, no obstante, puede hacer más difícil el diagnóstico, ó á lo menos hacer que se suspenda el juicio durante algún tiempo, y es cuando la psoriasis ocupa la palma de las manos ó la planta de los pies. Aun hay que tener en este caso en cuenta los antecedentes y los fenómenos concomitantes de la enfermedad. A más, la existencia aislada ó no de la psoriasis en la palma de las manos ó en la planta de los pies añadirá aun algunas probabilidades á las que se posean ya acerca la naturaleza de la enfermedad. Supongamos, en fin, que falten todos esos elementos para el diagnóstico; en la medicación se puede tener un criterio infalible.

A primera vista se puede dudar en ciertos casos entre un herpes circinado y la lepra vulgar: no obstante, la forma, los caracteres de las escamas y el aspecto del fondo sobre el cual estas descansan, difieren de tal modo en las dos enfermedades, que será comunmente inútil recurrir á un examen microscópico, que hará cesar en todo caso las dudas.

Pronóstico.—La psoriasis no es muy grave, en el sentido en que no compromete inmediatamente la salud, pero es una afección bastante seria por su rebeldía y por la fatalidad de las recidivas; bajo este punto de vista, la psoriasis ocupa el primer lugar entre las afecciones herpéticas y está delante del eczema y de la pitiriasis. Hemos visto también que cuando

se prolonga mucho y toma, por decirlo así, derecho de domicilio en los viejos, puede hacerse muy grave y aun comprometer la vida, al menos de un modo indirecto, haciendo á los enfermos mucho mas accesibles á las influencias morbosas é impotentes para resistir las enfermedades intercurrentes.

Etiología.—Dividiremos tambien las causas en predisponentes y en ocasionales.

Las causas predisponentes son: el sexo masculino, el temperamento sanguíneo, la edad adulta y la juventud; pero haremos observar que la predisposicion del sexo y de la edad no son mas que una consecuencia de la predileccion de la psoriasis por el temperamento sanguíneo. Se sabe, en efecto, que la psoriasis es el hérpe de este temperamento, del mismo modo que el líquen es el hérpe del temperamento nervioso, y el eczema es el del temperamento linfático. Y como el temperamento sanguíneo es propio, aunque no exclusivo, del hombre y de la edad de la juventud y de la adolescencia, resulta que estas dos condiciones favorecen el desarrollo de la enfermedad. Ordinariamente la psoriasis aparece por primera vez entre los quince y los veinte y cinco años. Es raro observarla en los niños y verla desarrollar por primera vez despues de los cuarenta años. Sin embargo, hemos visto algunos enfermos que eran una escepcion de esta regla. Otra de las predisposiciones que debemos mencionar es la herencia. Bastante amenudo, en efecto, se observa la psoriasis en individuos cuyo padre ó madre, ó alguno de sus mas próximos parientes, han sido afectados por esta enfermedad. Hay casos en que estos pacientes no han padecido la psoriasis, pero sí el eczema unas veces y otras el líquen. Evidentemente esos hechos prueban la identidad de la naturaleza de estas tres afecciones, y vienen á legitimar el lugar en que las hemos colocado en la nosología cutánea y la manera cómo las hemos considerado.

Entre las causas accidentales ú ocasionales de la psoriasis, colocaremos los excesos del tabaco, de la bebida, una nutricion demasiado azoada y demasiado nutritiva, el uso de

ciertos licores, del café, las fatigas, las vigiliás y las emociones morales vivas. Hace ya dos años que tuvimos en nuestras sá-las un en'ermo atacado por la psoriasis por primera vez á la edad de cuarenta y siete años, despues de un grande enfria-miento que experimentó cayendo en el agua.

Tratamiento.—El tratamiento de la psoriasis comprende dos clases de medios: medios locales y medios generales.

TRATAMIENTO LOCAL.—A la cabeza de los remedios loca-les colocamos los baños (baños de vapor, baños alcalinos, ba-ños sulfurosos); despues vienen las pomadas y los aceites es-citantes.

Entre las pomadas indicaremos la pomada sulfurada, cuya fórmula es la siguiente:

Manteca.....	30 gramos.
Azufre sublimado.....	2,3 ó 4 gramos.

Esta pomada ha producido buenos resultados algunas ve-ces, pero raras. Tambien se han empleado las pomadas mer-curiales, ya sea la pomada mercurial simple, ya la pomada con el proto-ioduro de mercurio, compuesta del modo si-guiente:

Manteca.....	30 gramos.
Proto-ioduro de mercurio.....	1 ó 2 gramos.

Pero esta pomada tiene un gran inconveniente, y es que puede producir la salivacion despues que se han caído las esca-mas, pudiéndose verificar la absorcion con una gran rapidez. El tratamiento local por medio de la pomada de proto-ioduro de mercurio se ha abandonado casi completamente, mientras que las demás pomadas producen resultados tambien satis-factorios, sin esponer á los enfermos á tales peligros.

Entre las últimas, hay que colocar la pomada de breá, cu-ya proporción se puede variar segun la susceptibilidad de los enfermos, preparándola con 1/10, 1/4, 1/3 de breá por una parte de manteca. Hé aquí las fórmulas:

Manteca.....	30 gramos.
Breá.....	3 —

Manteca.....	40 gramos.
Breá.....	7,50 —

Manteca.....	30 gramos.
Brea.....	10 —

Algunas veces, cuando la susceptibilidad de la piel lo permite, se emplea la brea pura; pero de dichas las fórmulas la segunda es la que se emplea con mas frecuencia. Por último, como tratamiento local se emplea otro medio, que es el que, por lo demás, nosotros empleamos con preferencia: tal es el tratamiento con el aceite de enebro ó el aceite de cade que se emplea comunmente en el "Mediodia", contra las afecciones cutáneas, y en la medicina veterinaria, y cuyo uso está extendido, con justo motivo, por todas partes.

Tales son remedios locales puestos en uso, en el tratamiento de la psoriasis; son de extrema importancia y ordinariamente solos producen buenos efectos, puesto que se han visto psoriasis muy intensas ceder con su uso al cabo de algunas semanas. No obstante, es preciso confesar que, si el tratamiento se circunscribe á esos solos remedios, la enfermedad vuelve á aparecer mas pronto, y que las recidivas tardan tanto mas tiempo en aparecer, en cuanto se han empleado los remedios generales por mas espacio de tiempo. Es, pues, de inmensa utilidad para prevenir, tanto como sea posible, la reaparicion de la enfermedad, asociar al tratamiento esterno los remedios generales, es decir, los preparados internos.

Entre los remedios generales puestos ordinariamente en uso, se cuentan los purgantes, que nos han parecido sin ninguna accion: los modificadores generales mas empleados, y con razon, son los preparados arsenicales y las cantáridas. Los preparados arsenicales se administran bajo diferentes formas, tales como; las píldoras asiáticas, la disolucion de Pearson tomada á la dosis de 1, 2 ó 3 gramos, la disolucion de Fowler administrada á la dosis de 3 hasta 12 gotas. Sin embargo, preferimos á todos estos preparados, cuya fórmula no hay necesidad de especificar en las recetas, la siguiente preparacion que permite, al emplearla, graduar fácilmente las dosis, y saber de este modo á qué atenerse.

Agua destilada.....	250 gramos.
Acido arsenioso ó arseniato de sosa....	5 á 10 centígr.

Al principio se puede dar una cucharada ordinaria al día de esta disolución, y después dos. Todas esas preparaciones deben ser prescritas con mucha prudencia, porque pueden dar lugar á varios accidentes, que se revelan por una sensación de constricción en la garganta, por cierto dolor del estómago y por la pérdida del apetito. Cuando se presentan estos síntomas hay que suspender el medicamento y administrar durante algunos días solamente una tisana de goma.

Al lado de los preparados arsenicales debemos colocar la tintura de cantáridas, que goza igualmente de grande eficacia. Lo mismo que en los preparados que anteceden, la administración de este medicamento debe ser vigilada con mucho cuidado: puede en efecto determinar accidentes en los órganos genito-urinarios. Así que, hay también que suspender dicha tintura, tan luego como se advierte ardor al orinar ó que las erecciones son dolorosas: á los diez ó quince días se vuelve á administrar. Esta preparación se da en un julepe, con un vaso de agua azucarada ó con una tisana á la dosis de 3 ó 4 gotas por día; después se aumenta aquella en la cantidad de una gota todos los días hasta llegar á 30 ó 40 gotas.

Después de todos esos modificadores generales ordinariamente empleados, debemos señalar aun otro, que la casualidad nos ha hecho descubrir su eficacia en la afección que nos ocupa: queremos hablar del copaiva. Un enfermo de nuestras salas, atacado por la psoriasis, padecía al mismo tiempo una blenorragia; le administramos el bálsamo de copaiva para atacar esta última afección, y fuimos sorprendidos al ver como la enfermedad cutánea desaparecía al mismo tiempo que la blenorragia se iba agotando. En vista de este caso, repetimos los ensayos y obtuvimos resultados muy rápidos y muy ventajosos; administramos el copaiva á la dosis de 4 ó 6 gramos por día, bajo la forma de opiata. Se puede también mezclar con una igual cantidad de magnesia.

Mientras tanto, cualquiera que sea el remedio general que se emplee, hay que recordar que es la parte más impor-

tante del tratamiento, hasta el punto que, él solo puede ser suficiente, y que tendrá una eficacia tanto mas duradera cuanto mayor sea el tiempo que se administre.

A mas de esos dos órdenes de remedios, debemos mencionar la dietética, tan importante en el tratamiento de los herpes en general. Hemos hablado suficientemente de la misma al ocuparnos del tratamiento del eczema y del líquen, por lo que no insistiremos mas, no teniendo que añadir nada sobre lo que hemos dicho.

Por último, hay otro género de remedios que debe servir para consolidar la curacion, y que algunas veces basta solo para obtener la curacion, en los casos en que los demás remedios no habian surtido efecto; en la *psoriasis inveterada*, por ejemplo; queremos hablar de las aguas minerales sulfurosas. Las aguas que principalmente deberán aconsejarse son las de Beréges, de Bagnères-de-Louchon, de Aix en la Saboya, de Aix-la-Chapelle; de Schisnach, y por último, las aguas de Louesche.

Después de todos esos modificadores generales ordinariamente empleados, debemos señalar uno otro, que la experiencia nos ha hecho descubrir en eficacia en la afeccion que nos ocupa: queremos hablar del opio. Un enfermo de nuestras salas, atacado por la psoriasis, padecia el mismo tiempo una pleuritis; le administramos el opio.

Después de haber estado un tiempo en cama, se levantó, y fuimos sorprendidos al ver como la afeccion cutánea desaparecia al mismo tiempo que la pleuritis se iba agotando. En vista de este caso, repetimos los ensayos y obtuvimos resultados muy rápidos y muy venturosos; administramos el opio a la dosis de 4 ó 6 granos por día, bajo la forma de opiate. Se puede tambien mezclar con una igual cantidad de magnesia.

Mientras tanto, continuara que sea el remedio general que se emplee, hay que recordar que es la parte mas impor-

VII.

La palabra *pitiriasis* se deriva de la dición griega *πιτυρον*, que significa salvado. Se encuentra esta palabra en los escritos de Hipócrates y en casi todos los autores griegos, lo cual demuestra que esta enfermedad era ya conocida desde los más remotos tiempos; pero es probable que los primeros médicos la confundiesen con el eczema. Es verdad que entre estas dos afecciones existe la más grande analogía, no solamente por su aspecto, sino también por las causas que favorecen su desarrollo y por el tratamiento que reclaman. Es de tal modo íntimo este parentesco, que muchas veces se pueden considerar ciertas variedades de la pitiriasis como un eczema abortado, ó como el último período de esta misma enfermedad. Por otra parte, es preciso también separar de la pitiriasis la variedad llamada *versicolor*, que en realidad no es más que una enfermedad parasitaria, de modo que quizás no está lejos una época en que la pitiriasis, ó á lo menos algunas de sus formas, desaparezca del cuadro nosológico como estado morbosos.

Admitidas esas reservas, si queremos dar la descripción de la pitiriasis, tal como lo permite el estado actual de la

ciencia, diremos que esta enfermedad principia por una sequedad particular de la piel. Esta membrana pierde al principio su untuosidad y suavidad ordinarias; despues aparecen escamas muy pequeñas y muy secas, que se desprenden con una gran facilidad cuando se efectúa el mas ligero roce sobre la parte enferma; algunas veces tambien se caen espontáneamente de las partes que están al abrigo de cualquiera frote; pero se reproducen incesantemente en muy considerable cantidad y con iguales caracteres. Esas esfoliaciones pueden sucederse de este modo durante largo tiempo antes de la curacion de la enfermedad; hemos ya señalado esta particularidad al hablar de la descamacion eczematosa. Las laminillas no son siempre ni tan ténues, ni tan farináceas, como acabamos de decir, pero sus dimensiones esceden raramente de un centímetro.

En general, no hay ningun cambio de coloracion de la piel, excepto en la *pitiriasis rubra*, cuyo principal carácter es una coloracion roja del tegumento esterno, que recuerda con exactitud la de la psoriasis. Las escamas son ordinariamente blancas ó grises; son de color amarillo oscuro en la *pitiriasis versicolor*, aunque sabemos que esta variedad no es una pitiriasis propiamente dicha.

Por último, en la pitiriasis, como en las demás afecciones herpéticas, sobrevienen igualmente comezones, que tambien son algunas veces muy vivas. Los fenómenos generales son ordinariamente nulos en esta afeccion; la variedad conocida bajo el nombre de *pitiriasis rubra* es la única que va algunas veces acompañada de desórdenes del tubo digestivo.

VARIEDADES DE LA PITIRIASIS.

Se han admitido muchas variedades en la pitiriasis; las que nosotros reconocemos son las siguientes: 1.º la *pitiriasis alba* ó sea la *pitiriasis comun*; 2.º la *pitiriasis rubra*; 3.º la *pitiriasis nigra*; 4.º y la *pitiriasis pilaris*.

1.º PITIRIASIS ALBA. — La *pitiriasis alba* es la pitiriasis or-

dinaria, cuya forma es la mas comun: se la conoce tambien con el nombre de *pitiriasis simple*. M. Cazenave la ha descrito bajo el de *pitiriasis capitis*, pero sin razon, porque tambien puede desarrollarse en otras partes del cuerpo á mas de la cabeza. En su forma mas simple y mas leve, aparece esta variedad bajo el aspecto de unas placas poco estensas, redondeadas, blancas ó grises y cubiertas por pequeñas escamas delgadas ó farináceas. Se la observa á menudo en los niños, en las mejillas y en los labios; vulgarmente es conocida con el nombre de *hérpes farináceo*. Esta enfermedad va apenas acompañada de una leve comezon; coincide algunas veces con la denticion, y se cura á menudo de un modo espontáneo al cabo de algunos dias. La *pitiriasis alba* no se desarrolla únicamente sobre las mejillas, sino tambien sobre el menton y la frente, bajo la forma de pequeñas escamas muy visibles por las mañanas y que desaparecen accidentalmente debajo de una ligera capa de un cuerpo graso. Esta afeccion, aunque leve, es sin embargo muy rebelde en los adultos; puede persistir durante muchos meses ó años y aun durante toda la vida; es quizas mas comun en el sexo femenino.

En el hombre la pitiriasis se desarrolla á menudo en la barba, y en los dos séxos la afeccion toma frecuentemente asiento en el cuero cabelludo; en este último caso, los autores han hecho de esta enfermedad un género á parte, bajo el nombre de *pitiriasis capitis*. Las laminillas son excesivamente ténues y se parecen mucho á la flor de la harina; se desprenden de los cabellos y de la barba, ya por el roce, ya espontáneamente; los vestidos se cubren de dichas laminillas, lo mismo que si fuera un polvo blanco, muy semejante á los polvos usados en otro tiempo para blanquear los cabellos. Amenudo en los hombres se observan por la mañana, antes que se afeiten, unas laminillas furfuráceas delgadas, que constituyen mas bien una ligera deformidad de la piel que una verdadera enfermedad, puesto que ordinariamente no van acompañadas de escozor, ni de comezones.

Pero la afeccion que nos ocupa no es siempre ni tan sen-

cilla, ni tan benigna. Se conoce una sub-variedad, que se la podría llamar *pitiriasis laminar*, la cual constituye una forma muy grave. Las escamas son en esta afección mas anchas, y adquieren á menudo un centímetro de diámetro; se encuen- tra esta forma muy particularmente en las mujeres, y en los hombres que llevan los cabellos largos, y principia por el rubor de la parte afectada, despues se forman pequeñas lámi- nas levantadas hasta su mitad, y con los bordes arrollados. La acompañan muy vivas comezónes y escozor; los cabellos se caen y son separados en gran cantidad por el peine: este último fenómeno se observa raramente en la pitiriasis furfu- rácea y es debido á la sequedad de la epidérmis del cuero ca- belludo. Los bulbos pilíferos llegan por último á ser afecta- dos por esta alteración, sucediendo lo propio con los mismos cabellos, que entonces se vuelven muy frágiles. En los niños que tienen los cabellos poco espesos se ob- serva igualmente la forma laminar; pero entonces presenta un aspecto muy particular; las laminillas se confunden por sus bordes y parece que forman una sola cubierta, con hendi- duras en diversos sentidos, la que tiene á primera vista la apa- riencia de un casquete hecho de una sola pieza con una capa de amianto. Hé aquí por qué Alibert habia dado á esta afección el nombre de *tiña amiantácea*.

lo 2.º. PITIRIASIS RUBRA.—La segunda variedad de la pi- tiriasis, relativa al color que reviste, es la *pitiriasis rubra*, que es mas rara que la primera; en esta afección las escamas descansan sobre una piel rojiza, son mas anchas y mas adhe- rentes que en la variedad precedente y van acompañadas de comezónes y de escozor. Es muy frecuente ver desarrollarse algunos síntomas generales, particularmente fiebre y algunos desórdenes del tubo digestivo. Esta forma ocupa ordinaria- mente el cuello, la cabeza y algunas veces toda la superficie del cuerpo.

M. Divergie, en sus cursos y en su obra, ha insistido mucho en esta afección; pero creemos que este hábil observa- dor algunas veces se ha dejado engañar por las apariencias,

y que ha descrito, bajo el nombre de *pitiriasis rubra*, afecciones que deben ser distinguidas de esta, particularmente los penfigos filiaecos y los eczemas. Asi es que ha descrito una *pitiriasis rubra* que ocupa todo el cuerpo, que está caracterizada por anchas escamas de las dimensiones de uno ó dos centímetros y por una secrecion serosa bastante abundante, que difiere de la del eczema en que no mancha los lienzos; á mas, dice, que en su principio hay en esta afeccion una hinchazon considerable de la piel, y mas tarde, al contrario, un enflaquecimiento muy considerable y que luego se presentan fenómenos inflamatorios en el tubo digestivo. Por último, en dos observaciones citadas como ejemplos por M. Divergie, se han visto aparecer en la terminacion de la afeccion ampollas de penfigo. M. Divergie piensa que en este caso se efectúa una transformacion de la *pitiriasis* en penfigo: para nosotros es inadmisibile esta pretendida metamórfosis, y no vemos mas que un penfigo foliaeco existente desde el principio de la enfermedad. En otros casos, espuestos por M. Divergie como ejemplos de la *pitiriasis rubra*, hemos encontrado todos los caracteres del eczema.

3.ª PITYRIASIS NIGRA.—Esta variedad es muy rara; ha sido descrita por primera vez por Villan. En esta forma la piel conserva su coloracion normal, pero las escamas son grises, de color gris subido, y aun algunas veces negro. Se observa esta forma en la frente y en el cuello. Es mal conocida, y por eso solo la admitimos con toda reserva; es posible que no sea mas que una afeccion parasitaria análoga á la *pitiriasis versicolor*, que nosotros no describiremos aquí, contra la costumbre de los autores clásicos. Consecuentes con nuestros principios nosológicos, nosotros ponemos su descripcion al lado de las demás afecciones parasitarias.

4.ª PITYRIASIS PILARIS.—Con este nombre, poco conocido, se designa una afeccion caracterizada por pequeñas escamas delgadas y redondeadas que cubren los folículos pilíferos; son muy adherentes y forman una pequeña eminencia que aumenta el volúmen del folículo. En esta afeccion las co-

mezones y el escozor son casi nulos. Comúnmente aproximadas una con las otras, estas escamas dan á la piel un aspecto seco y rugoso, bastante análogo al que se observa en el líquen, así es que algunos médicos han descrito esta enfermedad bajo el nombre de *líquen pilaris*. Nos sorprende, además, que M. Cazenave haya cometido este error, porque para él, siendo el líquen una enfermedad de las papilas nerviosas de la piel, se halla en contradicción manifiesta consigo mismo, incluyendo entre sus variedades una afección cuyo sitio incontestable es la epidérmis que cubre los folículos pilíferos.

La *pitiriasis pilaris*, tal como la hemos observado y tal como la describe M. Devergie en la última edición de su tratado «*Des maladies de la peau*», es una afección rebelde y de larga duración. En una enferma, cuya afección tratamos por espacio de dos años, no pudimos obtener la desaparición de la enfermedad. Otro enfermo, mas dichoso, vió disminuir su afección, pero no desaparecer completamente. En los enfermos observados por M. Devergie y por nosotros, la *pitiriasis pilaris* ha coincidido con la pitiriasis rubra del cuello y de los miembros superiores, y con una afección escamosa de los pies y de las manos, intermediaria entre la psoriasis y la pitiriasis.

Sitio de la pitiriasis.—Poco tenemos que decir acerca del sitio de la pitiriasis: casi todas las regiones del cuerpo pueden hallarse afectadas por ella. Sin embargo, hay un género, que es la *pitiriasis rubra*, que invade toda la superficie del cuerpo. Las demás variedades solo ocupan ordinariamente el pecho ó el cuello, y sobre todo la cara ó la cabeza; algunas veces hay dos ó tres de estas regiones que se hallan afectadas simultáneamente.

Curso y duración.—El curso de la pitiriasis es ordinariamente crónico; haremos una escepción en favor de esa forma de la enfermedad observada con frecuencia en los niños, y descrita bajo el nombre de herpes farináceo, cuya duración no pasa por lo común mas allá de tres semanas; pero, aparte de esa afección, la enfermedad que nos ocupa se prolonga en ge-

néral por espacio de algunos meses, algunos años y aun durante toda la vida. En este caso esta alteracion constituye mas bien una secrecion viciosa de la epidérmis que una verdadera enfermedad.

Etiología.—La etiología de la pitiriasis es poco conocida. No obstante, admifiremos dos órdenes de causas, las unas predisponentes, las otras ocasionales.

Entre las primeras señalaremos primero la edad; los niños de 5 á 12 años están muy predispuestos á esta enfermedad, pero es muy leve en ellos. Tambien se la observa á menudo afectando la cabeza en las mujeres, sin duda á causa de la gran longitud de sus cabellos, y en los hombres por la misma razon. El temperamento bilioso ha sido señalado como una de las causas predisponentes. Con mas razon nosotros haremos mencion de la influencia hereditaria.

Las causas ocasionales son bastante oscuras: no obstante haremos notar que las exasperaciones de la afeccion sobrevienen particularmente despues de los escesos en las comidas, de las fatigas escesivas y de las emociones morales penosas ó durante la convalecencia de alguna afeccion grave. Al terminar estas breves indicaciones etiológicas, no podemos menos de llamar la atencion acerca la influencia de ciertos antiguos eczemas en la produccion de la pitiriasis. Se ven, en efecto, con frecuencia descamaciones pitiriásicas que afectan individuos que han padecido enfermedades eczematosas y en los que la pitiriasis parece ser durante mucho tiempo un resto persistente del herpes eczematoso. Tambien se observan a menudo enfermos en los que la pitiriasis persiste ó se manifiesta con frecuencia, desarrollándose mas tarde en ellos un verdadero eczema con todos sus caracteres. Esas relaciones entre estas dos enfermedades nos han parecido bastante frecuentes para que nosotros hayamos creido reconocer una gran afinidad entre ellas, y para que estemos inclinados á considerarlas como dos estados diferentes de una misma afeccion.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la pitiriasis es por punto

general fácil; las afecciones que pueden simularla son; la psoriasis, el eczema, el herpes circinado y las efélides.

Solo puede haber duda entre la psoriasis y la pitiriasis cuando se trata de la forma llamada *pitiriasis rubra*; en este caso basta fijar un poco la atención para disipar cualquier duda. En efecto, la psoriasis está caracterizada por unas escamas de bastante grosor, sobrepuestas, lustrosas, con reflejos nacarados; plateadas y muy adherentes; esas escamas descansan sobre unas placas rojizas, elevadas por encima del nivel de la piel: por último la enfermedad tiene dos sitios de elección en los cuales principia comunmente, cuando no se limita exclusivamente á ellos, á saber, las rodillas y los codos. Ninguno de estos caracteres se encuentran en la pitiriasis, á escepcion del color rojizo; el que por otra parte tiene siempre un tinte diferente de que se observa en la psoriasis.

No puede haber confusion posible entre la pitiriasis y el eczema en sus dos primeros períodos; pero cuando esta última enfermedad ha llegado al período de descamación, hay entre ambas afecciones una analogia tan grande que nos parece imposible el diagnóstico y lo repetimos, nosotros no dudamos en considerar, en ciertos casos, á la pitiriasis como un eczema abortado; en el que la erupcion ha llegado del repente al período de descamación; sin pasar por los períodos de vesículas y de costras. Por consiguiente; cuando uno se encuentra al frente de una esfoliación furfurácea, sin haber observado ó visto antes el desarrollo de la afeccion, será para él ámenudo imposible decir, con referencia al estado actual solamente, si la afeccion es una simple pitiriasis ó un eczema: hay pues, que remontarse á los antecedentes de la afeccion para saber si han existido ó no vesículas y una secrecion seroplástica seguida de la aparicion de costras. Se comprende sin esfuerzo que, segun lo que acabamos de decir acerca de la afinidad de ambas enfermedades, el diagnóstico diferencial de las mismas debe ser poco importante.

Bajo el punto de vista práctico, es mucho mas útil la distincion de la pitiriasis del herpes circinado; no hay duda que

en su principio este diagnóstico es ciertas veces difícil; la forma exactamente circular, la curación del centro del círculo, la estension centrifuga de la descamacion y la existencia de algunas vesículas son los signos que caracterizan el herpes circinado. Añadamos también que el microscopio revelará en esta última afeccion la existencia de un parásito que no se encuentra en la pitiriasis.

La distincion entre la pitiriasis y las efélides es fácil: en efecto, estas se presentan bajo la forma de unas manchas morenas ó de color de café con leche, sin descamacion alguna y sin comezones.

Pronóstico.—La pitiriasis es una afeccion muy poco grave en si misma y que no compromete en modo alguno la existencia de los que la padecen; pero es muy rebelde, y bajo este aspecto muy penosa, de modo que á menudo es el origen de grandes incomodidades, sobre todo en las mujeres. En efecto, esta afeccion altera frecuentemente sus cabellos, que para muchas constituyen todo su atractivo. La forma laminar es la que con mas frecuencia da lugar á esta grave alteracion. Es verdad que los cabellos se reponen con todo su lustre normal, cuando la enfermedad se ha curado; pero es preciso no olvidar que esta feliz terminacion no siempre puede obtenerse; la enfermedad forma en cierto modo parte de la constitucion misma del individuo.

Tratamiento.—La terapéutica de la pitiriasis comprende dos órdenes de remedios: 1.º remedios generales; 2.º remedios generales. Pero nos apresuramos á añadir que estos últimos son los mas eficaces y casi los únicos que se emplean. Empezaremos á reseñar por ellos la terapéutica de la pitiriasis.

En la *pitiriasis capitis* lo primero que debe hacerse es cortar los cabellos; lo mismo debe practicarse con los pelos de la barba, cuando la enfermedad ocupa esta region, pero no con la navaja, sino con las tijeras. Despues de esto, se combatirá en un principio la sequedad de la piel por medio de lociones emolientes, y despues con lociones aceitosas; en se-

guida se modificará la secrecion cutánea con unas lociones alcalinas preparadas segun indica la siguiente fórmula:

Subcarbonato de potasa ó de sosa.....	4 á 6 gramos.
Agua destilada.....	500 —

Pero no debe recurrirse á estas lociones hasta lo último de la enfermedad. Nosotros preferimos unas simples lociones con agua de jabon; pero lo que produce mejores efectos son los baños sulfurosos y las pomadas sulfurosas. Nos ha surtido buen éxito en la pitiriasis de la cabeza la siguiente pomada:

Manteca.....	30 gramos.
Flor de azufre.....	1 —

Al lado de los preparados sufurosos debemos continuar los preparados con el ácido nítrico. El principal de estos preparados es la pomada oxigenada, que no es mas que una especie de jabon duro que se reblandece por medio del calor y se estiende sobre las partes afectadas: esta pomada, por su acción mordiente, hace desaparecer las escamas; si fuese demasiado fuerte para ciertos individuos, se la debe sustituir con esta otra:

Manteca.....	30 gramos.
Acido nítrico.....	1 —

Se puede tambien recurrir á las lociones con el ácido nítrico debilitado con el agua. Si la locion fuese demasiado concentrada, podria tener el inconveniente de enrojecer los cabellos: es verdad que esta coloracion es accidental y de corta duracion y que desaparece al cabo de cierto tiempo; apareciendo en su lugar la coloracion normal de los cabellos. Estas lociones se practican ordinariamente segun la fórmula que sigue:

Agua destilada.....	1,00 gramos.
Acido nítrico.....	1 —

Tales son los remedios locales mas frecuentemente empleados en el tratamiento de la pitiriasis.

Al mismo tiempo que se hace uso de los remedios anteriormente enumerados, se ha aconsejado tambien un tratamiento interno, con el objeto de secundar la accion de los primeros. Se prescriben á veces los preparados amargos, el lúpulo, la centaurea, el jarabe antiescorbútico, el vino y el ja-

rabe de genciana. En los casos rebeldes se han aconsejado los preparados arsenicales y la tintura de cantáridas; pero debemos decir por nuestra parte que nunca hemos podido probar la eficacia de estos remedios en la enfermedad que nos ocupa. Se debe tener mas confianza en los preparados sulfurosos administrados al interior.

Por último, como complemento del tratamiento de la pitiriasis, se pueden emplear las aguas minerales sulfurosas, como las de Saint-Gervais, las de Uriage, las de Aix en la Saboya, las de Aix-la-Chapelle y por último las de los Pirineos, ó sean las de Bareges y las de Bagnères-de-Louchon.

Recomendaremos tambien, lo mismo que en las demás enfermedades herpéticas, la importancia del régimen higiénico sencillo, y sobre todo la saludable influencia de una alimentación poco escitante, de la cual se escluirán los manjares condimentados con muchas especias, como perjudiciales al buen estado de la piel, en aquellos individuos dispuestos á las enfermedades herpéticos.

rate de ganancia. En los casos rebeldes se han aconsejado los preparados arsenicales y la tintura de canchales; pero debe- mos decir por nuestra parte que nunca hemos podido cumplir con la eficacia de estos remedios en la enfermedad que nos ocupa. Se debe tener mas confianza en los preparados sulfu- rosos administrados al interior.

Por último, como complemento del tratamiento de la pi- tiriasis, se pueden emplear las aguas minerales sulfurosas, como las de Saint-Léonard, las de Uriage, las de Aix en la Savoie, las de Aix-la-Chapelle y por último las de los Pyr- neos, ó sean las de Bagnères y las de Bagnères-de-Luchon.

Recomendaremos también lo mismo que en las demás enfermedades herpéticas, la importancia del régimen higiénico sencillo, y sobre todo la saludable influencia de una alimentación poco excitante, de la cual se excluirán los manjares con- dimentados con muchas especias, como pertenencias al buen estado de la piel, en aquellos individuos dispuestos á las en- fermedades herpéticas.

esto

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

palabras como propuestas por Willan, encierra la idea de tubérculos, y en todas las escrófulidas empiezan por tubérculos, y cuando estos existen en un principio solo es comúnmente de un modo pasero, y desaparecen al fin.

VIII.

Creemos, pues, útil poner la palabra latina de la dermatología como denominación general y reservarla única para ciertos casos particulares y bien determinados. Nosotros hemos procurado hacer respecto de las manifestaciones escrófulosas de la piel, lo que Pictet ha hecho respecto de las sífilidas; nosotros empleamos en la nomenclatura de esas afecciones la palabra escrófulidas, á la cual añadimos un adjetivo que indique la lesión elemental, por ejemplo, escrófulida críptica, tuberculosa, etc.; al paso que los otros hallamos también variedades muy importantes relativas á los síntomas, al curso y al tratamiento.

DE LAS ESCROFULIDES.

Hemos dicho en la primera leccion que las enfermedades de la piel eran locales las unas y generales las otras, y que se desarrollaban estas bajo la influencia de un estado particular de la economía, que se llama diátesis. Entre las últimas se encuentra la clase conocida con el nombre de escrófulidas.

La diátesis escrófulosa, bajo cuya influencia se desarrollan esas afecciones, no se manifiesta solamente en la piel, sino tambien en todos los tejidos; en efecto, sabido es que las escrófulas se manifiestan en los huesos, en las membranas mucosas y en los gánglios; nosotros solo hablaremos en este lugar de sus manifestaciones cutáneas.

La existencia de esas afecciones se remonta á la mas remota antigüedad, y entre las enfermedades descritas en otros tiempos bajo el nombre de lepra, es verosímil que cierto número de ellas no eran mas que escrófulidas. Willan ha sido el primero que ha descrito, bajo el nombre de *lupus*, y ha colocado en la clase de los tubérculos, ciertas enfermedades de la piel caracterizadas en un principio por tubérculos susceptibles de ulcerarse y de originar cicatrices indelebiles. En el estado actual de la ciencia, este modo de considerar las afe-

ciones escrofulosas es vicioso y muy limitado; en efecto, la palabra *lupus*, propuesta por Willan, encierra la idea de tubérculos, y no todas las escrofulides empiezan por tubérculos, y cuando estos existen en un principio solo es comunemente de un modo pasajero.

Creemos, pues, útil borrar la palabra *lupus* de la dermatología como denominación general y reservarla únicamente para ciertos casos particulares y bien determinados. Nosotros hemos procurado hacer, respecto de las manifestaciones escrofulosas de la piel, lo que Bielt ha hecho respecto de las sífilides; nosotros emplearemos en la nomenclatura de esas afecciones la denominación general de *escrofulides*, á la cual añadiremos un adjetivo que indique la lesion elemental, por ejemplo, escrofulide eritematosa, tuberculosa, etc.; al lado de los géneros hallaremos tambien variedades muy importantes relativas á los síntomas, al curso y al tratamiento.

Vamos, antes que todo, á indicar los caracteres generales de las escrofulides, para pasar luego á hablar de las principales variedades.

Caracteres comunes de las escrofulides.—Las escrofulas aparecen en la piel con una coloracion particular; no es esta la coloracion rojiza y viva de los exantemas ordinarios, sino que es oscura, violacea, avinada, y en nada se parece á la que presenta la sífilis, de cuyo tinte cobrizo y característico carece. Este color especial de la piel puede apreciarse mucho mejor en la cama de los enfermos, que no es posible describirle en un tratado ó darle á comprender en una leccion.

Al lado del rubor, sea cual fuere la forma de la enfermedad, hay que notar la hinchazon de la parte enferma; hinchazon que tiene su asiento en el tejido celular sub-cutáneo; algunas veces se estiende esta tan lejos que da á los miembros el aspecto de la elefantiasis; cuando la afeccion ocupa la cara, la hinchazon puede cubrir los ojos hasta el punto de afectar una erisipela; así que algunos autores han descrito esta afeccion con el nombre de *erisipela crónica*; otros la han dado la denominacion de *lupus crónico*; *lupus hipertrófico*.

(Cazenave). Por lo demás, este aumento de volumen desaparece gradualmente, ya sea bajo la influencia del tratamiento, ya por efecto de la evolución de la enfermedad, y mas tarde, cuando la escrofulide está curada, se observa, por el contrario, un notable adelgazamiento, una atrofia especial de la piel correspondiente á las regiones antes hipertrofiadas.

El tercer carácter de las escrofulides consiste en la existencia de cicatrices, que no faltan nunca, las hayan ó no precedido ulceraciones. Esta constancia de las cicatrices es muy característica en las escrofulides. En las sífilides se observan tambien cicatrices, pero ellas van siempre precedidas de ulceraciones mas ó menos estensas.

Otra de las particularidades muy importante de las cicatrices escrofulosas consiste en su forma deprimida, que no es mas que una consecuencia de la atrofia y de esa especie de absorción que el tegumento esterno ha experimentado en estas partes. Observaremos tambien que su aspecto es reticulado y que son adherentes al tejido sub-yacente, sobre todo cuando la enfermedad se ha desenvuelto al nivel de una eminencia ósea. Resultan de esas cicatrices deformaciones, muchas veces notables, que desfiguran singularmente á los desgraciados que se hallan atacados por dicha enfermedad.

Por último, haremos notar tambien una cosa notable en las escrofulides, y es la ausencia de toda reaccion general y local, á pesar de la existencia de la hinchazon, del rubor y de la deformacion, muchas veces considerable, de las partes afectadas. Bajo este punto de vista presentan una grande analogía con las sífilides.

Curso.—El curso de esas afecciones es escesivamente lento. Interroguense los enfermos, y casi todos responderán que su afeccion data de dos, tres, diez, quince ó veinte años. Los hay tambien en los que la fecha de la enfermedad se remonta á toda su vida; principia en los primeros años y solo cesa con la muerte. Asi que, la larga duracion y la cronicidad constituyen los caracteres especiales de las escrofulides.

Las sífilides tienen tambien un curso lento, pero jamás

en un grado tan pronunciado; á mas, no se quedan estacionarias bajo el mismo aspecto y con los mismos caracteres, sino que se modifican, toman nuevas formas y adquieren al propio tiempo mas gravedad á medida que se alejan de la época de su primera aparicion.

Complicaciones.—Uno de los caracteres distintivos de las escrofúlides consiste en manifestarse en muchas partes del cuerpo y en desarrollarse al mismo tiempo que otras alteraciones de igual naturaleza, que pueden afectar varios tejidos. Así que, al propio tiempo que se ve una afeccion escrofulosa de la piel, no es raro que se presenten oftalmías, necrosis y caries que deben tenerse como dependientes del mismo vicio constitucional.

Las escrofúlides van á menudo complicadas con otros accidentes que determinan una revulsion favorable, tales son, la erisipela, las fiebres eruptivas y la fiebre tifóidea. A continuacion de esas enfermedades intercurrentes, se observa ordinariamente una modificacion favorable de la escrófula cutánea y hasta algunas veces su curacion. Hace dos años tuvimos en nuestras salas una jóven afectada de una escrofúlida pustulosa de la cara, la cual se encontró completamente curada, despues de haber padecido una fiebre tifoidea tan grave, que habia puesto en peligro su vida.

Sitio.—Las escrofúlides pueden desarrollarse en todas las partes del cuerpo, pero principalmente en la cara. En las mujeres pueden afectar la *vulva*. M. Huguier ha dado á luz una buena descripcion de esta enfermedad en una Memoria bajo el titulo «*De l'esthiomene de la vulve.*»

Pasemos mientras tanto al estudio de las variedades de las escrofúlides cutáneas. Nosotros admitimos seis variedades que pasaremos rápidamente en revista, indicando sus caracteres distintivos y especiales.

VARIETADES.

Estas variedades son: 1.º La escrofúlida *eritematosa*; 2.º la escrofúlida *pustulosa*; 3.º la escrofúlida *verrugosa*;

4. ° la escrofulide *tuberculosa*; 5. ° la escrofulide *flegmonosa*; 6. ° y la escrofulide *córnea*.

1. ° ESCROFULIDE ERITEMATOSA.—Se conoce tambien con el nombre de escrofulide eritemato-escamosa. Biett, que ha sido el primero en tratar de esta afeccion, la dió el nombre de eritema centrífugo, porque esta enfermedad va á menudo acompañada de una coloracion rojiza dispuesta en forma de círculo en cuyo centro se observa una superficie de piel sana. Esta denominación no ha continuado en uso; daba una idea falsa é incompleta de la afeccion, espresando una enfermedad tan grave con la palabra eritema que generalmente solo indica una enfermedad ordinariamente leve. M. Cazenave la llama *lupus eritematoso*. Esta variedad de escrofulas está caracterizada por una eminencia, que en un principio es poco estensa, redondeada, de color rojo, rojo subido, violáceo ó avinado, de aspecto lustroso y completamente especial. Bien pronto esta mancha se vuelve mas larga; al propio tiempo, su centro se cura, se deprime y toma el aspecto de una cicatriz blanca é indeleble. Sobre la superficie restante proeminente y rojiza se forman unas escamas blancas y finas, algunas veces superficiales, pero ordinariamente adherentes y en cierto modo engastadas en el espesor de la piel. Se suceden muchas erupciones de escamas, antes de la curacion completa de la enfermedad.

Inútil es añadir que en esta especie de enfermedad no existen ni dolores, ni comezones, ni fenómenos generales.

Esta afeccion, como todas las escrofulides, es excesivamente lenta, y puede permanecer años enteros en el mismo estado. En su principio no pasan sus dimensiones de dos á tres centímetros, despues alcanzan la estension de cuatro ó cinco, y hasta se ven escrofulas como la palma de la mano: algunas veces invaden tambien todo un lado de la cara. Durante esta progresion centrífuga de la enfermedad, el centro se cura y el reborde que le rodea parece que se va apartando de la cicatriz á medida que esta toma mayores dimensiones. La cura-

cion puede obtenerse á la larga, pero dejando una cicatriz, aunque no haya habido jamás herida alguna.

Diagnóstico.—Las afecciones que pueden confundirse con la escrofulide eritematosa son las siguientes: el eritema simple, la psoriasis y ciertas formas de sífilides. No obstante su curso lento, la ausencia de dolor y de comezones son suficientes para distinguirla del eritema comun.

En la psoriasis la disposicion sobrepuesta de las escamas, su aspecto blanco nacarado, que ha hecho que se compararan á las gotas de cera virgen solidificadas, la difusion de la enfermedad en toda la superficie del cuerpo, su predileccion especial por ciertas regiones, como son, las rodillas y los codos, y por último, las comezones, constituyen otros tantos caracteres que nunca se encuentran en la escrofulide eritematosa.

La enfermedad que nos ocupa es algunas veces difícil de distinguir de la roseola sífilítica y de la sífilide escamosa; en estos casos el diagnóstico se establecerá en vista de los antecedentes, de los fenómenos concomitantes, del curso mucho mas rápido de la enfermedad sífilítica, y por último, el tratamiento, en ciertos casos dudosos, será la verdadera piedra de toque para saber á qué atenerse.

2.ª ESCROFULIDE PUSTULOSA.—La escrofulide pustulosa ha sido designada tambien por algunos autores con el nombre de *impétigo rodens*. Generalmente esta variedad ha sido mal descrita, á pesar de presentarse frecuentemente casos de la misma, y de ser la mas comun. La enfermedad principia por una pequeña hinchazon acompañada de un color un poco rojizo; despues aparecen sobre esta eminencia una ó dos pústulas (algunas veces mas), primero poco voluminosas, pero que bien pronto aumentan y se estienden. Generalmente tienen estas pústulas una duracion bastante larga y no se rompen hasta al cabo de ocho ó diez dias, siendo reemplazadas por unas costras de un color amarillo-oscuro. Mas tarde, al rededor de esas pústulas iniciales se desarrollan otras y despues de cierto tiempo toda la superficie se halla cubierta de costras y pústulas en diversos grados de su evolucion.

Las costras de la escrofulide pustulosa tienen cierta semejanza con las del impétigo. Esta circunstancia sola ha podido engañar á algunos autores y hacerles creer que esas dos afecciones no eran mas que una sola y misma enfermedad. Sin embargo, en la escrofulide pustulosa las costras son de color mas oscuro y si se dejan caer espontáneamente, ó bien se acelera su caída por medio de cataplasmas ó de baños; se encuentran debajo de ellas profundas ulceraciones, de fondo agrisado y de un pésimo aspecto. Abandonadas á sí mismas, esas ulceraciones dan lugar á una secrecion purulenta, que se concreta igualmente y da lugar á la formacion de costras; estas caen y se renuevan, como las precedentes, y así sucesivamente hasta el fin de la enfermedad.

Añadamos, por último, que cuando la curacion se obtiene, despues de un cierto número de erupciones sucesivas de pústulas y de costras, las ulceraciones son reemplazadas por cicatrices blancas y deprimidas, en una palabra, características, lo cual nunca se observa en el impétigo. En la variedad pustulosa, las ulceraciones no son jamás tan profundas como en la forma tuberculosa, de la que vamos luego á hablar. Las cicatrices que las suceden forman, por su reunion, una superficie primero de color violáceo, despues blanco, imitando bastante bien las cicatrices proeminentes de ciertas viruelas confluentes.

La hinchazon que existe al principio es las mas de las veces considerable y deforma singularmente las partes en donde tiene su asiento.

Esta variedad de las escrofulides se desarrolla principalmente sobre la nariz (el lóbulo y las alas). Algunas veces se la ve tambien ocupar las mejillas, y raramente se la encuentra en los miembros.

Lo mismo que en la forma precedente, no va esta variedad acompañada de dolores, ni de comezones; su curso es tambien lento.

Diagnóstico.—Despues de lo que hemos dicho anticipadamente del *impétigo rodens*, nada tenemos que añadir acerca del diagnóstico de esas dos enfermedades.

Es á menudo difícil distinguir la escrofulide pustulosa de ciertas sífilides. Hay que tener tambien en cuenta, para conseguirlo, los fenómenos concómitentes, la coloracion de la piel y el curso de la enfermedad. No obstante, á pesar de todos esos elementos para el diagnóstico, puede uno encontrarse algunas veces bastante embarazado, si el tratamiento no viniese á esclarecerle.

3. ° ESCROFULIDE VERRUGOSA.—Esta variedad se presenta bajo el aspecto de unas placas rugosas, desiguales, erizadas de eminencias y separadas por unos surcos mas ó menos profundos ó irregulares. Esas especies de escrofulas terminan algunas veces por ulceraciones, pero á menudo tambien llegan á experimentar una reabsorcion intersticial y entonces se deprimen. En ambos casos, mas tarde sobreviene una cicatriz deprimida característica. Esta forma puede ser primitiva ó secundaria, es decir, puede suceder á la forma tuberculosa ó pustulosa. Su diagnóstico es muy sencillo; tiene caracteres tan marcados que ninguna otra enfermedad es susceptible de simularla.

4. ° ESCROFULIDE TUBERCULOSA.—La forma tuberculosa es la variedad mas grave; constituye el verdadero *lupus* de los autores. Se presenta de dos diferentes modos, que son dos variedades secundarias, á saber: *a* forma tuberculosa sin ulceracion: *b* forma tuberculosa con ulceracion.

a Escrofulide tuberculosa sin ulceracion.—Esta forma está caracterizada por una multitud de pequeñas eminencias, redondeadas, blandas, de color violáceo, aglomeradas las unas al lado de las otras, de modo que forman unas placas redondeadas, círculos, segmentos de círculos ó una especie de diseños geográficos irregulares. A menudo una region, á veces la parte mas grande del cuerpo, se encuentra tambien adornada por esas especies de figuras geométricas.

Los tubérculos están ya aislados y distintos unos de otros, ya confundidos por sus bordes formando una especie de rodete nudoso y desigual. A esta forma tuberculosa se encuentra á menudo asociada la variedad eritemato-escamosa; la

piel de la parte afectada se halla entonces cubierta por esas pequeñas escamas, de que ya hemos hablado, y entonces se tiene excepcionalmente lo que se encuentra de una manera casi constante en las sífilides, á saber, la asociación de varias formas elementales diferentes. Sea como fuere, al cabo de cierto tiempo; los tubérculos se aplastan y la curación se efectúa con la formación de cicatrices sin que hayan existido ulceraciones.

b. *Escrofulide tuberculosa con ulceración.*—Esta forma es aun mas grave y mas importante que la primera. Ofrece dos disposiciones diferentes, segun que la ulceración se estiende superficialmente ó en profundidad. Lo mismo que en la variedad precedente, se observa primero una superficie de color rojizo, violácea, sobre la que existen muchas eminencias ó tubérculos; estos pequeños tumores se vuelven blandos y no tardan en ulcerarse. En la primera disposición la superficie ulcerada se estiende y se cubre de mamelones carnosos y de escrofulas que se elevan sobre el nivel de la piel; es el *lupus exedens*. Al lado de esos primeros tubérculos nacen otros que sufren las mismas transformaciones. La enfermedad puede de este modo invadir toda una region y aun una estension considerable de la superficie del cuerpo. Algunas veces sucede que los mamelones carnosos, antes de cicatrizar, se secan y constituyen entonces una verdadera escrofulide verrugosa secundaria.

Otras veces, en lugar de ganar en superficie, la enfermedad aumenta en profundidad; se enrojecen la piel, las mucosas, el tejido celular y los cartilagos; los huesos mismos son las barreras importantes para detener su curso progresivo. De ahí sobrevienen esas anchas comunicaciones de las fosas nasales con la cavidad bucal, por efecto de la destruccion de la bóveda palatina. Esta variedad tiene particularmente su asiento en la cara, y sobre todo en la nariz, la que algunas veces desaparece completamente. Despues de la curación de esta enfermedad, queda comunmente un tinte violáceo, particularmente en la piel, que puede persistir largo tiempo, sino siempre.

La escrofulide tuberculosa con ó sin ulceracion tiene una duracion muy larga: no es raro verla resistirse á un tratamiento de muchos años antes de curarse.

Solo las sífilides pueden confundirse con esta afeccion. Los antecedentes y los fenómenos con comitantes serán suficientes casi siempre para formar el diagnóstico diferencial.

Hay no obstante en la práctica casos muy embarazosos y cuya naturaleza solo puede ser revelada por los resultados del tratamiento.

5. ^o ESCROFULIDE FLEGMONOSA.—Llegamos á una forma de las escrofulides que aun no ha llamado la atencion de los autores, cual es la escrofulide flegmonosa; consisté esta variedad en el desarrollo de un verdadero tumor flegmonoso, acompañado de un tinte violáceo de la piel; este tumor es en un principio del volúmen de una avellana ó de una nuez, de forma generalmente oval y aplanada; despues aumenta de un modo gradual y se reblandece, al propio tiempo que no tarda en presentarse la fluctuacion, lo cual anuncia la presencia del pus en el tumor. Entonces la piel se adelgaza en el punto mas proeminente y se ulcera, y por una pequeña abertura se derrama una cantidad variable de un pus seroso, pero atado, que tiene los caractéres del pus escrofuloso. Esta ulceracion no tarda en cubrirse por una costra amarilla mas ó menos densa; pero al cabo de algun tiempo se forma una nueva abertura, que da igualmente salida á nuevas cantidades de pus, y despues se cierra á su vez. Esta sucesiva formacion de costras y derrame de pus se renuevan de vez en cuando. A consecuencia de esas acumulaciones sucesivas de pus y de esas aberturas en cierto modo periódicas, la piel se desprende y se mortifica en cierta estension, de lo cual resulta una ulceracion mas ó menos grande, de bordes violáceos, cuyo nivel se continúa insensiblemente con el fondo; ulceracion que concluye por cicatrizarse, aunque con bastante lentitud. La cicatriz que resulta durante bastante tiempo presenta un tinte rojizo y violáceo; luego palidece, y por último concluye volviéndose blanca.

Esas colecciones purulentas constituyen unos verdaderos abscesos de la piel y del tejido celular sub-cutáneo, que únicamente se presentan con dichos caracteres particulares en los individuos que gozan de los atributos de un temperamento escrofuloso.

6.º ESCROFULIDE CORNEA.—La última variedad de las escrofulides es la escrofulide córnea, afeccion poco común, y que solo se halla mencionada en la tesis de un antiguo interno del hospital de San Luis, M. Dumoulin. Esta variedad presenta un aspecto particular que hace que muchos médicos la hayan desconocido y la hayan creído distinta de las afecciones escrofulosas, considerándola como una especie de acné.

Esta variedad está caracterizada por una mancha mas ó menos estensa, un poco proeminente por encima del nivel de la piel y que ofrece una multitud de pequeñas eminencias de apariencia córnea. Esas eminencias, análogas á las escrofulas verrugosas, producen la sensación de una picadura en las manos que las tocan. Cuando se las comprime, se produce en ellas un poco de dolor. Al cabo de cierto tiempo esas producciones córneas se deprimen, despues desaparecen completamente y son reemplazadas por una cicatriz deprimida.

M. Cazenave describe esta variedad de las escrofulides como una verdadera produccion sebacea de la piel. Pretende que las eminencias no son otra cosa mas que la materia sebacea desecada, endurecida, que ha tomado la consistencia córnea, y que las cicatrices y su forma deprimida no son mas que una consecuencia de presion ejercida sobre la piel por esos productos duros y sólidos. Nosotros no podemos participar de esa opinion: en primer lugar, las mas de las veces esas eminencias no existen en el orificio de los folículos sebáceos, y en los casos que hemos observado estaban casi todas atravesadas por un pelo, lo cual debería mas bien hacer suponer en la existencia de una alteracion de los folículos pilosos que en la de los folículos sebáceos. A mas, esas producciones córneas se presentan principalmente en los miembros, es de-

cir, sobre las partes en las que los folículos sebáceos son poco abundantes y raras veces enferman. Por último, no se encuentra nada de materia córnea en los folículos sebáceos, y por lo demás es difícil comprender cómo la materia sebácea puede adquirir bastante dureza y comprimir suficientemente el dérmis para atrofiar la piel y determinar una cicatriz.

Diagnóstico.—Hemos dicho algunas palabras acerca del diagnóstico con motivo de cada una de las variedades de que hemos hablado, y ahora vamos á reasumirlas con algunas generalidades aplicables á mayor parte de los casos. Cualquiera que sea la forma con que se manifieste la afección escrofulosa, hay que atender á la coloracion particular violácea, á la ausencia del dolor y del prurito, y principalmente á esa forma de cicatrices de que hemos hablado y que parecen indicar una alteracion profunda de la piel: por último el curso lento de la enfermedad es tambien un carácter muy importante que debe ser atendido. Tambien hay que dar una gran importancia á las enfermedades anteriores ó concomitantes, porque es principalmente con la ayuda de los fenómenos conmemorativos ó concomitantes que se podrá establecer el diagnóstico, sobre todo cuando se duda si la enfermedad es una escrofulide ó una sífilide. En efecto, esas dos afecciones tienen á menudo el mismo sitio, la misma apariencia exterior y los síntomas comunes, como son; la falta de comezones y la coloracion casi semejante de la piel. Recordaremos no obstante que la coloracion escrofulosa es mas violácea y mas avinada que la coloracion sífilítica, la que tira mas bien á moreno.

Las lesiones elementales y sus productos pueden tambien parecerse; se encuentran en efecto en esas dos afecciones ulceraciones grises de bordes cortados perpendicularmente, y costras de un color negruzco, pero su curso es diferente; por lo que insistimos en este punto: las escrofulides tienen un curso muy lento; la enfermedad recorre sus periodos en muchos años; no es raro ver escrofulides cuya duracion es de cinco, diez, quince ó veinte años y que presentan exteriormente muy pocas modificaciones.

En la sífilis las manifestaciones se desarrollan y se modifican con mas prontitud; la enfermedad puede persistir durante varios años, pero con formas diferentes, que se suceden en sitios variados. Por último, las cicatrices pueden tambien servir de signos para el diagnóstico; son mas profundas, mas indelebles en las escrófulas que en la sífilis. No obstanté, debemos repetir lo que ya hemos dicho; hay casos prácticos que, á pesar de todos esos datos, se presentan muy difíciles y escesivamente embarazosos, en los que, el médico, aun el mas ejercitado, no puede fijar el diagnóstico; entonces es cuando el tratamiento será la piedra de toque para resolver la cuestión.

Pronóstico.—El pronóstico de las escrófulides es siempre grave, porque la enfermedad escrofulosa es muy larga y no se cura siempre, y en los casos en que tiene lugar la curacion deja en pos de sí señales indelebles de su existencia anterior y deformidades muchas veces horrosas. Debemos hacer notar que aumentará la gravedad del pronóstico la coincidencia de otras afecciones, y sobre todo la existencia de tubérculos pulmonales. Es preciso no olvidar tampoco que la aparicion de ciertas enfermedades, como por ejemplo de una erisipela, léjos de ser un accidente de mal carácter, modifica comunmente de una manera favorable la manifestacion escrofulosa; poseemos ejemplos de haberse curado rápidamente ulceraciones escrofulosas por efecto de las viruelas ó de una fiebre tifoidea.

Tratamiento.—El tratamiento de las escrófulides comprende tres partes, ó mas bien tres órdenes de remedios: 1.º remedios generales; 2.º remedios locales; y 3.º remedios higiénicos. Todos ellos tienen su valor; pero el tratamiento general, ayudado de la higiéné, es el mas importante y el que es preciso emplear desde un principio.

1.º REMEDIOS GENERALES.—Los remedios generales consisten en todos aquellos que se emplean generalmente en las escrófulides, y son en primer lugar los amargos, los preparados de genciana, el vino y el jarabe antiescorbútico y la

infusion de lúpulo; despues vienen los preparados de hierro, útiles sobre todo en las jóvenes. Las preparaciones ioduradas han sido mas elogiadas de lo que debian serlo; incontestablemente tienen cierto valor, pero es preciso no darlas demasiada importancia y emplearlas únicamente como accesorios: no obstante, se puede asociar muy ventajosamente el iodo con el hierro, y administrar el ioduro de hierro bajo la forma de píldoras ó en jarabe.

Pero todos esos preparados solo deben emplearse para ayudar á una sustancia mucho mas eficaz, al aceite de hígado de bacalao, que es el remedio por escelencia de las escrofulides. En las escrofulides cutáneas se administra el aceite de hígado de bacalao á dosis progresivas, empezando por una cucharada ordinaria al dia y aumentando gradualmente su número hasta tres, cuatro ó cinco. M. Bazin hace tomar hasta siete y ocho cucharadas, y aun llega á dar un vaso entero al dia: nosotros creemos que es inútil aumentar la dosis hasta esta cantidad, porque fatiga el estómago y repugna á los enfermos. El tratamiento debe continuarse durante años enteros, teniendo el cuidado de interrumpirle de vez en cuando para seguir despues con él.

Entre el tratamiento interno y el tratamiento esterno, se deben colocar los baños sulfurosos administrados dos ó tres veces por semana. Se ha propuesto tambien administrar los baños iodados, pero no gozan de la misma accion.

2.º REMEDIOS LOCALES.—Para ayudar á la accion del tratamiento general y facilitar la curacion, tenemos á nuestra disposicion varios remedios locales, como son los tópicos de diversas naturalezas. Debemos hablar primero de ciertos tópicos que tienen por objeto preparar las partes enfermas y desembarazarlas de las costras que las cubren; tales son las cataplasmas y las lociones emolientes. Mas tarde se debe emplear otro orden de tópicos; los unos son cáusticos, que son unos modificadores sustitutivos y producen el efecto de transformar una úlcera ó una herida crónica en una herida simple con gran tendencia á la cicatrizacion. Los demás son sola-

mente modificadores sin ser cáusticos: hablaremos primero de estos últimos.

El aceite de enebro, que debe figurar en primera línea, se emplea en los casos poco graves; en la escrofúlida exantemática y en la escrofúlida verrugosa. Bajo la influencia de este medicamento la hipertrofia disminuye, el rubor se estingue y las eminencias se aplastan. Pero el aceite de enebro no goza de la misma eficacia en las escrofúlidas tuberculosas y ulcerosa; solo es útil al fin de la enfermedad, cuando solo existe el rubor y la descamacion. Despues del aceite de enebro se debe colocar la tintura de iodo, que puede emplearse en casos análogos.

Como remedios cáusticos ó modificadores sustitutivos poderosos se ha empleado el aceite de anacardo, pero sin mucho éxito: se ha propuesto tambien apelar al iodo cáustico, bajo la siguiente fórmula:

Agua destilada.....	30	gramos.
Ioduro de potasio.....	8	—
Iodo puro.....	3 ó 4	—

Se practica con esta disolucion una ligera cauterizacion de la úlcera con el objeto de facilitar su cicatrizacion: pero estos medios son insuficientes en la mayoría de los casos.

Cuando las ulceraciones son mas profundas que estensas en superficie, cuando se resisten á los remedios generales y á los tópicos, de que acabamos de hablar, es preciso atacarlas por medio de cáusticos mas poderosos, tales como el cloruro de zine ó el cloruro de antimonio mezclado con una sustancia inerte y pulverulenta, ó mejor aun los polvos cáusticos de Viena.

En las escrofúlidas eczemátosas, pustulosas y hasta tuberculosas, cuando no existen ulceraciones, ó son estas superficiales, nosotros empleamos con mucha ventaja la pomada de bi-ioduro de mercurio, con la cual imitamos lo que hace la naturaleza, cuando una erisipela viene á complicar una escrofúla. Por medio de esta pomada con la que nosotros extendemos una pequeña capa sobre la parte enferma, determinamos una especie de erisipela artificial, que produce el mismo

efecto y determina una modificacion tan pronta y casi tan eficaz como la misma erisipela espontánea. Se gradua la dosis del bi-ioduro de mercurio segun sea el efecto y el grado de la inflamacion que se quiere producir. Hé aquí la fórmula de la pomada que nosotros empleamos mas comunmente:

Manteca.....	} a. a. partes iguales.
Bi-ioduro de mercurio.....	

Se puede tambien emplear esta sal de mercurio bajo otra forma, á saber:

Agua destilada.....	30	gramos.
Bi-ioduro de mercurio.....	15	—
Goma tragacanto.....	1 ó 2	—

3. ° REMEDIOS HIGIENICOS.— Los remedios higienicos secundan en gran manera la accion de los remedios medicamentosos. Al revés de lo que se prescribe en las enfermedades herpéticas, en las escrofúlides se deben aconsejar las carnes asadas, las carnes negras ricas en osmazomo, y tan azoadas como sea posible. Es preciso condimentar los alimentos y hacerlos mas apetecibles por medio de algunas especias, como la sal y la mostaza; ordenar un vino bueno, café, etc.; al mismo tiempo es preciso prohibir toda especie de leche, los alimentos preparados con esta, las legumbres y los alimentos sosos y poco nutritivos. Tambien hay que dar una gran importancia á la cantidad de aire que debe respirar el enfermo; es preciso evitar tambien las obstrucciones de vientre, y aconsejar la permanencia del enfermo en el campo, mientras que esto sea posible, y sobre todo encargarles que hagan un moderado ejercicio al aire libre.

Al lado de la terapéutica de la escrofúla cutánea se deben mencionar las aguas minerales y los baños de mar. Aquellas gozan de cierta accion, cuando se toma interiormente lo mismo que el agua del mar, la que en general produce buenos efectos bebida por las mañanas á la dosis de medio vaso ó de uno; obra tambien como un ligero laxante. Las aguas minerales que deben aconsejarse para el tratamiento de las escrofúlides son las aguas sulfurosas, particularmente las que están cargadas de una gran cantidad de azufre, tales como las aguas

de Bereges, de Bagneres-de-Luchon, de Aix-la-Chapelle, de Aix en la Saboya, de Schinznach y de Uriage; aunque no sean sulfurosas las aguas de Louesche, gozan con justicia de una merecida reputacion en el tratamiento de las afecciones escrofulosas.

DE LAS SIBILLINAS

Después de haber tratado la historia de las aguas minerales de la Saboya, de las de la Suiza y de las de la Francia, vamos a tratar de las de las Sibillinas, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional. Estas aguas minerales son de tres clases: sulfurosas, sulfurosas y sulfurosas, y se encuentran en las montañas de las Sibillinas, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional. Estas aguas minerales son de tres clases: sulfurosas, sulfurosas y sulfurosas, y se encuentran en las montañas de las Sibillinas, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional.

Se ve en el cuadro de las aguas minerales de las Sibillinas, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional. Estas aguas minerales son de tres clases: sulfurosas, sulfurosas y sulfurosas, y se encuentran en las montañas de las Sibillinas, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional.

Dividiremos la historia de las aguas minerales de las Sibillinas en tres partes: la primera de ellas se refiere a las aguas minerales de las Sibillinas, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional. Estas aguas minerales son de tres clases: sulfurosas, sulfurosas y sulfurosas, y se encuentran en las montañas de las Sibillinas, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional.

DE LAS SIBILLINAS

El pueblo de Sibillina no es un pueblo de aguas minerales, pero sí es un pueblo de aguas minerales, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional. Estas aguas minerales son de tres clases: sulfurosas, sulfurosas y sulfurosas, y se encuentran en las montañas de las Sibillinas, que son las que forman el grupo de las aguas minerales de la Italia meridional.

DE LAS SIFILIDES.

Despues de haber trazado la historia de las enfermedades herpéticas y escrofulosas , vamos ahora á abordar el estudio de esa clase de enfermedades cutáneas, que igualmente se desarrollan bajo la influencia de una diátesis, pero no de una diátesis congénita ó hereditaria, como las dos precedentes, sino por el contrario comunmente adquirida ó desarrollada accidentalmente por la inoculacion; queremos hablar de las SIFILIDES.

Se da el nombre de *sifilides* á las manifestaciones sifiliticas que tienen lugar en la superficie tegumentaria cutánea y forman parte de los fenómenos consecutivos de la enfermedad sifilitica.

Dividiremos la historia de esas afecciones en dos capitulos; el primero comprenderá la historia general de las sifilides, la exposicion de sus caracteres comunes, sea cual fuere su forma y su sitio; en el segundo trataremos de las diferentes variedades de la sífilis cutánea.

1. ° DE LAS SIFILIDES CONSIDERADAS EN GENERAL.

Al parecer las sifilides no siempre han existido. Es verdad que los historiadores, los poetas y los médicos, que han

estrito acerca del esplendor de Roma y de Atenas, nos han dejado descripciones de enfermedades, en las que los partidarios de la antigüedad de la sífilis han creído reconocer cierta semejanza y cierta analogía bastante notables con la sífilis, para asignarlas un mismo origen y una misma naturaleza; hay también algunos médicos que hacen remontar el nacimiento de esas afecciones hasta los tiempos bíblicos.

Nosotros no tenemos ningun inconveniente en decir que todas esas aserciones están destituidas de pruebas positivas, y verdaderamente es preciso llegar á la época de la invasion de la sífilis en Francia, en Italia y en España durante el siglo XV para encontrar las primeras nociones exactas de las sífilides. Los autores de esta época que primero han escrito acerca de la sífilis, á cuya afeccion denominaron con los nombres de *mal francés* ó *mal napolitano*, y á la que creían importada del Nuevo-Mundo, nos han dejado las pinturas mas tristes y espantosas, y; segun sus lúgubres escritos, parece que en los últimos años del siglo XV y en el principio del siguiente, esas manifestaciones cutáneas debieron desarrollarse con una intensidad que solo la conocemos en nuestros dias en ciertos casos muy escepcionales.

Muchas de sus descripciones, debidas á Massa, á Falopio, á Fracastor, etc., encierran tal fidelidad que permiten reconocerlas aun hoy dia; las historias individuales de muchas formas, han sido trazadas con manó maestra y merecen ser consultadas; pero en esa época no se hizo ningun trabajo especial acerca de este punto de la sífilis; de modo que esas enfermedades cutáneas fueron solamente indicadas sin orden y sin método. Este estudio metódico y general fué olvidado hasta por Willan y Bateman, los que, demasiado preocupados con la lesion elemental, no han estudiado las enfermedades segun su naturaleza y solo han dejado una descripción confusa é incompleta de las afecciones sífilíticas de la piel.

A principios del año décimo, un cirujano interno de los hospitales de París, Trappe, publicó antes que nadie una disertacion de mucho interés acerca las eserecencias y las pús-

tulas venéreas. Las dividió en siete especies, á saber: los pedículos, los pedúnculos, etc. Esta clasificacion, basada en los caracteres mas distintos que presentan las diversas sifilides, tiene ya el mérito de no multiplicar demasiado las especies y de comprenderlas á casi todas.

Próximamente en la misma época, en 1803, apareció la disertacion inaugural de Lagneau, entonces cirujano del hospital de venéreos de París y discípulo del conocido Cullerier; esta tésis, destinada particularmente á dar á conocer los diversos métodos de tratamiento seguidos en el hospital de venéreos, contiene una clasificacion de las afecciones sifilíticas de la piel que difiere muy poco de la de Trappe. Algun tiempo despues, en 1820, el mismo Cullerier publicó en el *Diccionario de ciencias médicas* el resultado de sus investigaciones acerca las erupciones sifilíticas, á las cuales dió el nombre genérico de *pústulas venéreas*, dividiéndolas en once especies.

Todas esas descripciones son muy incompletas y no hicieron mas que preparar, si así puede decirse, el terreno. Otro tanto diremos del trabajo de Alibert, que arroja muy poca luz sobre este asunto, pero que tuvo el grande mérito de reunir todas las erupciones venéreas bajo la denominacion comun de *sifilides*, que despues ha sido conservada.

El verdadero progreso de la descripcion y conocimiento de las sifilides es evidentemente debido á Bielt, colega de Alibert en el hospital de San Luis, el cual, estudiando dichas afecciones en sus formas elementales, segun el sistema de Willan, formó de ellas un grupo natural, del cual dió una buena y metódica descripcion. Entre los autores que acabamos de citar, Bielt ha sido el primero en indicar los verdaderos caracteres generales de las sifilides y en dividir estas afecciones en diversas especies, segun las diferentes lesiones elementales que pudieran presentar. Nunca elogiaremos bastante los trabajos de dicho autor acerca la sífilis cutánea, los que revelan en el mismo un espíritu de análisis y de método, que ha elevado de repente la historia de las sifilides casi hasta la altura en que hoy dia se encuentra, puesto que no se ha

hecho despues mas que añadir muy poco al edificio levantado por este hábil observador; y nosotros diremos aun que las no muy numerosas adiciones, que hayan podido hacerse, deben ser referidas al mismo, porque son debidas en su mayor parte á sus discípulos que han hecho sus observaciones y publicado sus escritos bajo la inspiracion de este autor; entre ellos citaremos sobre todo los nombres de MM. Cazenave, Martins, Legendre y Bassereau. Todos estos trabajos, producto de la escuela de Bielt, reunidos con las investigaciones de los sifilógrafos, han esclarecido muchísimo la historia de las sifilides y han hecho que esas enfermedades se cuenten en el número de las que mejor se conocen, relativamente al diagnóstico y al tratamiento.

Despues de ese corto relato histórico, vamos ahora á trazar los caracteres generales de las sifilides, los cuales dan á todos esas afecciones, cualquiera que sea su forma y su sitio, un aire de semejanza y de parentesco, que ha hecho de las mismas una familia aparte distinta de las demás erupciones cutáneas.

Esos caracteres comunes de las sifilides deben buscarse en la coloracion, en la forma de las erupciones, en todos esos fenómenos locales, en su sitio y por último en los fenómenos concomitantes y generales que las acompañan.

1.º COLORACION DE LAS SIFILIDES.—El primer carácter comun á todas las sifilides es la coloracion, la que es enteramente particular y especial; muchas han sido las comparaciones que se han hecho de esa coloracion, pero aun no se ha encontrado una idea exacta de la misma, de modo que en rigor no se la puede calificar de un modo mas espresivo, sino dándola el nombre de *coloracion sifilítica*. Su color es rojo oscuro, en nada parecido al rojo vivo propio de las inflamaciones francas y legítimas. Falopio comparaba muy juiciosamente dicha coloracion al color de la magra del jamon y Swediaur la designaba con el nombre de color cobrizo, cuya calificacion ha prevalecido sobre la primera, siendo quizás menos exacta, y á pesar de que el tinte cobrizo de una

erupcion la imprime en cierto modo el carácter sifilítico.

Esta coloracion no existe siempre durante todo el curso de una sifilide con su tinte especial, lo que ha hecho que ciertos sifilógrafos dudasen de su valor. El rubor es en un principio bastante franco y se aproxima luego gradualmente al color específico, á medida que la erupcion se desarrolla; despues decrece de un modo igualmente insensible hasta su completa desaparicion.

2.º *Forma.*—El segundo carácter consiste en la forma circular de las erupciones; en efecto, comunmente están estas dispuestas en grupos redondeados, describiendo unas veces círculos completos, otras segmentos de círculo y otras octavos de guarismo ó bien óvalos. Esta especie de configuracion es bastante comun en las sifilides, ya sea su forma escamosa, papulosa, pustulosa ó tuberculosa; pero no es tampoco esclusiva de esas especies de erupciones y no constituye un carácter constante. Además de la psoriasis y de las lepras vulgares que afectan comunmente esta disposicion, ¿no se observan comunmente eczemas, varias especies de líquen y de lupus que aparecen sobre la piel formando círculos ó grupos regularmente redondeados? No obstante, unida á otro carácter, por ejemplo la coloracion, la forma redondeada es uno de los mejores elementos para el diagnóstico y para reconocer la naturaleza sifilítica de una erupcion. Por lo demás, es preciso no olvidar que todos esos caracteres generales, aun los mas constantes y los mas especiales, carecen de un verdadero valor; considerados aisladamente no tienen mas importancia que por su asociacion con los demás signos.

3.º *Ausencia de dolor y de comezones.*—Despues de la coloracion *sui generis* y la forma especial, colocaremos en tercer lugar la ausencia del dolor y de las comezones. Esta ausencia de las comezones constituye la regla y su existencia la escepcion, siendo, pues, la primera uno de los signos mas constantes. Así que, cada vez que un enfermo atacado por una erupcion reconocida como sifilítica acusa dolores y

prurito, examinése con atención dicho enfermo y se hallará asociada á la erupcion venérea otra afeccion herpética ó pruriginosa, á la que debe atribuirse la causa de las comezónes.

4.º *Polimorfia*.—El cuarto carácter de las siflides es la polimorfia, es decir, la evolucion simultánea de varias formas elementales de la erupcion en un mismo individuo. En las erupciones ordinarias de la piel los exantemas se mezclan raras veces con las vesículas, con las pústulas ó con las escamas; por el contrario, nada hay tan constante como el encontrar en las siflides una mezcla de manchas exantemáticas, de pápulas, de vesículas y de pústulas, y al mismo tiempo ver la mayor parte de los orificios naturales guarnecidos con placas mucosas.

5.º *Fenómenos secundarios*.—La evolucion de la enfermedad da lugar al desarrollo de fenómenos consecutivos, llamados *secundarios*, que tambien vienen á esclarecer el diagnóstico: tales son, ciertos productos de la erupcion venérea, las escamas, las costras, las ulceraciones y las cicatrices.

Las escamas son blancas, en general más delgadas, más secas y más adherentes que en las afecciones escamosas simples. Son sobre todo menos grandes y están circunscritas por un cordón blanco, al cual Bielt y sus discípulos dan un gran valor. Este cordón resulta del desprendimiento de la piel al rededor del sitio afectado; á menudo su borde libre está cortado formando unos dientes finos y delicados.

Después de esas escamas y más ordinariamente después de la ruptura de las pústulas sifilíticas, se ven formar unas costras duras, densas, verdosas, algunas veces negras, estriadas, igualmente más adherentes que en las demás afecciones cutáneas; algunas están erizadas de eminencias mameionadas, y otras tienen la apariencia de las conchas de ostra. Ordinariamente esas costras están, del mismo modo que las escamas, rodeadas de un pequeño cordón blanquecino semejante al cordón del cual hemos hablado anteriormente.

Ciertas siflides, sobre todo las siflides pustulosas y tuberculosas, terminan por la ulceracion. La forma y la disposi-

cion de esas pérdidas de sustancia son tambien muy características. En general son redondeadas, como si fuesen hechas con un saca-bocados; los bordes están abiertos, cortados perpendicularmente; su fondo es gris como si estuviese cubierto por una falsa membrana; la piel que rodea la úlcera tiene un color moreno cobrizo.

Las cicatrices, sean ó no sean resultantes de una ulceracion, pueden, en ciertos casos, revelar la naturaleza de la enfermedad. En efecto, tienen dichas cicatrices una fisonomía muy particular, pero en ningun tiempo es mas especial este carácter que en los primeros tiempos de su formacion. En un principio son de color de violeta, despues toman sin tardanza el color cobrizo, que es mucho mas pronunciado que en las cicatrices que suceden á ciertas erupciones. Mas tarde este color moreno desaparece y es reemplazado por el color blanco, comun á todos los tejidos inodulares. En esos casos puede revelar la forma, en defecto de todos los demás fenómenos, la naturaleza de las cicatrices. En efecto: en las sífilides tuberculosas, cuando los tubérculos están dispuestos formando círculos circunscritos con espacios de piel sana, cada uno de estos es reemplazado por unas cicatrices anulares y deprimidas en su centro.

Por último, cuando las pústulas ó los tubérculos están dispuestos formando grupos confluentes, se encuentran sobre el cordon unas cicatrices, y algunas veces dentro de cierto radio y al rededor de estas, por vastas que sean, ciertas señales deprimidas, reticuladas y redondeadas, que recuerdan la disposicion de los tubérculos ó de las pústulas que originan esos grupos y que los rodean á manera de satélites.

Sitio.—Las sífilides pueden desarrollarse sobre todas las partes del cuerpo; no obstante, ciertas formas afectan especialmente determinadas regiones. Así que se encuentra la sífilide papulosa comunmente en la parte posterior del cuello y en la parte anterior del pecho; las plaças mucosas tienen una particular predileccion por las inmediaciones de los orificios naturales, por las mucosas y por las regiones en que la piel es

muy fina y delicada; la psoriasis sifilítica se encuentra principalmente en las manos y en la planta de los pies.

Fenómenos concomitantes.—Se designa con el nombre de fenómenos concomitantes otra clase de accidentes sifilíticos, en los que las manifestaciones tienen lugar sobre los demás tejidos diferentes del tegumento esterno y de la piel. Según esto, debemos admitir inmediatamente en las sifilides una division que vamos desde luego á establecer. Nosotros distinguimos dos órdenes de sifilides relativamente á la época en que aparecen, á saber, sifilides precoces y sifilides tardías.

Las ulceraciones de la garganta con alteracion de la voz, las placas mucosas desarrolladas en las comisuras de los labios, en la vulva, en las alas de la nariz, en el ano y en el escroto; los dolores reumáticos que se presentan en los miembros y en las articulaciones, tales como en las rodillas, los hombros, los codos, y que se exasperan por la noche en la cama; la caída de los cabellos y de las cejas; los infartos de los ganglios laterales y posteriores del cuello, constituyen otros tantos síntomas que coinciden con las sifilides precoces, y son propios para dar á conocer su naturaleza, cuando los caracteres de la erupcion no se encuentran perfectamente manifiestos.

En las sifilides tardías, las exostosis, los tumores gómicos, los infartos parciales de la túnica albugínea, constituyen los fenómenos concomitantes mas constantes y mas propios para esclarecer el diagnóstico.

Fenómenos generales.—La aparicion de los fenómenos locales va algunas veces precedida de síntomas generales; se desarrolla un ligero movimiento febril, un poco de malestar é inapetencia; pero cuando la erupcion se ha completado, esos síntomas desaparecen, y no es raro ver sifilides muy intensas coincidir con todas las apariencias de una buena constitucion y una escelente salud. No obstante, cuando la enfermedad hace progresos y ha llegado al estado de caquexia, entonces se desarrollan fenómenos generales graves, que constituyen el cortejo habitual de todas las caquexias cancerosa, tubercu-

losa, etc., como son el adelgazamiento, la debilidad progresiva, los sudores nocturnos, la diarrea colicativa, el marasmo, y finalmente, como último término de este triste cuadro, la muerte. Se comprende que esas circunstancias hacen al pronóstico mucho mas sério y al tratamiento mas difícil, á causa del pé- simo estado del tubo digestivo.

Curso.—La cronicidad es ciertamente el carácter mas general de las sífilides, si bien no las pertenece de una manera esclusiva, porque la vemos tambien en una multitud de otras diferentes erupciones cutáneas. No obstante, lo que en general distingue á las sífilides de las afecciones comunes de la piel es que, perpetuándose, se modifican, se metamorfosean en cierto modo y pasan de una forma á otra. Algunas sífilides forman una escepcion de este curso lento de la mayor parte de las mismas, y son aquellas que aparecen poco tiempo despues de la desaparicion de los accidentes primitivos: su evolucion es muy rápida y, por decirlo así, fugáz, y aun muchas veces hasta pasan desapercibidas del médico y del enfermo, lo cual se esplica fácilmente por la ausencia de todo síntoma local, de dolores y de comezones.

Diagnóstico.—El diagnóstico de las sífilides se establece con la ayuda de los caracteres que acabamos de trazar, como son: el color, la configuracion, la ausencia de dolor y de comezones, la forma especial de las ulceraciones y de las cicatrices, el sitio de la erupcion, el curso, los antecedentes y los fenómenos especiales concomitantes. Todos estos caracteres, que constituyen los atributos de las sífilides, como lo hemos dicho ya, ni son constantes, ni exclusivos; por consiguiente, si se exceptúan los casos poco numerosos, en los que la intensidad del color cobrizo, ó bien una forma especial, como la de las placas mucosas, revelan inmediatamente la naturaleza sífilítica de una erupcion, en los demás será aventurado basar el diagnóstico en un solo carácter aislado. El concurso y la asociacion de esos caracteres son los que dan al diagnóstico todo su valor; de suerte que será tanto mas seguro, lo repetimos, en cuanto se hallen

reunidos en mayor número en un caso determinado.

Por otra parte es una verdad incontestable que es indispensable haber hecho un estudio profundo de las sífilides y de las erupciones comunes de la piel para llegar á fijar con perfeccion las diferencias de las formas y de los aspectos que existen entre estos dos órdenes de afecciones. La costumbre de verlas y de compararlas concluye por revelar al observador los caracteres diferenciales, que ni la palabra ni la pluma serian bastantes para dar á comprender exactamente.

No obstante, hay casos en la práctica muy difíciles y bastante embarazosos, en los que la sagacidad del médico mas hábil puede verse comprometida, y entonces es cuando una sincera confesion del enfermo podrá determinar la naturaleza de la erupcion; pero comunmente, solo se obtienen, al contrario, negativas formales, por lo que hay que guardarse muy bien de dar crédito á esas afirmaciones negativas, sobre todo cuando hay alguna razon para suponer que el enfermo tiene interés en engañar. En esos casos dudosos, el tratamiento es la verdadera piedra de toque que viene á demostrar cuál es la naturaleza de una afeccion de la piel.

Pronóstico.—El pronóstico es ordinariamente favorable, cuando el enfermo está sometido á un tratamiento conveniente y fielmente practicado. En general, cuanto mas reciente sea la afeccion, mas eficaz será el tratamiento, y mas rápida la curacion. Una de las peores condiciones consiste en la larga duracion de la enfermedad y en la existencia de una caquexia. En esos casos es á menudo imposible poder continuar el tratamiento, porque los enfermos no lo pueden soportar en razon de la diarrea que les ocasiona. En suma, las manifestaciones cutáneas sífilíticas son en general menos graves que las diferentes erupciones herpéticas de la piel, cuya recidiva forma su principal carácter.

Etiología.—Las sífilides se desarrollan bajo la influencia del virus sífilítico introducido en la economía, ordinariamente despues de un contacto infectante, y mas especialmente

después de un coito impuro. Deben ser consideradas como unos fenómenos consecutivos de la sífilis.

Aunque Cazenave diga lo contrario, jamás constituyen un síntoma primitivo. ¿Cuáles son los fenómenos primitivos que preceden á la sífilis? Esta cuestion aun no ha sido dilucidada de un modo completo, al menos por ciertos médicos. Los unos, que son los mas, piensan como Ricord, que cualquiera sífilide supone la preexistencia de un chancro, y de un chancro indurado, sin bubon. Para M. Legendre esta regla es demasiado absoluta; este distinguido médico cita en su tesis inaugural observaciones en apariencia muy concluyentes y en oposicion con ella: nosotros mismos hemos observado hechos que creimos conformes durante algun tiempo con la opinion de M. Legendre; pero examinando con mas atencion á muchos enfermos que nos han asegurado que jamás habian tenido ningun accidente primitivo, casi siempre hemos encontrado señales de algun chancro que habia pasado desapercibido del enfermo, y muchas veces hasta del mismo médico. De suerte, que hoy dia estamos de acuerdo completamente con la doctrina del ilustre cirujano del hospital del Mediodia.

M. Legendre dice que de sesenta y tres casos de sífilis, observados por él mismo, hubo catorce en los que se presentó una simple blenorragia como fenómeno anterior.

Pero ante todo hay que estar prevenidos contra esas anomalías aparentes, en las que se han desarrollado, al parecer, las sífilides sin que hayan sido precedidas por un chancro primitivo; nadie ignora, en efecto, cuán difícil es algunas veces depurar la verdad, cuando se trata de ciertos enfermos, ya sea por cálculo de estos, ya por su ignorancia, ya por la rapidez y por la fugacidad de esos mismos accidentes. Por lo demás, M. Ricord cree que en ciertos casos, ciertamente muy raros y completamente escepcionales, en los que no se ha observado ningun chancro exterior, ha existido siempre un chancro larvado dentro del canal de la uretra. Nosotros añadiremos, que después de tres años que la evidencia de los hechos nos

ha conducido á adoptar la doctrina que establece la necesidad de un chanero primitivo como punto de partida de los accidentes sífilíticos, no hemos encontrado nunca un solo hecho escepcional. Nosotros hemos examinado cuidadosamente algunos enfermos, y mas particularmente mujeres, afectadas por sífilides muy evidentes, y que decian no haber tenido ninguna ulceracion primitiva; pero esos mismos enfermos tampoco afirmaban haber padecido ninguna blenorragia, siendo sus aserciones tan inverosímiles, que no nos detendremos en examinarlas.

El chanero nos parece, pues, que constituye la causa mas comun de la sífilis; y aun diriamos la causa única, si algunos hechos muy decisivos no nos hubiesen hecho creer en la posibilidad del contagio de las placas mucosas y en la infeccion general determinada por este contagio.

¿A qué época y cuánto tiempo tardan en manifestarse las sífilides despues de la aparicion de los accidentes primitivos? Recordaremos aquí la division que hemos ya establecido acerca de las sífilides; estas pueden ser precoces ó secundarias, tardías ó terciarias. Las sífilides secundarias comprenden los exantemas, las pústulas, las pápulas y las escamas. Los tubérculos y las ulceraciones profundas pertenecen á las sífilides terciarias. Como intermediarias, y formando la union entre esos dos órdenes de fenómenos, tenemos las sífilides pigmentosas y las sífilides pústulo-crustáceas. Sin duda la aparicion de una sífilide no tiene lugar de un modo constante á una distancia fija é invariable del contagio, como sucede en la viruela y en la vacuna, despues de la introduccion del virus que determina estas dos afecciones; no obstante, hay ciertos límites en que antes y despues de los mismos no se ven desarrollar ordinariamente la mayor parte de las erupciones venéreas.

Las sífilides precoces aparecen raramente antes de las seis semanas de haber aparecido los fenómenos primitivos; es mas frecuente verlas sobrevenir mas tarde, á los cuatro ó cinco meses. Los accidentes tardíos aparecen generalmente al año ó á los dos, diez ó quince años despues de la manifestacion

de los accidentes primitivos. Cuando el retardo es mayor, ó cuando los fenómenos secundarios no se han desarrollado antes de la aparición de los accidentes terciarios, es casi siempre este fenómeno debido á un tratamiento mercurial bien dirigido.

Como causa de la sífilides indicaremos tambien otro modo de infeccion, cual es, la herencia. La sífilis hereditaria se manifiesta ordinariamente en los niños bajo la forma de sífilides; estas se desarrollan á menudo algunas semanas ó bien solamente algunos meses ó algunos años despues del nacimiento; raras veces se observan despues de la pubertad. Nosotros hemos visto, no obstante, en nuestras salas y en nuestras consultas algunas sífilides desarrolladas en varios jóvenes que nos afirmaron, con una creible buena fé, no haber tenido ningun contacto sexual, y en los que no hemos podido comprobar la menor señal de ningun accidente primitivo. Es muy importante hacer observar que la existencia de una sífilide en un niño supone tambien la existencia de accidentes primitivos en la madre durante su embarazo.

Además de las causas de las sífilides que acabamos de enumerar, hay aun otro género de circunstancias que entran en el número de las causas ocasionales. La enfermedad constitucional existe, pero está en estado latente y puede tambien seguir largo tiempo sin manifestarse, sino sobreviene una circunstancia accidental que la haga estallar. Esas causas ocasionales consisten en los escesos, las fatigas y las emociones morales vivas. Así que, nosotros hemos visto, hace ya algunos años, á un marino afectado de una sífilide tuberculosa y de ulceraciones en la lengua, las cuales se desarrollaron despues de haber arrostrado un naufragio con una gran exposicion de su vida durante muchas horas; habia padecido un chancro treinta años antes.

Debemos tambien mencionar la influencia de las estaciones; las sífilides son mas comunes durante el verano que en el invierno. Segun M. Legendre, el mes de Junio es la época en que se observan mayor número de sífilides.

Aquí se presenta una cuestión muy importante, cual es, la del contagio de las sífilides. ¿Son estas contagiosas? M. Ricord responde de un modo absoluto declarándose por la negativa. Nosotros creemos que la opinión de M. Ricord es verdadera de un modo general. No obstante, existen en la ciencia muchos hechos irrecusables que están en oposición con esta ley. Vidal (de Cassis) y M. Cazenave no consideran á las sífilides enteramente exentas del contagio; han citado observaciones y han practicado muchos experimentos que parecen probar esa propiedad contagiosa. Nosotros, como lo manifestamos después, creemos en la propiedad contagiosa de algunas especies de las sífilides vegetantes y de las placas mucosas.

II. — DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DE SIFILIDES EN PARTICULAR.

Después de haber espuesto los caracteres generales de las sífilides, su curso, su diagnóstico y su etiología, debemos abordar ahora el estudio de las diferentes variedades de dichas afecciones. En la práctica, es verdad que lo más importante y lo más útil para el tratamiento no consiste en reconocer si se trata de tal ó cual especie de sífilide, sino si la afección que debe tratarse, es una sífilide ó bien otra afección de diferente naturaleza. Por lo demás, es preciso decirlo, las circunstancias que sirven para diferenciar esas diferentes formas, no son á menudo más que unas graduaciones mejor detalladas en los libros que en la cabecera del enfermo.

En rigor podrian, pues, borrarse todas esas distinciones; pero observando, sin embargo, ciertos límites, porque hay siempre ventaja en precisar la especie de manifestación sífilítica, mientras que sea esto posible, bajo el punto de la ciencia y aun algunas veces del tratamiento.

Hechas estas observaciones, diremos que se han propuesto un gran número de especies de sífilides. Nosotros, colocándonos, para hacer esta división, en el terreno de las lesiones admitidas por todos, reconoceremos nueve va-

riedades, ó mas bien nueve especies de sífilides, á saber:

- 1.º Las sífilides pigmentarias.
- 2.º Las sífilides exantemáticas.
- 3.º Las sífilides vesiculares.
- 4.º Las sífilides pustulosas.
- 5.º Las sífilidis papulosas.
- 6.º Las sífilides ampollosas.
- 7.º Las sífilides escamosas.
- 8.º Las sífilides vegetantes.
- 9.º Las sífilides tuberculosas.

1.º SIFILIDE PIGMENTARIA O MACULOSA.—Esta forma de sífilide es generalmente desconocida, aunque hace ya algunos años que nosotros hemos llamado los primeros la atencion acerca de las alteraciones del color del tegumento esterno en la sífilis. Hasta entonces esta lesien solo fué indicada de una manera completamente vaga. Despues de esta época, un distinguido interno de los hospitales de París, M. Pillon, cuya excelente tesis debemos mencionar, se ha ocupado con éxito de esta afeccion y ha completado su historia. La sola diferencia que existe entre las ideas que M. Pillon ha emitido en su trabajo y las que nosotros profesamos, consiste en que este admite dos formas secundarias de sífilides pigmentarias y en que nosotros no reconocemos mas que una sola. Creemos esa distincion completamente inútil, porque no descansa mas que en una simple diferencia en la disposicion y agrupamiento de las máculas.

Esta variedad de sífilide está caracterizada por unas manchas de un color gris muy marcado, parecido al del café con leche y en nada semejante al tinte gris de la pitiriasis. Esas manchas no forman eminencia sobre el nivel de la piel, ni presentan ninguna descamacion, ni van acompañadas de dolor alguno, ni de comezons. Su estension es de un centímetro y algunas veces de dos ó tres; su figura es próximamente redondeada, sus bordes desiguales, y recortados; están colocadas las unas al lado de las otras y pueden cubrir un espacio bastante estenso.

Generalmente quedan aisladas, aunque algunas veces se tocan y se confunden por algunos puntos de su circunferencia, sobre todo en el cuello figurando una especie de jaspeados que circunscriben espacios de piel sana, haciendo resaltar la blancura de estos, de modo que pudiera creerse que esas manchas blancas son el sitio de la enfermedad. En sus límites exteriores esta especie de jaspeados se debilitan gradualmente perdiendo su intensidad y confundiéndose con la coloración normal de la piel. Por lo demás, el color agrisado de las manchas se debilita progresivamente á medida que la enfermedad camina hácia su curación.

Esas máculas tienen especialmente su asiento en el cuello en cuya región la piel es tan blanca y tan fina en la mujer; algunas veces rodean la totalidad del cuello y forman una especie de collar completo; en otros individuos solo aparecen en las partes laterales del cuello. También se observan en la parte anterior del pecho. Actualmente tenemos en nuestras salas una enferma, cuyo lábio superior se halla cubierto por dichas máculas, las que á cierta distancia simulan un bigote de pelo fino y de color poco intenso. M. Pillon las ha visto que afectaban las piernas. Hasta hoy día solo hemos encontrado esta forma en el sexo femenino. M. Pillon la ha observado en individuos del sexo masculino dotados de un temperamento linfático, y por consiguiente de una piel fina y delicada, muy semejante á la de la mujer.

La sífilide pigmentaria se manifiesta evidentemente al fin de los fenómenos secundarios; es, pues, un fenómeno tardío y que nosotros consideramos como intermediario entre los accidentes secundarios y entre los accidentes terciarios. Es muy tenaz y se resiste por largo tiempo á la medicación. Por lo demás, no se la puede oponer ningun tratamiento particular; con mucha lentitud desaparecerá bajo la influencia de un tratamiento general y su persistencia puede servir para medir la intensidad de la diátesis latente.

Basta haber observado una sola vez esta forma de sífilide para no olvidarla ya. Sus caracteres son tan marcados que es

muy difícil confundirla con cualquiera otra afección. Se distingue de la pitiriasis por la ausencia de las escamas y de las comezones; su sitio, la poca extensión de las manchas, su entrecruzamiento con las manchas blancas que figuran el estado normal de la piel, deben distinguirla de las efélides, las que raramente existen en el cuello y son por lo común más anchas.

Debemos mencionar en este lugar, como constituyendo otra especie de sífilide pigmentaria, el tinte gris de la piel que se observa en los enfermos atacados por la caquexia sífilítica. Esta coloración depende evidentemente de una modificación sobrevenida en el pigmento. No nos detendremos, sin embargo, en esa coloración que solo tiene importancia como un síntoma de la profunda alteración de la economía por efecto de una sífilis antigua.

2. ° SIFILIDE EXANTEMÁTICA.—La segunda variedad de las sífilides consiste en la sífilide exantemática ó sea la roseola sífilítica, que es uno de los síntomas más frecuentes y más precoces con los cuales se manifiesta la sífilis constitucional. Se puede decir, que este exantema no falta nunca, diga lo que quiera M. Cazenave, y si no siempre se encuentran señales del mismo, es porque no revelándose por ninguna sensación desagradable, esta erupción puede recorrer todos sus períodos sin que el enfermo y el médico se aperciban; en efecto, á menudo, una circunstancia fortuita es necesaria para revelar su existencia; el enfermo se apercibe casualmente de ella al salir de un baño, ó bien porque otra erupción más visible y más palpable llama su atención; otras veces el médico se la hace notar por primera vez después de un largo tiempo desde su aparición, cuando es consultado por otra manifestación sífilítica, ó bien por una afección de la garganta, por ejemplo.

Sea como fuese, este exantema está caracterizado por unas manchas del grosor de una lenteja hasta el de uno, dos ó tres centímetros, irregularmente redondeadas, algunas veces frangeadas y como recortadas en sus bordes, sin for-

mar eminencia, ó siendo esta apenas sensible por encima del nivel de la piel. Esas máculas pueden presentar diferencias en su color y en su configuracion tan manifiestamente marcadas que se las podria tomar por otras tantas erupciones diversas; de ahí proviene sin duda esa variedad de denominaciones con las cuales han sido designadas por los autores que han querido dar de las mismas una idea exacta. No obstante, la coloracion es casi siempre idéntica en el fondo y próximamente de la misma intensidad, y las variaciones individuales, que puede ofrecer la misma, dependen de las diferencias que puede presentar la piel, segun los individuos y segun las regiones del cuerpo del individuo afectado.

En cuanto á la intensidad ofrece diferentes graduaciones, segun sea la edad y el grado de la evolucion de las máculas, el color fundamental es ligeramente carminado, tanto mas franco en cuanto la piel tenga mas brillo y mas blancura; pero tambien puede ofrecer todos los matices de los colores de rosa y rojo; en general recuerda el color designado bajo el nombre de rosa de la China. Algunas veces tienen un color moreno cobrizo muy manifiesto. Las manchas del vientre son las que ofrecen mas brillo, y las de los miembros son tanto menos vivas, en cuanto estén mas distantes del tronco.

Cuando la erupcion ha llegado á cierta época de su desarrollo, este color moreno ó de rosa disminuye gradualmente hasta su completa desaparicion. En este período de decrecimiento, lo mismo que en su principio, esas manchas son tan poco visibles que es difícil percibir las, aun por los ojos ejercitados, y á menudo solo llega esto á conseguirse mirándolas oblicuamente y contra la luz y buscando ciertas posiciones é incidentes de la misma.

Generalmente las manchas son numerosas; unas veces están aisladas y completamente separadas las unas de las otras, disposicion que imita con bastante exactitud las manchas del sarampion, pero no cuando esta enfermedad está en el lleno de su evolucion, sino cuando las manchas están en el período de su declinacion y empiezan ya á desaparecer, lo cual

ha hecho que se diera á la afección que nos ocupa el nombre de *roseola sífilítica*. Otras veces las máculas son confluentes y dispuestas en grupos formando grandes superficies jaspeadas en las partes laterales de la base del pecho ó bien figurando círculos, medias lunas, rombos. Interceptadas por la coloración normal de la piel, presentan un aspecto jaspeado muy característico.

La presión del dedo hace desaparecer momentáneamente estas manchas, cuando son aun recientes, pero mas tarde no desaparecen ya. Algunas veces se cubren por una ligera descamación que cesa bien pronto para no renovarse.

La sífilide exantemática se desarrolla especialmente en el tronco, en la base del pecho, en el vientre y sobre todo en los vacíos, algunas veces en la cara interna de los miembros y muy raramente en la cara y en el cuello.

La erupción se produce unas veces rápidamente en el espacio de veinticuatro horas ó de sesenta, y otras aparece de un modo lento y progresivo tardando muchas semanas, pero en ambos casos se pueden comprobar casi siempre sus primeras señales en la base del pecho y en las partes laterales del vientre. Cuando la invasión es brusca, ordinariamente tiene lugar despues de cualquier esceso, despues de fatigas ó de una emoción viva, ó al salir de un baño. El segundo modo de invasión es muchísimo mas frecuente, y es raro en este caso, que la enfermedad se estienda á todo el cuerpo; lo comun es que se limite á una de las regiones que la erupción afecta mas particularmente.

Lo mismo que en todas las sífilides, no existe en esta variedad ni calor, ni dolor, ni comezón, en una palabra, ningún fenómeno de reacción local.

En algunos casos el exantema sífilítico vá acompañado en el momento de su erupción de los síntomas generales que forman el cortejo habitual de las fiebres eruptivas, tales como una excitación febril, inapetencia, náuseas, vómitos, fatiga y quebrantamiento de huesos; pero esos fenómenos son general-

mente poco pronunciados y fugaces, no tardando la salud en restablecerse.

Hemos dicho que la roseola sifilítica era uno de los primeros síntomas de la infección general del virus sifilítico; es muy raro que se declare antes de la tercera semana y después de pasados tres meses desde la aparición del fenómeno primitivo.

Los fenómenos concomitantes de esta especie de sífilide son numerosos. En primer lugar puede coincidir con todas las demás erupciones específicas precoces tales como las sífilides papulosa, pápulo-pustulosa, pustulosa y vesiculosa, las placas mucosas, la angina específica, y como consecuencia de esas coincidencias, existe muy á menudo un infarto de los ganglios cervicales acompañado de la caída de los cabellos. Nosotros debemos, sobre todo, mencionar los dolores reumáticos en la continuidad ó en la contigüidad de los miembros, que se exasperan por las tardes y por las noches, y la neuralgia temporal ordinariamente doble, tan frecuente y tan penosa para los enfermos, y que desde los primeros momentos se confunde tan frecuentemente con una neuralgia ordinaria. Esos dolores reumáticos y la neuralgia bitemporal, preceden comunmente á la roseola sifilítica y se continúan después de su aparición: son casi siempre un indicio de una profunda infección y presagian el desarrollo ulterior de accidentes mas graves que la erupcion actual.

El *diagnóstico* es siempre fácil, porque es raro que, en razon de la precocidad de este accidente, no se pueda comprobar en el enfermo la existencia ó señales irrecusables de un síntoma primitivo. No obstante, este elemento del diagnóstico puede faltar, y á primera vista se puede creer en la existencia del sarampion; sin embargo, se reconocerá esta última erupcion por el conjunto de los fenómenos generales, por otro lado intensos, y por el estado catarral de las mucosas oculares, pituitaria y bronquial. En cuanto á las diversas especies de eritemas, se distinguirán estos de la roseola sifilítica por las eminencias que forman por encima del nivel de la

piel y por las comezons y el dolor que los acompañan.

M. Cazenave ha descrito, sin razon, bajo el nombre de *eritema sífilítico*, una variedad de exantema caracterizado por unas manchas de un color rojo intenso, que forman una eminencia bastante marcada sobre el nivel de la piel y que van acompañadas de vivas comezons; estos son otros tantos síntomas enteramente estraños á la erupcion que acabamos de describir. Haremos observar que este exantema se encuentra en los individuos que padecen una blenorragia y están sometidos al tratamiento por el bálsamo copaiba, para que cualquiera se convenza fácilmente que esta erupcion no es otra cosa mas que el resultado de la accion de dicho medicamento y no del virus sífilítico. Es, pues, un exantema determinado por el copaiba el que M. Cazenave ha referido, equivocadamente, á la afeccion sífilítica.

Curso y duracion.—El curso de esta afeccion es ordinariamente agudo; algunas veces recorre todos los períodos de su evolucion en quince ó veinte dias; en otras persiste durante dos ó tres meses.

Generalmente termina por resolucion progresiva. Es raro que desaparezca por delitescencia, es decir, bruscamente. Cuando sobreviene esta última terminacion es entonces seguida á la aparicion rápida de otra erupcion, ó bien á una emocion moral viva. El tratamiento favorece especialmente la resolucion de esta enfermedad.

Pronóstico.—Como manifestacion cutánea, es esta erupcion benigna y no altera en manera alguna el tejido de la piel: como manifestacion sífilítica es mas grave; en efecto, es un indicio de una disposicion en virtud de la cual el enfermo queda siempre espuesto á la reproduccion de síntomas sífilíticos mas ó menos intensos y graves. No obstante, de todas las manifestaciones cutáneas de la sífilis, es aun aquella cuyo pronóstico es mas favorable.

3. ° SIFILIDE VESICULOSA.—Esta variedad es muy poco comun. Está caracterizada por una erupcion de vesículas que pueden afectar casi tantas formas cuantas se distinguen en las

afecciones vesiculosas de la piel que no son sifilíticas. Esas vesículas ofrecen una particularidad, á saber, que gozan de una gran persistencia y solo se rompen al cabo de muchos dias.

La sifilide vesiculosa se presenta bajo tres aspectos diferentes; a, *sifilide vesiculosa eczematososa*; b, *sifilide vesiculosa varioliforme*; c, *sifilide vesiculosa herpetiforme*.

a. *Sifilide vesiculosa eczematososa*.—Está caracterizada por unas pequeñas vesículas, ya diseminadas, ya reunidas en grupos, tan aproximados á veces como en el eczema. Esas vesículas están rodeadas por una areola de color cobrizo específico, la cual se confunde por sus bordes con las areolas inmediatas, formándose por su reunion unas anchas placas de un color rojo oscuro ó negruzco, sobre las cuales se elevan las vesículas. El líquido que estas contienen puede permanecer transparente y ser reabsorbido ó bien escaparse de la vesícula, sin que se observe consiguientemente otra cosa mas que la existencia de restos epidérmicos. Otras veces el líquido se altera, se pone amarillo, las vesículas se rompen, pero mucho mas tarde que en el eczema; entonces se forman costras, las que se desprenden y dejan únicamente en su lugar unas manchas oscuras mas ó menos estensas. Varias erupciones sucesivas de vesículas y de costras pueden prolongar la enfermedad durante mas ó menos tiempo. Pero despues de la caída de las últimas escamas, la mancha morena, que constituye el último vestigio de la afeccion, desaparece á su vez.

b. *Sifilide vesiculosa varioliforme*.—En esta forma, mas comun que la precedente, las vesículas están mas diseminadas y son mas gruesas; hay casos en que adquieren estas el volúmen de una lenteja, y parece que son mas bien ampollas que vesículas: unas veces son puntiagudas, otras globulosas y hay ocasiones en que son umbilicadas; contienen una serosidad que se enturbia rápidamente. Al rededor de esas vesículas existe una areola de color cobrizo muy marcado y ligeramente proeminente; ordinariamente en medio de esta emi-nencia es on donde se distingue la vesícula.

Al cabo de algunos días esas vesículas se rompen y son reemplazadas por unas costras bastante densas y adherentes, que tienen una coloración y un aspecto verdinegro eminentemente sifilítico. Esas costras caen dejando en su lugar una pequeña eminencia que se estingue y concluye por desaparecer por sí misma al cabo de cierto tiempo. Entonces no queda de la afección mas que una mancha cobriza, deprimida en su centro y que no tarda en extinguirse por sí misma.

c. *Sifilide vesiculosa herpetiforme*.—La sifilide de forma herpética se presenta, ya bajo el aspecto del herpe fictenoide, ya bajo el aspecto de herpe circinado. En el primer caso, está dicha especie de sifilide caracterizada por unas vesículas globulosas con la base de color cobrizo, y dispuestas formando grupos regulares; en el segundo caso las vesículas son menos voluminosas y están dispuestas las unas al lado de las otras siguiendo cierto orden, de modo que describen círculos enteros ó bien segmentos de círculo. Esas vesículas se hallan igualmente rodeadas por una areola de color cobrizo característico, cuyo tinte se vuelve cada vez mas oscuro, y se rompen al cabo de siete ú ocho días, siendo reemplazadas por unas pequeñas escamas muy finas que cubren unas manchas de una coloración igualmente negruzca. En ciertos casos, la piel de los enfermos presenta un aspecto muy semejante al color de la cebra. Cuando las escamas han desaparecido, quedan aun existentes las máculas específicas que dan á conocer la existencia mas ó menos remota de una afección sifilítica.

Esta variedad de sifilide no tiene ningun sitio de predilección perfectamente determinado. Se la observa en la cara, en el tronco y en los miembros.

Las sifilides vesiculosas son siempre precoces; se desarrollan entre el primero y cuarto mes, á contar de la época del contagio.

Del mismo modo que la roseola sifilítica, esas erupciones se hallan á menudo asociadas con otras formas de sifilides.

Los fenómenos concomitantes son los que ya hemos dejado enumerados.

Curso.—Sea cual fuere la forma de las vesículas, su curso es esencialmente crónico y la enfermedad dura generalmente muchos meses; ordinariamente esta especie de sifilide está sostenida por una sucesion de erupciones.

Pronóstico.—Es una afeccion local leve; pero, como todos los accidentes constitucionales, es un síntoma grave, porque anuncia una grande infeccion de la economía.

Diagnóstico.—Será siempre fácil de reconocer esta afeccion por la areola de color cobrizo que rodea las vesículas, por la eminencia papulosa que las sirve de base y por las pequeñas cicatrices cobrizas y punteadas que aquellas dejan comun-
te en pos de sí, etc.

4. ° SIFILIDE PUSTULOSA.—Es esta una variedad muy importante y que está caracterizada por la erupcion de pústulas.

Dicha forma de sifilide presenta tres variedades secundarias, que son: 1. ° la sifilide pustulosa acniforme; 2. ° el ectima sifilítico; 3. ° la sifilide pústulo-crustácea.

a. *Sifilide pustulosa acniforme.*—Esta variedad secundaria de las sifilides pustulosas, á la cual M. Cazenave ha dado el nombre que lleva, se presenta con unos caracteres muy marcados. Las pústulas que la constituyen ofrecen dos partes distintas; una base de un color rojo bastante vivo en un principio y que despues se pone moreña sin que llegue á supurar, y en un vértice que por sí solo forma la pústula propiamente dicha y encierra un líquido purulento, que se solidifica formando unas pequeñas costras amarillas ó negruzcas. Cada pústula está además rodeada por una areola rojiza muy marcada.

El acne sifilítica no tiene, como el acne ordinaria, un sitio de eleccion, sino que se halla unas veces diseminada por toda la superficie del cuerpo, y otras ocupa únicamente algunas regiones tales como el tronco, la cara ó los miembros superiores. Raras veces es confluyente; en otros casos las pústulas están dispuestas formando grupos.

La erupcion puede ser sub-aguda ó crónica; pero, sea cual fuere su modo de invasion, las pústulas del acné sifilítico son generalmente pequeñas y se desarrollan con bastante lentitud. Pueden permanecer quince dias ó tres semanas en un estado del todo estacionario; entonces se rompen y el líquido purulento que contienen se concreta en pequeñas costras desiguales, secas, grises, amarillentas ó negruzcas, y que tardan igualmente bastante tiempo en separarse. Cuando estas caen dejan al descubierto, ya una pequeña eminencia en forma de pápula, ya una superficie un poco deprimida, pero que siempre presenta un color cobrizo muy pronunciado; en algunos casos aparece en su lugar una pequeña ulceracion superficial seguida de una ligera cicatriz un poco deprimida, que se cubre á menudo de restos epidérmicos y que concluye por desaparecer completamente.

No es raro observar una sucesiva aparicion de erupciones y por consiguiente la prolongacion de la enfermedad durante muchos meses, sobre todo cuando ningun tratamiento antisifilítico no viene á detener su curso.

Esta erupcion se parece mucho al acné ordinaria; la pústula tiene una base que no supura y una areola de color rojo subido. Para distinguir esas dos afecciones, es preciso considerar primero el sitio; el acné se desarrolla especialmente en la cara, en el pecho y en el dorso, mientras que la sifilide acniforme no tiene un sitio de predileccion marcado, y si acaso tuviese alguno, estaria este en los miembros superiores. Pero los elementos del diagnóstico mas importantes consisten en los fenómenos concomitantes y en los antecedentes. Por último, despues de la caída de las costras, la forma deprimida y reticulada de la cicatriz y el color cobrizo vendrán tambien á ayudar al diagnóstico.

b. *Ectima sifilítico*—La segunda forma de la sifilide pustulosa es el ectima sifilítico, que es mas grave que la precedente, y tambien mas comun. Está caracterizada por unas pústulas bastante anchas rodeadas en su base por una areola de color rojo sombra; con bastante rapidez esas pústulas se

concretan formando unas costras morenas y negruzcas, que se desarrollan del mismo modo que las pústulas del ectima simple, pero gozando de mas larga duracion. Las pústulas del ectima sifilítico están ordinariamente aisladas y diseminadas; el cuero cabelludo y los miembros son las regiones en donde se desarrolla con mas frecuencia. Cuando esta afeccion tiene su asiento en el cuero cabelludo, casi siempre va acompañada de alopecia; entonces se manifiesta bajo la forma de unas pequeñas costras morenas y redondeadas, que se adhieren á los cabellos á los cuales arrastran cuando se caen.

Las pústulas principian algunas veces por la aparicion de una mancha roja y circunscrita, en el centro de la cual se eleva una vesícula; bien pronto la serosidad de esta vesícula se altera y transforma en pus, de modo que resulta una pústula de ectima, de lo que en su principio no era mas que una vesícula. Comunmente la pústula se desarrolla de repente al rededor de uno ó de muchos folículos pilíferos: esta pústula se rompe prontamente y se cubre de unas costras negruzcas ó de color verdoso, desiguales y pétreas. Debajo de esas costras, generalmente de poco espesor, se encuentra ordinariamente una ulceracion superficial y circunscrita por una areola de color cobrizo. Esas ulceraciones no tardan en cicatrizarse, dejando señales ligeras, aunque algunas veces son permanentes. Las cicatrices conservan tambien largo tiempo el color específico.

No es raro ver varias erupciones sucesivas de pústulas del ectima que aparecen antes de la completa curacion de la enfermedad. Esta erupcion, del mismo modo que la precedente, debe estar incluida en el número de los accidentes secundarios de la sífilis. Su diagnóstico es generalmente fácil: debe establecerse con arreglo á los caracteres generales de las sífilides.

c. *Sífilide pústulo-crustácea*.—Esta tercera variedad de las sífilides pustulosas, designada comunmente bajo el nombre de *rupia sifilítica*, es mucho mas grave que las dos variedades precedentes: está caracterizada por unas pústulas mas velu-

minosas, aproximadas y agrupadas las unas al lado de las otras. Por su aglomeracion dan lugar á la formacion de unas placas mas ó menos anchas, cuya forma nada tiene de especial. Cuando esas pústulas se rompen, el líquido purulento que contienen se concreta formando unas costras densas y adherentes, cuyo espesor va aumentándose por una nueva secrecion.

En ciertos casos las costras de mas grosor parecen formadas por varias costras sobrepuestas. Generalmente son duras, verdosas, morenas ó negras, pétreas, desiguales, cubiertas de eminencias, que les da cierta semejanza con las conchas que se encuentran en las orillas del mar; en algunas costras esas eminencias son obtusas y parecidas á las conchas de la ostra; por la percusion dan muchas veces el sonido de olla cascada. Unas veces traspasan esas costras los límites de las ulceraciones á las cuales cubren, y otras, por el contrario, estas se estienden mas allá de los bordes de las primeras; hay casos en que parecen como engastadas en esas pérdidas de sustancia.

En cuanto á las ulceraciones, aparecen estas despues de la caida de las coneciones, y son redondeadas, anchas, profundas, con los bordes cortados perpendicularmente, anfractuosas y con el fondo agrisado: en una palabra, tienen todos los caractéres de las úlceras sifilíticas. Las cicatrices que les suceden son indelebles, violáceas en un principio, despues de color rojo cobrizo, mas tarde blancas, y por último completamente mates. A menudo tienen un aspecto reticulado y semejante á un panal de miel.

Tampoco es raro observar varias erupciones sucesivas de pústulas y de costras que se suceden unas á otras, que invaden progresivamente toda una region y hasta la mayor parte del cuerpo y que dan lugar á esas señales caracteristicas que desfiguran algunas veces, de un modo tan repugnante, á los desgraciados que se hallan afectados por esa enfermedad.

Esta última forma, que se cura en un sitio para reaparecer en otro inmediato, constituye una variedad de la sífilis

llamada serpiginosa, cuya lesion elemental es ya una pústula, ya un tubérculo.

Las dos primeras formas de las sífilides pustulosas son unos fenómenos secundarios y algunas veces un poco tardíos. Van acompañadas por los accidentes llamados secundarios, á saber: por las placas mucosas, el infarto de los ganglios cervicales posteriores, las ulceraciones de la garganta, etc.

La sífilide pústulo-crustácea es marcadamente un accidente terciario y por consiguiente se halla asociada á los fenómenos concomitantes que acompañan á las manifestaciones tardías de la sífilis, como son, las exóstosis, los tumores gomosos, los infartos parciales de la túnica albugínea, etc.

Sin embargo es fácil preveer, por decirlo así, la época aproximativa en la que puede aparecer la sífilide pústulo-crustácea. Necesariamente debe manifestarse bastante tiempo despues de la desaparicion de los fenómenos primitivos. Es raro, en efecto, que se la vea nacer en los primeros meses posteriores á esa desaparicion; generalmente no aparece mas que al cabo de algunos años, y algunas veces despues de quince, veinte ó treinta años; á menudo coincide con la forma tuberculosa.

Pronóstico.—El pronóstico de la sífilide pústulo-crustácea es siempre bastante grave, ya como lesion local por los estragos que esta afeccion puede causar, ya como afeccion general; en efecto, denota una infeccion profunda é inveterada de la economía, cuyos efectos son muy difíciles de hacer desaparecer completamente; la existencia de la caquexia sífilítica viene á agravar el pronóstico.

Diagnóstico.—Generalmente el diagnóstico es muy fácil á causa de la fisonomía particular y de los caracteres especiales y tan marcados de la enfermedad y de los fenómenos concomitantes; no obstante puede haber y á menudo hay dudas; en cierto período de la sífilide pústulo-crustácea, la escrófula se la parece, en efecto, en sus caracteres exteriores; entonces es cuando es muy útil averiguar los fenómenos concomitantes y los que han precedido á la enfermedad.

5. ° SIFILIDE PAPULOSA.—La sífilide papulosa es la forma que mas comunmente se observa y uno de los fenómenos secundarios mas precoces : coincide muy á menudo con la roseola sífilítica y tampoco es raro verla asociada con otras formas, por ejemplo, con la forma vesiculosa : hemos dicho ya que esa polimorfia constituye el carácter habitual de las sífilides.

La sífilide papulosa está caracterizada por una erupcion de pápulas que se presentan bajo el aspecto de unas pequeñas eminencias redondeadas y aplanadas, que no tienen ninguna tendencia á ulcerarse y que difieren de los tubérculos sífilíticos por su volúmen mucho mas pequeño y por la falta de ulceraciones.

Describiremos dos variedades de sífilides papulosas bastante distintas por su forma exterior y por su sitio : 1. ° la sífilide papulosa lenticular ; 2. ° y la sífilide papulosa aplanada.

a. *Sífilide papulosa lenticular.*—Está caracterizada esta variedad por unas pequeñas manchas que sobresalen por encima del nivel de la piel y forman unas eminencias del volúmen y forma de una lenteja, que tienen un aspecto lustroso. El color varía segun el período en que se examina la erupcion. Al principio el color de dichas manchas es de rosa ó rojizo y algunas veces apenas se presentan sonrosadas ; mas tarde, al cabo de quince ó veinte días, no tarda en volverse mas oscuro, hasta adquirir el tinte cobrizo característico. Este color *sui generis* persiste algunas veces largo tiempo despues de la desaparicion de las pápulas y se vuelve tambien completamente oscuro. En los primeros tiempos el color desaparece bajo la presion del dedo ; pero desde el momento en que las pápulas han adquirido el tinte oscuro ó cobrizo, la presion del dedo no lo hace desaparecer de un modo completo.

En un cierto período de su evolucion, esas pápulas se cubren de unas escamas ligeras, finas y delicadas y se ven rodeadas por una faja blanca de la que ya hemos hablado anteriormente, y que resulta del desprendimiento de la epi-

dérmis. Cada pápula puede ser el asiento de muchas descamaciones sucesivas.

La erupcion se efectúa ya rápidamente, ya de un modo lento é insensible. En el primer caso, todo el cuerpo se cubre de pápulas en el espacio de dos á tres dias. Pero este modo de invasion es muy raro; ordinariamente el desarrollo de la erupcion no es tan rápido. Sea cual fuere el modo como apareciere, la erupcion papulosa no se efectúa á la vez sobre toda la superficie del cuerpo: las pápulas nacen por sucesivas apariciones y á menudo se encuentran en un punto pápulas naciescentes al lado de otras pápulas completamente desarrolladas, y á mas distancia se perciben algunas que van ya en declinacion. Este trabajo patológico puede durar de este modo por espacio de muchos meses.

En general, al cabo de un mes ó de seis semanas, las pápulas se estinguen y solo se observan unas manchas cobrizas, que despues toman un color oscuro; mas tarde aun, no es raro observar en el sitio de la pápula una ligera depresion juntamente con una cicatriz muy delgada. Por último, la coloracion oscura desaparece por sí misma y solo queda la pequeña cicatriz deprimida que á su vez no tarda en estinguirse.

La sífilide papulosa lenticular se manifiesta en el tronco, especialmente en el dorso y en los vacíos. Pero la region que afecta con preferencia es la region posterior del cuello y la nuca. Tambien se la observa á menudo en la cara y en los miembros.

Añadiremos que por razon de su misma naturaleza, esta erupcion no presenta ni dolor, ni calor, ni comezones. Si en sus primeros tiempos sobrevienen algunos ligeros fenómenos generales, no tardan estos en desaparecer. Del mismo modo que en la roseola sífilítica, se ve frecuentemente á la sífilide papulosa ir precedida por dolores neurálgicos en la cabeza.

Los fenómenos concomitantes consisten en diversos accidentes secundarios, como son: las placas mucosas, el infarto indolente de los gánglios cervicales posteriores, la

alopecia, el eritema y la ulceracion del istmo de la garganta, etc.

El *curso* de esta afeccion es esencialmente crónico, sobre todo cuando no se la opone ningun tratamiento; á menudo las pápulas permanecen en un estado estacionario durante varios meses; algunas veces la enfermedad se prolonga á causa de nuevas erupciones que vienen á reemplazar á las que ya han desaparecido.

Diagnóstico.—Nada hay tan fácil como reconocer esta afeccion. La forma y el color cobrizo de las pápulas y la falta de comezones caracterizan de tal modo la afeccion, que con algun hábito, á primera vista se pueden distinguir las pápulas sifilíticas no solo de las demás sífilides, sino tambien de las afecciones cutáneas ordinarias. Solo puede haber dificultades en el principio ó en la declinacion de la erupcion.

La especie de sífilide que mas se aproxima á la que nos ocupa es la sífilide tuberculosa. Pero esta variedad es un accidente eminentemente terciario y generalmente va acompañada de ulceracion.

Las erupciones ordinarias que pueden simular la sífilide papulosa, son: el líquen, el prúrigo, el *acne indurata* y el eritema papuloso. Pero el líquen y el prúrigo se reconocerán muy fácilmente por la ausencia de la coloracion *sui generis* de la sífilide, por la viva comezon que forma su carácter fundamental, y sobre todo por la ausencia de los fenómenos sífilíticos concomitantes. Las mismas observaciones son aplicables á las otras dos afecciones; á mas, en el eritema papuloso, las eminencias son mas considerables y el color avinado que presenta la piel es mas difuso y estenso. En el *acne indurata*, hay que notar el curso crónico y uniforme de la erupcion y la permanencia con que continúa fijo en la parte superior del tronco.

El *pronóstico* es igual al de las afecciones exantemáticas y vesiculosas; la sífilide papulosa es una forma poco grave y que se resiste ordinariamente poco á un tratamiento racional.

b. *Sífilide papulosa aplanada.*—Esta variedad secun-

daria de la sifilide papulosa no difiere de la precedente mas que por la modificacion de la forma y de la configuracion que presentan las pápulas. Está caracterizada dicha variedad por unas eminencias mas voluminosas, mas estensas y menos acumuladas que las pápulas lenticulares. Pueden aquellas tener las dimensiones de medio centímetro. Al cabo de algunas semanas pierden su lustre y se resuelven siguiendo las mismas fases y las mismas transformaciones que las precedentes. Esas pápulas se cubren á menudo de escamas bastante densas en la cara y en la barba. La frente es el sitio de predileccion de esta erupcion, la que tambien se manifiesta algunas veces en el dorso y en la parte anterior del pecho.

Aparte de las ligeras diferencias que acabamos de señalar, los demás caractéres son absolutamente los mismos que en la primera variedad.

6. ° SIFILIDE AMPOLLOSA.—La sifilide ampullosa, descrita tambien bajo el nombre de pénfigo sifilítico (*pemphigus neo-natorum*), se observa esclusivamente en los niños recién nacidos. Los pies y las manos son el principal asiento de esta enfermedad. Algunas veces existe ya la época del nacimiento, pero es lo mas comun que se manifieste algunas horas ó algunos dias despues del mismo: al principio aparecen unas manchas de color rojo violácio: despues, sobre esas manchas aparecen unas ampollas que pueden alcanzar el volúmen de un guisante grueso ó de una avellana y contienen un líquido amarillento ó de un color enteramente citrino. Al cabo de algunos dias esas ampollas se rompen y dan lugar á unas ulceraciones superficiales que se cubren á su vez de costras.

Al lado de esos fenómenos locales existen síntomas generales. En su principio la enfermedad se desarrolla generalmente en los niños que, en apariencia, presentan todos los atributos de una completa salud; pero, algunos dias despues de la aparicion de la enfermedad sobreviene el adelgazamiento, vómitos, diarrea y un considerable deterioro de la economía, á cuyos fenómenos no tarda mucho tiempo en seguir la muerte. Algunas veces, antes del término fatal, se

sucedén muchas erupciones y prolongan de este modo la enfermedad. En ciertos casos raros, las ampollas se deprimen y se forman unas costras que se secan y caen : debajo de estas costras se encuentra una cicatriz y entonces el niño enfermo se cura.

Debemos al doctor Krauss una excelente tesis acerca de esta especie de pénfigo; pero el autor ha cometido el error de no hacerla dependiente de la sífilis. MM. Pablo Dubois y Cazenave han sido los primeros que han pensado en incluir esta afeccion en las manifestaciones de la sífilis constitucional. M. Dubois ha visto siempre á los padres del enfermo impregnados por el virus sífilítico en el momento de la concepcion. Sin embargo, debemos decir que esta opinion no ha sido aceptada por todos los médicos y que la cuestion no nos parece completamente juzgada. Hemos tenido ocasion de observar recientemente un caso favorable á la opinion sostenida por el profesor Pablo Dubois; era un pénfigo sífilítico perfectamente marcado en un niño recién-nacido; la curacion tuvo lugar, siéndonos imposible el encontrar la menor señal de antecedentes sífilíticos en los padres. M. Ricord ha propuesto otra esplicacion; se sabe que el pénfigo sobreviene en los sujetos que han estado sujetos, de cualquier modo que fuere, á la miseria, á una mala alimentacion, que han sufrido pesares; etc.; aplicando esas consideraciones etiológicas al pénfigo de los niños, M. Ricord hace remontar la causa de esta afeccion á la debilidad de la madre, y considerando que el útero de una mujer enferma y debilitada constituye para el feto una habitacion insalubre, piensa que el pénfigo es el resultado de esas pésimas condiciones higiénicas. Pero, si esa esplicacion ingeniosa tuviese algun fundamento, se debería encontrar el pénfigo en los niños pequeños y enclenques, y esto no es así: al contrario, los niños nacen fuertes y vigorosos, teniendo todas las apariencias de una buena salud y solo les falta poder continuar viviendo. El adelgazamiento y la debilidad solo sobrevienen despues de la enfermedad.

Añadiremos que no se observa jamás la forma ampollosa en los adultos que padecen la sífilis y que esto es tambien un argumento en contra la naturaleza sifilítica del pénfigo de los recién-nacidos.

7. ° SIFILIDE ESCAMOSA.—Las afecciones sifilíticas escamosas son bastante comunes. Se las encuentra especialmente afectando la palma de las manos y la planta de los pies, en el tronco y en los miembros; hay, no obstante, que advertir que, en las afecciones sifilíticas, se hallan algunas veces escamas que pertenecen á otras lesiones elementales y que no son mas que el último período de diversas erupciones anteriores.

Las sifilides escamosas están caracterizadas por la existencia de unas escamas que descansan sobre una superficie de color cobrizo oscuro, cuya coloracion tiene un diámetro mayor que la escama, de modo que forma alrededor de esta una areola de color cobrizo. Esas escamas son bastante adherentes y presentan, como carácter general pero no constante, la existencia en su circunferencia de una especie de bordado blanquizco, sobre el cual ha insistido mucho Bielt.

La sifilide escamosa afecta tres formas diferentes que constituyen otras tantas variedades secundarias, que son: a, la *sifilide circinada* ó *lepra sifilítica*; b, la *psoriasis sifilítica*; c, la *sifilide córnea*.

a. *Sifilide circinada*.—El principal carácter de esta afeccion consiste en su disposicion circular. La erupcion forma círculos ó segmentos de círculo próximamente del diámetro de unos tres centímetros, y que están constituidos por unas ligeras eminencias de un color rojo oscuro, sobre las cuales se ven unas escamas finas, blanquizcas, delgadas, no superpuestas, cuya configuracion basta para diferenciarla de la lepra vulgar ordinaria. Esos círculos ó segmentos de círculo persisten durante cierto tiempo; despues la eminencia disminuye, las escamas desaparecen, y queda una mancha, cuya coloracion aumenta de intensidad y adquiere cada vez mas el color cobrizo especial. Esta mancha, á su vez, disminuye y

se estingue del todo sin tardanza; algunas veces, antes de su desaparicion, se observan varias descamaciones sucesivas en las que las escamas son de cada dia mas finas.

El cuello y los miembros son el sitio de eleccion de esta variedad de las sifilides escamosas; tambien se la observa en los lábios y en el menton.

La lepra vulgar sifilítica es ordinariamente un fenómeno secundario, que va acompañado las mas de las veces de alguna otra afeccion de la misma clase, como por ejemplo, de las placas mucosas, los infartos de los ganglios cervicales posteriores, etc.

b. *Psoriasis sifilítica*.—Al lado de la lepra vulgar sifilítica colocaremos la psoriasis sifilítica, caracterizada por unas eminencias ordinariamente redondeadas ú ovaladas, otras veces por círculos ó segmentos de círculo irregulares. Esas eminencias, de un color cobrizo oscuro, se hallan cubiertas por unas escamas que no están sobrepuestas, ni tienen el espesor que se observa en la psoriasis ordinaria, sino que son mucho mas delgadas. Las placas no tienen generalmente una grande estension y están separadas las unas de las otras por unos intervalos de piel sana.

Al cabo de cierto tiempo, las eminencias oscuras se estinguen, las escamas caen, y como siempre quedan unas simples manchas que tambien desaparecen un poco mas tarde.

La psoriasis sifilítica se encuentra á menudo asociada á otras formas de las sifilides secundarias y particularmente á la forma papulosa; en ciertos casos hasta parece que la forma escamosa es consecutiva á las pápulas que se borran poco á poco para dejar escamas en su lugar. Ordinariamente se presenta en una época poco distante del contagio sifilítico.

Diagnóstico.—La psoriasis sifilítica se reconoce principalmente por el color cobrizo de las placas, por su poca estension, por el poco espesor de las escamas y por la coincidencia de algun otro fenómeno sifilítico muy evidente.

Es verdad que en la psoriasis comun se encuentran á menudo manchas de cierto color cobrizo y escamas dispuestas

del mismo modo; pero hay que recordar entonces que la psoriasis vulgar afecta especialmente las rodillas y los codos, lo cual nunca se observa en la sífilis; y es sobre todo en esos casos dudosos en que tienen tanta importancia los fenómenos concomitantes que se hallan generalmente asociados á la psoriasis específica.

La psoriasis sífilítica puede tambien presentarse bajo otro carácter enteramente particular, determinado por el sitio especial que ocupa; puede afectar las manos y los pies. No es raro, en efecto, el ver á la sífilides escamosa revistiendo la forma de la *psoriasis palmaria* y *plantaria*. La presencia aislada de la psoriasis en esas regiones constituirá siempre una gran presuncion en favor de su naturaleza sífilítica. En esta afeccion la palma de las manos y la planta de los pies se hallan cubiertas por grietas, por hendiduras y hasta por verdaderos surcos que se estienden á veces hasta los bordes de esas regiones, hasta el puño y hasta por encima de los maléolos. Comunmente existe igualmente al rededor de las escamas una especie de bordado al realce de color rojo oscuro enteramente especial; la erupcion afecta algunas veces la forma circular ó semicircular. Por último, las escamas son mas delgadas y mas finas que en la psoriasis ordinaria.

c. *Sífilide córnea*.—Esta forma se observa tambien ordinariamente en la palma de las manos y en la planta de los pies. Está caracterizada por unas pequeñas placas redondeadas muy poco proeminentes y rodeadas por una areola de color cobrizo muy marcado. La epidérmis es dura, tiene la consistencia córnea y da por la percusion con la uña un sonido seco y á macizo; si se separa esta epidérmis, se conoce fácilmente que se ha transformado en una verdadera produccion córnea profundamente introducida en el espesor del dérmis: esta produccion córnea tiene mucha semejanza con la alteracion epidérmica designada con el nombre de callo. Sus caracteres son tan marcados que es suficiente haberla visto una sola vez para no olvidarla ya, ni confundirla jamas con las demás alteraciones de la piel.

Se encuentran tambien algunas veces en la palma de las manos y en la planta de los pies unas manchas morenas y violáceas, igualmente de naturaleza sifilítica, y que solas pudieran embarazar á un médico poco atento ó poco ejercitado en el diagnóstico de las enfermedades de la piel; pero esas manchas solo tienen de comun, con la variedad de sifilide en la que nos estamos ocupando, la coloracion y el sitio que afectan.

La sifilide córnea no es muy rara; es un fenómeno secundario que se desarrolla poco tiempo despues de la desaparicion del accidente primitivo; va ordinariamente asociada á la *sifilide papulosa*, y segun nuestro modo de ver, creemos que esta forma descrita por todos los autores como una enfermedad escamosa, no es mas que una erupcion papulosa, que debe su aspecto particular al espesor de la epidérmis de las regiones en donde se desarrollan las pápulas. Del mismo modo que en todas las sifilides, en las diversas formas escamosas no sobrevienen ni dolor, ni comezones.

8.º SIFILIDE VEGETANTE.—Hay dos especies de sifilides vegetantes; a, las *placas mucosas*; b, y las *escrescencias sifilíticas*.

a. *Placas mucosas*.—La mas comun y la mas importante de esas dos variedades es ciertamente la placa mucosa descrita tambien con los nombres de *sifilide papulosa húmeda*, de *tubérculos aplanados*, etc.

La placa mucosa está caracterizada por unas eminencias redondeadas ó bien ovaladas de consistencia blanda semejante á la de las membranas mucosas, cuyo carácter le ha dado el nombre que lleva. Unas veces rodeadas de una aureola rojiza, otras sin ella, las placas mucosas principian á manifestarse por una ligera hinchazon acompañada del rubor de la parte en donde deben mas adelante fijarse; la epidérmis no tarda luego en separarse dejando al desaparecer una superficie ya rojiza y sanguinolenta, ya cubierta por una sustancia gris y pastosa, resultante de una secrecion plástica mucopurulenta.

Habitualmente exhalan las placas mucosas un olor fétido estremadamente desagradable. Sobre las membranas mucosas las pápulas húmedas forman por lo comun una emi-nencia apenas apreciable, y otras veces la base en que des-cansan está indurada, sus bordes se hacen prominentes, se invierten y entonces pasan al estado de verdaderos condilo-mas. Por último, en lugar de ser prominentes, las placas mu-cosas se presentan algunas veces deprimidas en su centro, sin que se note hinchazon en los bordes. Su superficie puede presentar en ciertos casos muy raros fisuras, erosiones hasta pequeñas ulceraciones.

Al contrario de lo que se observa en las demas sifilides, las placas mucosas van acompañadas de ardientes comezons y de dolores muchas veces vivos, sobre todo cuando afectan el ano, la vulva y se hallan en los espacios interdigitales. Las placas mucosas pueden tambien ser el punto de partida de una inflamación y dar lugar á la formacion de abscesos; esto es lo que se observa algunas veces en los grandes lábios.

La placa mucosa es quizás la mas comun de todas las erupciones sifilíticas; regularmente constituye el primer sín-toma de la sífilis constitucional y viene á asociarse á la mayor parte de las sifilides precoces.

Esta afeccion es mas frecuente en la mujer que en el hombre. Las regiones en las que se desenvuelve mas fre-cuentemente son; en la mujer, la vulva y los grandes y los pequeños lábios; en el hombre, el prepucio y el escroto; y en ambos séxos, el ano, las inmediaciones de la boca, las comisuras y la cara interna de los lábios, las amígdalas, a faringe, los pilares del velo del paladar y la lengua; se la observa tambien en la cara interna de los muslos, en las alas de la nariz, en los sobacos, en el ombligo; en una palabra, en todas las mucosas que se hallan en contacto con el aire y todas las partes de la piel que por su estado de calor y de humedad habituales, se encuentran en condiciones análogas á las de las mucosas. Observaremos igualmente que el roce es una circunstancia favorable que favorece su desarrollo.

Tambien se han visto desarrollar placas mucosas en otros puntos del cuerpo, por ejemplo, en el cuero cabelludo y en la frente.

Comunmente la placa mucosa aparece sobre una parte de la piel ó de la mucosa primitivamente sanas. En casos muy raros se desarrollan sobre un chancro en estado de ulceracion ó sobre un chancro cicatrizado.

b. *Escrecencias sifilíticas*.—Al lado de las placas mucosas continuaremos las escrecencias sifilíticas, tales como las *verrugas*, las *coliflores*, los *condilomas*, etc. Ora conservan esas escrecencias el color del tejido en el que están implantadas, ora presentan un color rojo vivo, análogo al de la frambuesa. A menudo forman unos pequeños tumores del volúmen de un cañamon; otras veces tienen la dimension de una nuez ó mas aun; ora tienen pedículo, ora carecen de él; hay casos en los que forman un grupo que se parece á una cresta de gallo ó á una coliflor: esas diversas variedades en su forma y en su aspecto son las que las han valido los diversos nombres con los cuales se las ha designado.

Aunque en la mayoría inmensa de los casos se admite la naturaleza sifilítica de esas escrecencias, es preciso no olvidar que muy á menudo se observan en el ano y en la vulva escrecencias perfectamente semejantes á las que acabamos de describir, sin que sea posible poder averiguar la menor señal de sífilis, ya sea en el estado actual, ya en los antecedentes del individuo que las presenta.

9.° *SIFILIDE TUBERCULOSA*.—Se designan con el nombre de tubérculos sifilíticos de la piel á unos tumores redondeados, de una consistencia bastante dura, del volúmen de un guisante y algunas veces de una nuez, cuyo color es rojo cobrizo característico y que existen sin dolor ni prurito.

La sifilide tuberculosa no es la mas frecuente de las sifilides; es una de las mas raras y al propio tiempo de las mas graves. Es una sifilide tardía, que pertenece al órden de los fenómenos terciarios. Es raro que aparezca como primer accidente constitucional. Se manifiesta ordinariamente despues

de los síntomas sífilíticos de diferentes formas; tampoco es raro verla desarrollarse en individuos que han padecido accidentes sífilíticos quince, veinte ó treinta años antes y que, durante este largo intermedio, han gozado de todos los atributos de una buena salud.

Esta variedad puede invadir todas las partes del cuerpo, pero se desarrolla mas particularmente en la cara, en la parte posterior del tronco, en la region escapular y en la cara dorsal de los miembros superiores é inferiores.

Los tubérculos sífilíticos tienen su asiento en las capas profundas del dérmis ó en el tejido celular sub-cutáneo. Principian á desarrollarse por el infarto de los conos celulares de la cara interna de la piel ó del tejido celular que tapiza esta membrana.

Segun su disposicion y su modo de terminacion, los tubérculos sífilíticos presentan, segun los autores que los han descrito cuatro variedades distintas que consisten en: a, *la sífilide tuberculosa agrupada*; b, *la sífilide tuberculosa diseminada*; c, *la sífilide tuberculosa perforante*; d, y *la sífilide tuberculosa serpiginosa*.

Vamos ahora á describir todas esas diversas especies, haciendo, no obstante, una reserva respecto de la sífilide tuberculosa diseminada, la cual nos parece que no es otra cosa mas que una sífilide papulosa exagerada.

a. *Sífilide tuberculosa agrupada*.—Es la variedad mas comun; los tubérculos se presentan en ella con aspectos muy diversos. Los unos, pequeños y duros al tacto, no forman mas que un ligero relieve sobre la piel; pero su base parece que ocupa todo el espesor de esta; la mayor parte son mas voluminosos, adquieren el grosor de un guisante, de una avellana ó de una pequeña nuez. Su disposicion es algunas veces muy irregular, pero ordinariamente tienen una figura circular mas ó menos exacta, y forman por su aproximacion y por su disposicion círculos ó segmentos de círculo. El area del círculo ordinariamente exenta de tubérculos tiene siempre un color mas oscuro que la piel sana; muy á menudo está ocupada

tambien por una ligera cicatriz de color rojo oscuro, cobrizo, cubierta ó no de escamas. Hé aquí cómo se forman esos círculos; uno ó varios tubérculos aparecen primero en un punto circunscrito; al cabo de cierto tiempo se estinguen y se resuelven comunmente con la formacion de una cicatriz. Mientras que esos tubérculos se marchitan, nacen otros al rededor de ellos y el círculo se encuentra así formado con los caractéres que hemos indicado.

Puede suceder que la enfermedad se cure en uno ó muchos puntos de la circunferencia, mientras que continúa su evolucion en los demás; la disposicion circular se halla casi interrumpida, y entonces se ven segmentos de círculo en lugar de círculos completos.

Los tubérculos, que forman un anillo, son muchas veces distintos los unos de los otros; pero á menudo tambien se confunden por sus bordes y, reuniéndose, forman un rodete continuo en toda su estension.

En su principio los tubérculos son de un color rojo bastante vivo; mas tarde se ve aparecer el color cobrizo especial, propio de las erupciones sifiliticas. Al propio tiempo la superficie de los tubérculos es tersa, lisa y lustrosa. La epidermis muy fina y transparente que los cubre hace resaltar su color cobrizo sobre el de la piel inmediata.

El curso de esta afeccion es esencialmente crónico. Los tubérculos se desarrollan lentamente sin color ni dolor, sino en ciertos casos escepcionales, de fatigas y de excesos en la bebida.

La duracion de los tubérculos es siempre muy larga. Sucede á menudo que uno ó varios grupos de estos pequeños tumores desaparecen en un punto, mientras que se manifiestan otros en otra region, y por medio de esta sucesion de erupciones la enfermedad puede prolongarse durante mucho tiempo.

Lo mas común es que esta enfermedad termine por resolucion; los tumores se estinguen, su superficie se vuelve escamosa y muy pronto solo es dable reconocerla por una

mancha de color específico; despues, á esa mancha sucede una cicatriz deprimida é indeleble. Esta cicatriz prueba que la piel, sin haber estado ulcerada, ha padecido, no obstante, una profunda alteracion en su textura. Otras veces, el centro de los tubérculos se reblandece y sobrevienen unas ulceraciones redondeadas cubiertas de costras de un color verdinegro. Mas tarde se efectúa la cicatrizacion formándose una cicatriz deprimida, primero violácea, pero que despues se pone blanca.

La sífilide tuberculosa agrupada se presenta sobre todo en la cara, en los lábios, en el menton y alrededor de las alas de la nariz. Constituye un fenómeno sífilítico tardío que se observa ordinariamente muchos años despues de la infeccion de la sífilis.

El diagnóstico de esta afeccion es ordinariamente fácil; el sitio de la erupcion, el color cobrizo, la disposicion redondeada y la ausencia de fenómenos locales son los principales caracteres con cuyo auxilio se la podrá reeocer.

b. *Sífilide tuberculosa diseminada*.—Se ha dado el nombre de sífilide tuberculosa diseminada á una erupcion caracterizada por el desarrollo de unos tubérculos redondeados, del volumen de un guisante, lustrosos, de color rojo oscuro, y diseminados sobre diversas regiones, principalmente en la cara, en el tronco y en los miembros superiores. Esos tubérculos, de los cuales hay algunos que están dispuestos figurando círculos mas ó menos regulares, se cubren al cabo de cierto tiempo por una escama blanca, fina y delgada; no son susceptibles de ulcerarse; despues desaparecen, dejando en su lugar primero una pequeña mancha oscura y deprimida y despues una ligera cicatriz, que ordinariamente no persiste.

Esta erupcion no va acompañada ni de dolor, ni de comezónes. Es un fenómeno secundario que sobreviene solamente muchos meses despues del fenómeno primitivo: se la encuentra asociada á otras erupciones precoces y principalmente á la sífilis papulosa. Para nosotros, la sífilide tuberculosa diseminada no es verdaderamente mas que una sífilide papulosa

exagerada: la frecuente asociacion de esta última forma, la época de la aparicion de los tubérculos, la falta de ulceracion y de cicatrices profundas y estables, son otras tantas razones para separar los tubérculos diseminados de las demás formas tuberculosas y considerarlos como una erupcion papulosa.

c. Sifilide tuberculosa perforante.—Hemos llegado á la variedad mas grave de las sifilides tuberculosas. Ordinariamente principia por la aparicion en diferentes puntos del cuerpo, pero particularmente en la cara y en los miembros, de unos tubérculos del volúmen de una avellana, de una nuez y hasta de un huevo de gallina, cuya coloracion presenta todos los matices ya indicados en las dos primeras variedades, tales como el rojo vivo, el rojo oscuro, el rojo cobrizo, etc. Esos tubérculos, en número variable, se hallan á veces completamente aislados y en otros casos reunidos en número de dos, tres ó cuatro; en este último caso, ya se les vé irregularmente diseminados, ya dispuestos en figura circular. Jamás cubren á un tiempo toda la superficie del cuerpo, y cuando se encuentran enfermos, cuyo cuerpo, está por decirlo así, cubierto de cicatrices sifilíticas, que al parecer deben referirse á esta variedad de sifilide, debe suponerse que ha habido varias erupciones sucesivas.

Al cabo de cierto tiempo, los tubérculos, antes llenos y duros, se reblanecen despues, su piel se altera y adelgaza, mas adelante se perfora y resulta de este fenómeno una ulceracion mas ó menos profunda, con el fondo gris, purulento, y con los bordes cortados perpendicularmente. Esas ulceraciones se cubren de costras analógicas á la que hemos descrito al hablar de la sifilide pustulosa; y que son de color verdinegro, á veces completamente negras, rugosas y desiguales. Dichas costras adquieren un espesor á veces considerable, y ya lo hemos dicho, cubren las ulceraciones, ó completamente ó tan solo en parte. Tambien pueden caer y renovarse varias veces, y durante todo este tiempo, las ulceraciones, sobre las que descansan sin estenderse superficialmente, aumentan en

profundidad y corroen todos los tejidos que encuentran, del mismo modo que las escrofulides perforantes. Los cartílagos; los mismos huesos, no pueden detener su curso destructor, así es cómo se ven perforadas la mejillas y los labios, los cartílagos de la nariz, ulcerada la bóveda palatina, y establecida una ancha comunicacion entre la cavidad bucal y las fosas nasales. De ahí se originan esas horrosas deformidades y esas repugnantes incomodidades que sobrevienen en esos desgrados aquejados por la afeccion que nos ocupa, y que se convierten para ellos mismos y para las personas que les rodean en un objeto de fastidioso disgusto.

Para completar el cuadro de esta hedionda enfermedad, añadiremos que, lo mismo que en las demás variedades de las sífilides, no existen en ella ni dolor, ni comezónes, ni prurito; es verdaderamente admirable, á buen seguro, que una enfermedad tan grave pueda desarrollarse sin presentar reaccion local ni general. No obstante, no es raro observar, á pesar de la ausencia del dolor, una alteracion mas ó menos grave en la constitucion; una caquexia que pertenece á la época de la sífilis en la que se desarrollaron esos tubérculos.

Aunque la afeccion haya llegado á ese grado de intensidad puede aun curarse, ya sea espontáneamente, ya bajo la influencia de tratamiento convenientemente dirigido. Las ulceraciones se modifican, sus bordes se rebajan, el fondo cubierto de mamezones tiende á elevarse hasta la superficie de la piel, y entonces se efectua la cicatrizacion, pero los enfermos presentan unas cicatrices deformes, deprimidas, fruncidas é indelebles.

Cuando dichas ulceraciones son recientes, tienen un color rojo oscuro violáceo característico, mas tarde se ponen blancas y toman un color mate, cuanto mas antiguas sean; algunas de estas cicatrices son lisas, de superficie igual, pero la mayor parte son desiguales y están cubiertas de bridas inodulares: es raro que su nivel sea mas elevado que el de la piel, antes bien casi siempre son deprimidas. La forma, la estension y el aspecto de esas cicatrices bastan generalmente para revelar su naturaleza.

La sífilide tuberculosa perforante puede afectar todas las partes del cuerpo, pero tiene una particular predilección por la cara y la nariz.

Es un fenómeno terciario que coincide raramente con otras erupciones, pero que va á menudo acompañado de exostosis, de tumores gomosos y de un estado general caquéctico. Raras veces aparece antes de los diez y ocho meses ó dos años despues de la erupción; comunmente se le ve desarrollar despues de muchos años de la desaparición de los accidentes primitivos.

El diagnóstico es por lo general fácil, sea cual fuere la época de la enfermedad. La forma y el volúmen de los tubérculos, el aspecto de las ulceraciones y de las costras, los fenómenos arteriales y concomitantes, el curso de la afección y el carácter mismo de las cicatrices son otros tantos signos que servirán al médico para descubrir la naturaleza de la enfermedad.

El pronóstico es muy grave, la sífilide perforante es una enfermedad larga, que tiende siempre á ganar en profundidad, cuyos progresos difícilmente pueden detenerse y que solo se cura dejando unas cicatrices muy visibles; la coexistencia de los fenómenos de la caquexia sífilítica aumenta también muchísimo la gravedad del pronóstico. No obstante, cuando la constitución no está alterada, un tratamiento racional seguido por espacio de mucho tiempo y hábilmente aplicado, puede triunfar del mal y lograr la curación de ulceraciones muy profundas.

d. *Sífilide tuberculosa serpeginosa*.—Lo mismo que la precedente esta cuarta variedad de las sífilides tuberculosas se halla caracterizada por su estremada tendencia á estenderse, pero difiere de ella en que, en lugar de estenderse en profundidad, lo efectúa en superficie.

Principia á desarrollarse por muchos tubérculos, ya irregularmente dispuestos, ya colocados formando un círculo, acompañados de pústulas. Esos tubérculos se reblandecen prontamente, las pústulas se rompen y resulta de este fenó-

meno la formacion de ulceraciones ordinariamente bastante superficiales que se cubren de costras negras, desiguales y densas.

Al cabo de cierto tiempo, esas costras caen espontáneamente y dejan ver una cicatriz violácea y algo desigual; pero al propio tiempo, se desarrollan en las inmediaciones otros tubérculos ó bien otras pústulas que se ulceran tambien, mientras que una tercera erupcion se manifiesta mas lejos para sufrir las mismas modificaciones. Unas veces la estension de la enfermedad tiene lugar sin presentar interrupcion alguna, y es que la misma placa progresa y aumenta ensanchándose; otras se ve aparecer en una region mas ó menos próxima una nueva erupcion. Por lo comun, esas erupciones tienen lugar en épocas bastante próximas las unas de las otras, y se suceden, por decirlo así, de modo que á menudo se encuentra el enfermo presentando todas las edades de la enfermedad, á saber: las lesiones elementales, como son, los tubérculos ó pústulas, las ulceraciones y las costras, las cicatrices violáceas, y despues las cicatrices blancas reticuladas ya antiguas.

Al rededor de la erupcion serpeginosa existe una aureola cobriza muy marcada; su configuracion es casi constantemente redondeada ó bien ovalada; no hay dolor, ni comezones; en una palabra, se encuentran en esta afeccion todos los caractéres de las sifilides. La salud general se conserva algunas veces, pero pueden desarrollarse tambien los fenómenos de la caquexia sifilítica.

El verdadero carácter de esta variedad de las sifilides tuberculosas consiste en que la erupcion serpentea al manifestarse al exterior.

El curso, la duracion, el diagnóstico y el pronóstico no presentan nada de particular, ni se prestan á ninguna nueva consideracion. La sifilide serpeginosa pertenece al número de los fenómenos terciarios. Nada tenemos que añadir á lo que hemos dicho con este objeto en la precedente variedad; la sifilide serpeginosa es, sin embargo, menos grave; cede mas

pronto al tratamiento y deja cicatrices menos profundas. Por lo demás, esas dos formas van frecuentemente asociadas.

III.—TRATAMIENTO DE LAS SIFILIDES.

El tratamiento de las sifilides es el de la sífilis en general. El médico debe antes que todo combatir el estado general, y solo puede conseguirlo por medio de los antisifilíticos. Pero al lado del tratamiento general, hay que tomar algunas precauciones especiales que no deben olvidarse.

Lós principales medios empleados consisten en los preparados metálicos; se han preconizado los preparados de plata y de oro, pero esos medios son muchas veces ineficaces, así que generalmente han sido abandonados. El antisifilítico por excelencia es el mercurio; adminístrese un preparado mercurial, cualquiera que sea; el licor de Van-Swieten, las píldoras de Dupuytren, las de Sedillot, etc., y se obtendrá casi siempre un resultado satisfactorio. No obstante debemos decir que, según nuestro entender, el mejor medio de administrar el mercurio consiste en darlo bajo la forma de proto-ioduro, según la siguiente fórmula:

Proto-ioduro de mercurio.....	1 gramo.
Tridacio.....	2 —

Háganse s. a. 40 píldoras.

Se administran primero una, después dos, tres ó cuatro píldoras por día, y no se pasa nunca de esta última dosis. Al mismo tiempo se acompaña el preparado mercurial con los accesorios ordinariamente empleados en la sífilis, como son las tisanas de guayaco; de zarzaparrilla, de saponaria ó de lúpulo.

Los medios que acabamos de indicar son suficientes en las sifilides exantemáticas, vesiculares y pustulosas; pero hay otras variedades en las que los preparados mercuriales no bastan, y en las que hay que apelar al ioduro de potasio.

Como se vé, las sifilides, bajo el punto de vista del tratamiento mercurial, se dividen en dos clases; las unas, que son las sifilides secundarias, ceden al tratamiento mercurial solo;

las otras, que constituyen la segunda clase formada por las manifestaciones tardías de la sífilis y que pertenecen á una época avanzada de la sífilis, como son los tubérculos y las pústulas de antigua fecha, reclaman los preparados mercuriales y los preparados iodurados.

El mejor medio para asociar con los preparados mercuriales el ioduro de potasio, consiste en administrar esos dos remedios separadamente y á diferentes horas; el ioduro de potasio se toma en una tisana, por ejemplo, en la de lúpulo y se administran 1, 2 ó 3 gramos de ioduro de potasio por un litro de tisana, y 1 ó 2 píldoras de proto-ioduro de mercurio por día.

Nosotros hemos obtenido buenos resultados algunas veces en las sifilides tuberculosas, sobre todo, en la variedad perforante, empleando la siguiente preparacion.

Agua destilada.....	250 gramos.
Ioduro de potasio.....	16 —
Bi-ioduro de mercurio.....	0.05 ó 0.10 centigramos.

Para tomar una cucharada ordinaria en una taza de tisana.

Tambien se emplean algunos tópicos; estos consisten simplemente en ciertos casos en lociones emolientes ó cataplasmas para hacer desprender las costras; pero cuando esas costras son duras y cubren profundas ulceraciones, no es preciso separarlas inmediatamente, sino que vale mas modificar antes el estado general. Obrando de este modo sucede á menudo que las ulceraciones se curan debajo de las costras; estas se caen por sí mismas y dejan en su lugar unas cicatrices ya formadas.

En algunos casos de sifilide tuberculosa perforante ó serpeginosa y aun tambien de ulceracion, de ectima sifilítico, se emplea con ventaja para facilitar y apresurar la cicatrizacion de las úlceras, una pomada, cuya fórmula es como sigue:

Manteca.....	30 gramos.
Proto-ioduro de mercurio.....	0.50 centigramos.

Algunas veces tambien, en iguales circunstancias, se apresura la cicatrizacion de dichas úlceras por medio de cauterizaciones practicadas con el nitrato de plata,

Por último, en las sífilides que desaparecen difícilmente y sobre todo cuando la constitucion general del sugeto parece alterada, es preciso recurrir á las aguas minerales, tales como las de Baréges, de Bagneres-de-Luchon, de Uriage, etc. Estas aguas son muy eficaces para completar la curacion que aun no es perfecta. Pero si la enfermedad es todavía visible, es preciso continuar el tratamiento mercurial durante la administracion de las aguas.

Las aguas minerales sulfurosas están indicadas tambien en otra circunstancia, cuando hay incertidumbre acerca de la naturaleza precisa de una afeccion cutánea y los caracteres sífilíticos no se hallan muy marcados. Si la enfermedad es sífilítica, las aguas causarán el efecto de hacer aparecer algun síntoma bien característico, sobre todo las aguas sulfurosas, porque gozan esa propiedad reveladora en muy alto grado: lo mismo sucede con las aguas de Louesche, aunque no contienen nada de azufre.

En el tratamiento ordinario, se debe añadir á lo que hemos dicho ya, los baños simples y sulfurosos. En los niños y en los individuos que no pueden soportar el mercurio al interior, se reemplaza esto con los baños de sublimado. Por último, tambien se podrán prescribir las pomadas de calomelanos, ciertas lociones astringentes en las placas mucosas, los cáusticos en las vegetaciones y el aceite de enebro en ciertas formas escamosas y tuberculosas.

Como accesorio importante, debemos indicar tambien el tratamiento higiénico que comprende la abstinencia de todo alimento escitante, del vino puro, del café y de licores; deben evitarse al mismo tiempo las fatigas y las vigiliass. Algunas veces por no querer someterse á esas reglas, hay enfermos que ven prolongarse por largo tiempo su enfermedad, á pesar de la administracion de los medicamentos convenientes.

FIN.

Los últimos, son las sílidas que desaparecen definitivamente y sobre todo cuando la coagulación general del suero se hace completa, se pueden recurrir á las aguas minerales, tales como las de Brides de France, de Juncos de Linares, etc. Estas aguas son muy eficaces para combatir la aterosclerosis, pero no es posible. Pero si la enfermedad es local, se pueden recurrir al tratamiento local, como el uso de las aguas minerales, cuando hay aterosclerosis local, como la aterosclerosis de una arteria cutánea (de las aterosclerosis sílidas no se hallan muy marcadas. Si la aterosclerosis sílida, las aguas minerales de electo de usar, cuando el tratamiento local es necesario, sobre todo las aguas sulfurosas, porque estas, en propiedad, refieren un muy alto grado: lo mismo sucede con las aguas de Luchon, cuando no contienen nada de azufre.

En el tratamiento ordinario, se debe acudir á lo que he mos dicho ya, las baños simples y sulfurosos. En los niños y en los individuos que no pueden soportar el tratamiento local, es recomendable usar los baños de sulfuro. Por último, también se pueden prescribir las pomadas de calomelanos, ciertas lociones astringentes en las placas muosas, las lociones en las venitas y el aceite de cedro en ciertas lociones escamosas y laberinticas.

Como accesorio importante, debemos indicar también el tratamiento higiénico que comprende el abstinencia de todo alimento estante, de vino puro, de café y de licor; de por evitar el mismo tiempo, las fatigas y las temidas. A las personas que no pueden soportar á esas reglas, hay que indicar que son prolongarse por largo tiempo en el tratamiento de la administración de los medicamentos con-

INDICE ANALÍTICO.

PROLOGO.—Páginas 5 á 11.

I.—INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.

—LESIONES ELEMENTALES.—Once

lesiones elementales: 1. ° Máculas.

—2. ° Exantemas.—3. ° Vesículas.

—4. ° Ampollas.—5. ° Pústulas

(psidráceas y fíizáceas).—6. ° Pá-

pulas.—7. ° Escamas.—8. ° Tu-

bérculos.—9. ° Manchas hemáti-

cas.—10. ° Alteraciones de la se-

crecion sebácea.—11. ° Productos

parasitarios.—Páginas 13 á 19.

CLASIFICACIONES. — Historia.—

Clasificación anatómica.—Clasifica-

cion de Alibert.—Clasificación por

el autor.—Diez clases.—Primera

clase, manchas, deformidades.—

Segunda clase, inflamaciones loca-

les.—Tercera clase, enfermedades

parasitarias.—Cuarta clase, fiebres

eruptivas.—Quinta clase, erupcio-

nes sintomáticas.—Sesta clase, her-

pes.—Sétima clase, escrofulides.—

Octava clase, sífilides.—Novena cla-

se, cánceres.—Décima clase, enfer-

medades exóticas.—Pág. 19 á 26.

II.—DE LOS HERPES.—De las

afecciones herpéticas en general.—

Historia de la palabra herpes.—Defi-

nición de los herpes.—A qué cosa los

antiguos llamaban *virus herpético*.—

En qué es defectuosa la denomina-

cion de *virus herpético*.—Síntomas.

—Caractéres generales de los her-

pes.—Curso y duración.—Terminaciones.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Etiología.—Tratamiento.—Pág. 27 á 40.

III.—DELEZEMA.—Primer grado.—Segundo grado.—Tercer grado.—Fenómenos generales.—Curso y duración.—Terminaciones.—Sitio anatómico del eczema.—Error de Cazenave.—Pág. 41 á 50.

IV.—VARIETADES DEL ECZEMA.

—A. VARIETADES SEGUN EL AS-

PECTO: 1. ° Eczema simple.—Car-

actéres.—Diagnóstico.—Proností-

co.—2. ° Eczema rubrum.—Fenó-

menos locales.—Fenómenos gene-

rales.—Diagnóstico.—Curso y du-

racion.—Pronóstico.—3. ° Eczema

agrietado.—Caractéres.—4. ° Ec-

zema impétigo.—Caractéres.—Fe-

enómenos locales.—Fenómenos ge-

nerales.—El impétigo y el eczema

son una sola y misma enfermedad.

—Curso y duración.—Diagnóstico.

—Pronóstico.—Pág. 51 á 58.

B. VARIETADES DEL ECZEMA

SEGUN LA CONFIGURACION: 1. ° Ec-

zema figuratum.—2. ° Eczema num-

mular.—3. ° Impétigo sparsa y ec-

zema difusum.—Pág. 58 á 59.

C. VARIETADES DEL ECZEMA

SEGUN EL SITIO: 1. ° Eczema pi-

laris.—2. ° Eczema capitis.—3. °

Eczema de la cara.—4.º Eczema de los pechos.—5.º Eczema del ombligo.—6.º Eczema de los órganos genitales.—7.º Eczema de las manos y de los pies. *a* Forma crónica. *b* Forma aguda.—Pronóstico.—Tratamiento.—8.º Impétigo sycosiforme.—9.º Impétigo acniforme.—Pág. 59 á 67.

Complicaciones.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Etiología.—Tratamiento general.—Tratamiento local.—Tratamiento higiénico.—Página 67 á 78.

V.—DEL LIQUEN.—Historia.—Definición.—Síntomas locales.—Síntomas generales.—Sitio anatómico del liquen.—Opiniones de M. Cazenave.—Pág. 79 á 83.

VARIEDADES DEL LIQUEN.—Variedades segun el aspecto: 1.º Líquen simple.—2.º Líquen circunscrito.—3.º Líquen agrinus.—4.º Líquen inveterado.—5.º Líquen urticatus.—6.º Líquen giratus.—7.º Líquen trópicus.—8.º Líquen lívidus.—9.º Líquen pilaris.—10.º Líquen podicis.—P. 83 á 88.

Curso.—Terminaciones.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Etiología.—Causas predisponentes.—Causas ocasionales.—Tratamiento local.—Tratamiento general.—Tratamiento higiénico.—Pág. 88 á 94.

VI.—DE LA PSORIASIS.—Etiología.—Definición.—Síntomas generales.—Los generales faltan á menudo.—Curso y duracion.—Páginas 95 á 99.

VARIEDADES.—VARIEDADES SEGUN LA FORMA: 1.º Psoriasis guttata.—2.º Psoriasis circinada ó lepra vulgar.—3.º Psoriasis gyrata.—4.º Psoriasis difusa.—Págs. 99 á 101.

VARIEDADES SEGUN EL SITIO: 1.º Psoriasis comunis.—2.º Psoriasis capitis.—3.º Psoriasis de la cara.—4.º Psoriasis de los párpados.—5.º Psoriasis palmaria y plantaria.—6.º Psoriasis unguum.

—7.º Psoriasis general.—Página: 101 á 104.

Diagnóstico.—Pronóstico.—Etiología.—Tratamiento local.—Tratamiento general.—Tratamiento higiénico.—Pág. 104 á 110.

VII.—DE LA PITIRIASIS.—Etiología.—Definición.—Analogía que existe entre la pitiriasis y el eczema á cierto período.—Página 111 á 112.

VARIEDADES DE LA PITIRIASIS: 1.º Pitiriasis alba ó comun.—2.º Pitiriasis rubra.—3.º Pitiriasis negra.—4.º Pitiriasis pilaris.—Páginas 112 á 116.

Sitio anatómico de la pitiriasis.—Curso y duracion.—Etiología.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento local.—Tratamiento general.—Tratamiento higiénico.—Páginas 116 á 121.

VIII.—DE LAS ESCROFULIDES.—Historia.—Definición.—Caracteres comunes de las escrofulides (rubor, hinchazon, cicatrices, ausencia de reaccion local y general).—Curso.—Complicaciones.—Sitio.—Página 123 á 126.

VARIEDADES: 1.º escrofulide eritematosa.—2.º Escrofulide pustulosa.—3.º Escrofulide verrugosa.—4.º Escrofulide tuberculosa.—5.º Escrofulide flegmonosa.—6.º Escrofulide córnea.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento: 1.º medios generales.—2.º Medios locales.—Pág. 126 á 139.

IX.—DE LAS SIRILIDES.—Historia.—Pág. 141.

CARACTERES GENERALES DE LA SIRILIDES: 1.º Coloracion.—2.º Forma.—3.º Ausencia de dolor y de comezones.—4.º Polomorfia.—5.º Fenómenos secundarios.—6.º Sitio.—7.º Fenómenos concomitantes.—Fenómenos generales.—Curso.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Etiología.—Necesidad de un chancre infectante (Ricord).—Opinion

de Legendre.—Pág. 141 á 154.

VARIEDADES DE SIFILIDES : 1. ° Sifilide pigmentaria ó maculosa.—Su sitio de predileccion.—2. ° Sifilide exantemática (roseola sifilítica).—Caractéres.—Sitio especial.—Fenómenos concomitantes.—Diagnóstico.—Curso y duracion.—Pronóstico.—3. ° Sifilide vesiculosa.—Variedades : *a* Sifilide vesiculosa eczematosa. *b* Sifilide vesiculosa varioliforme. *c* Sifilide vesiculosa herpetiforme.—Epoca de la aparicion de las sifilides vesiculosas.—Curso y duracion.—Pronóstico.—Diagnóstico.—4. ° Sifilide pustulosa.—*a* Sifilide pustulosa acniforme.—Caractéres.—Curso y duracion.—Diagnóstico.—*b* Ectima sifilítico.—Sifilide pustulosa.—Crustácea.—Fenómenos concomitantes de las sifilides pustulosas.—Epoca de la aparicion de esas erupciones.—Pronóstico.—Diagnóstico.—5. ° Sifilide papulosa.—Variedades : *a* Sifilide papulosa lenticular.—Caractéres.—Modo de aparicion de la erupcion.—Sitio.—Fenómenos concomitantes.—Curso y duracion.—Diagnóstico.—*b* Sifilide pustulosa aplanada.—Caractéres.—Sitio.—6. ° Sifilide ampollosa (pénfigo sifilítico especial de los niños).—Epoca de su aparicion.—Opinion de M. Pablo

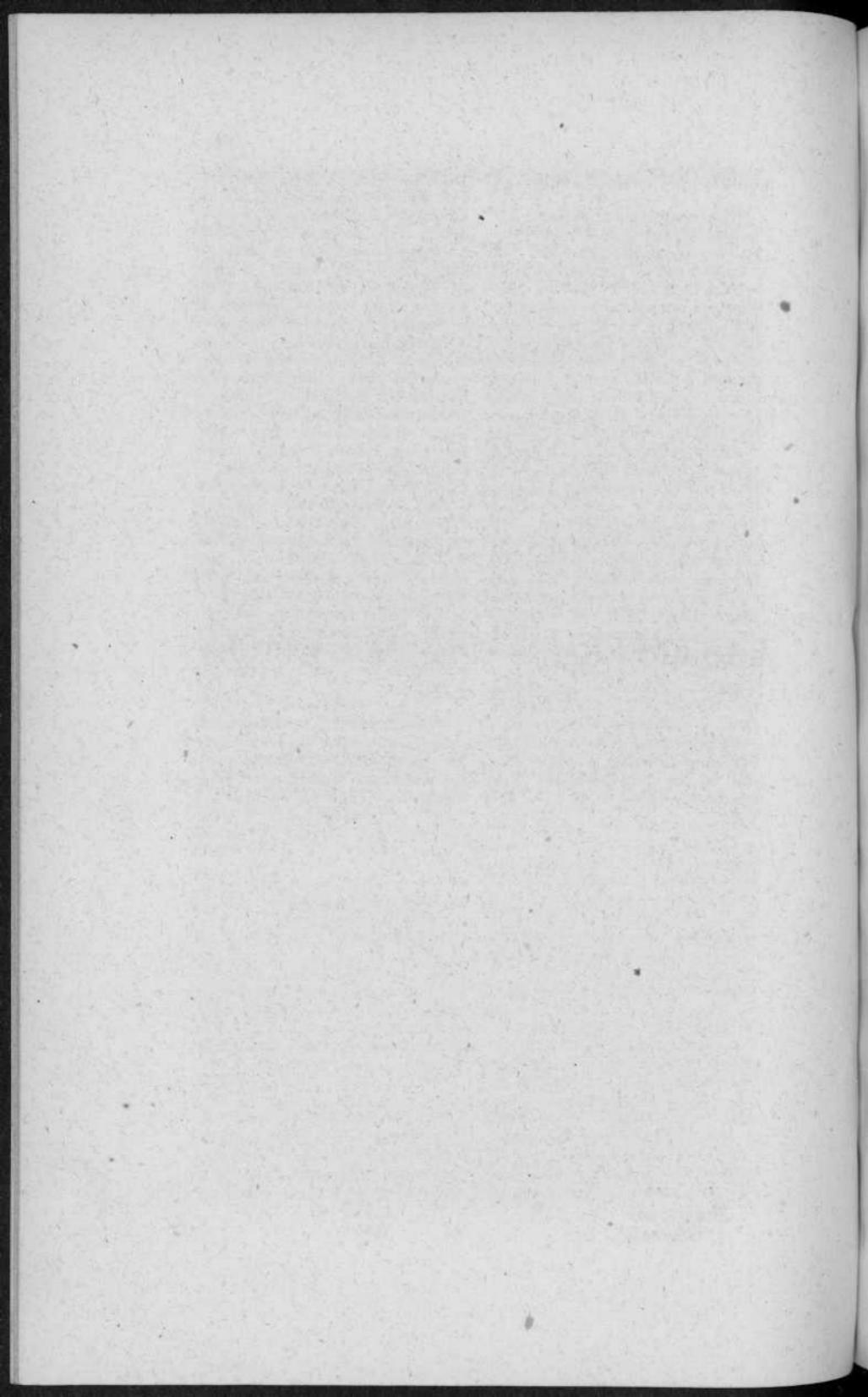
Dubois.—Opinion de M. Ricord.—7. ° Sifilide escamosa—*a* Sifilide circinada.—*b* Psoriasis sifilítica.—Afecta especialmente la planta de los pies y la palma de las manos.—Diagnóstico.—Pronóstico.—*c* Sifilide córnea.—Caractéres.—Tambien afectan especialmente la palma de las manos y la planta de los pies.—8. ° Sifilide vegetante.—*a* Placas mucosas.—Caractéres.—Sitio.—Eczemas frecuente en la mujer que en el hombre.—*b* Escrecencias sifilíticas (verrugosas, coliflores, condilomas).—9. ° Sifilide tuberculosa.—Formas secundarias : *a* Sifilide tuberculosa agrupada.—Caractéres.—Curso y duracion.—Terminaciones.—Sitio.—Diagnóstico.—*b* Sifilide tuberculosa diseminada.—Caractéres.—*c* Sifilide tuberculosa perforante.—Caractéres.—Fenómenos generales.—Terminaciones.—Sitio.—Es un fenómeno terciario.—Diagnóstico.—*d* Sifilide serpeginosa.—Caractéres.—Curso invasor de la afeccion.—Curso y duracion.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Pág. 154 á 187.

—TRATAMIENTO DE LAS SIFILIDES.—Tratamiento de los accidentes secundarios.—Tratamiento de los accidentes terciarios.—Medios higiénicos.—Página 187 á 189.

LECCIONES

DE

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.



LECCIONES

ACERCA DE
LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

por el doctor Hardy.

POR EL DOCTOR ALBERTO GARRIER.

LECCIONES

ACERCA DE

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.

MADRID.

IMPRESA DE EL CLARO PUBLICO.

LECCIONES

DE

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.

LECCIONES
ACERCA DE
LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

ESPLICADAS EN EL HOSPITAL DE SAN LUIS

por el **Doctor Hardy,**

catedrático de clínica de las enfermedades de la piel en la Facultad de Medicina de
Paris, médico del hospital de San Luis, caballero de la Legión de Honor, etc.

REDACTADAS Y PUBLICADAS

POR EL DOCTOR ALMIRO GARNIER,

ex-interno de los hospitales.

REVISADAS Y APROBADAS POR DICHO CATEDRÁTICO.

SEGUNDA PARTE.

**Máculas y deformidades de la piel.—Enfermedades cutáneas
accidentales.—Enfermedades parasitarias.**

VERTIDAS AL CASTELLANO DE LA SEGUNDA EDICION

POR D. GABRIEL RAMON Y ADROVER,

del Cuerpo de Sanidad militar.



MADRID.

IMPRENTA DE EL CLAMOR PUBLICO,

A CARGO DE D. D. NAVARRO Y FERNANDEZ,
calle de Lope de Vega, núm. 45.

1864.

LECCIONES

LECTURAS DE

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

EMPLEADAS EN EL HOSPITAL DE SAN LUIS

por el Doctor Hardy,

conferente de clínica de las enfermedades de la piel en la Facultad de Medicina de París, médico del Hospital de San Luis, exdirector de la Sección de Honor, etc.

REVISADAS Y CORREGIDAS

por el Doctor ALEJANDRO GARRNER,

ex-interno de los hospitales.

REVISADAS Y APROBADAS POR DICHO CATEDRÁTICO.

SEGUNDA PARTE.

Miércoles y dolencias de la piel.—Enfermedades cutáneas
accidentales.—Enfermedades parasitarias.

TRADUCIDAS AL CASTELLANO DE LA SEGUNDA EDICIÓN

por D. GABRIEL TAYNOR Y ABRONER,

del Cuerpo de Sanidad Militar.

MADRID.

IMPRESA DE EL CLAMOR PÚBLICO.

A CARGO DE D. M. NAVARRO Y SERRANO,
calle de Lope de Vega, núm. 43.

1864.

PRÓLOGO DE LA PRIMERA EDICION.

Al publicar la segunda parte de mis lecciones acerca de las enfermedades de la piel, no tengo necesidad de recordar los principios que me han guiado en el estudio y en la enseñanza de esas afecciones, y que han sido espuestos en mi primera publicacion. Solamente añadiré, que he procurado clasificar todas las enfermedades de la piel en diez grupos ó familias naturales, comprendiendo especies que se parecen por sus caracteres generales de causalidad, curso é indicaciones terapéuticas, aunque á menudo parecen muy diversas relativamente al aspecto de las erupciones. He insistido mucho acerca de la ventaja práctica de este modo mucho mas simple de comprender las enfermedades de la piel, por lo que no creo deber detenerme mas en este particular.

Se podrá criticar la formacion de algunos grupos; se podrá discutir la admision de tal ó cual enfermedad en un grupo ó en otro; poco importa esto: no pretendo que mi clasificacion esté al abri-

go de toda objecion, pero creo que debo defender la utilidad de los grandes grupos que siempre han estado en el espíritu de los médicos prácticos, y que no han sido de nuevo aceptados tan fácilmente; á pesar de estar apoyados en hechos positivos y ser fecundos en resultados prácticos. Solo los que han acogido las opiniones contrarias en publicaciones anteriores pueden desconocer la importancia de este modo de ver y oponerse á la doctrina que sustentamos. Nuestros contrarios seguirán las ideas que crean mejores, pero es lo cierto, que la clase de las escrofulides y la de las enfermedades parasitarias están apoyadas en bases tan sólidamente establecidas en la nosología cutánea, como pueda estarlo la de las sífilides debida á los trabajos de Alibert y de Bielt, y admitida por todos los prácticos desde hace mas de treinta años.

Hace ya un año que publiqué mis lecciones acerca las enfermedades diatésicas de la piel y espuse las descripciones de los herpes, de las escrofulides y de las sífilides; entonces sometí al mundo médico mis lecciones acerca las enfermedades de la piel independientes de toda diátesis y describí, segun mis observaciones clinicas: 1.º las deformidades de la piel; 2.º las enfermedades inflamatorias simples de la piel, ya fuesen puramente locales, ya coincidiesen con un estado general de la economía, pero que tienen siempre por carácter principal el ser un accidente y no una manifestacion necesaria de un estado constitucional permanente; y 3.º las enfermedades parasitarias tales como las comprendemos

M. Bazin y yo, y tales como deben ser consideradas despues de los mas recientes trabajos. Para el estudio de las enfermedades de esta última clase, he tenido que dedicarme á las investigaciones micrográficas indispensables, y hubiera deseado juntar al texto, para su mayor inteligencia, las láminas necesarias; pero esas láminas me han parecido una reproduccion tan completa de las de M. Bazin, que he dudado en publicarlas; nada puedo hacer mejor, pues, que recomendar, á los que quieran juzgar el modo de ser de los parásitos vistos con el microscópio, que recurran á la obra de M. Bazin (1).

La publicacion de esas seis grandes clases de enfermedades de la piel, á saber: *deformidades de la piel, enfermedades inflamatorias accidentales, enfermedades parasitarias, herpes, escrofulides y sifilides*, abraza todas las enfermedades cutáneas reputadas como especiales y que se estudian ordinariamente por separado.

Las fiebres eruptivas y las erupciones sintomáticas de una enfermedad general febril ó escorbútica pertenecen á la patología interna ordinaria, mientras que los cánceres y los cancroides de la piel son del dominio de la cirujía; puedo, pues decir, que mis lecciones forman un tratado de dermatologia. Hubiera, no obstante, querido continuar la descripcion de las enfermedades cutáneas exóticas juntamente con las demás afecciones especia-

(1) *Lecons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, professés par le docteur Bazin, rédigées et publiées par Alfred Pouquet, interne de l'hospital Saint-Louis. 2.^e edit., revue, corrigée et augmentée, Paris, 1862. Adrien Delahaye, editeur.

les de la piel, pero debo confesar que las ocasiones que he tenido para poderlas estudiar han sido muy raras para que me permita presentar la historia de las mismas, fundada en la observacion clinica. Mas bien he querido dejarlas á un lado, que repetir, sin suficientes datos para juzgar, lo que los autores han escrito acerca de esas afecciones.

Al terminar esos breves preliminares, debo expresar mi gratitud hácia M. Garnier, mi interno, que ha recogido mis lecciones y dirigido su publicacion. Doy igualmente las gracias á M. Mottet, interno provisional, que estando algun tiempo á mi servicio, ha redactado mis dos primeras lecciones. Si esta obra es acogida con tanto favor como la precedente, indudablemente les será debido una gran parte del éxito.

A. HARDY

LECCIONES

ACERCA DE

LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.

PRIMERA CLASE.

MACULAS Y DEFORMIDADES DE LA PIEL.

Con los nombres de *máculas y deformidades de la piel* se conocen una porcion de afecciones muy variadas en su aspecto exterior y cuyo estudio realmente es mas bien curioso que interesante. La terapéutica es por lo comun impotente para hacerlas desaparecer y aun algunas veces para modificarlas : pero es indispensable conocerlas, á fin de no confundirlas con las demas afecciones de naturaleza completamente diferente y cuya curacion debe emprenderse cuidadosamente y con esperanzas de éxito.

Las máculas y las deformidades son unas lesiones congénitas ó adquiridas, cuyo carácter casi constante, es el de permanecer en un estado estacionario, desde el momento en que han adquirido su completo desarrollo. Es en vano que se apele para combatir las á los tópicos no irritantes ; cuando se limitan á un pequeño espacio, el instrumento cortante ó los cáusticos casi siempre triunfarán de ellas ; pero en este caso será necesario guardar una gran reserva, porque casi siempre será al precio de una cicatriz indeleble que las manchas llegarán á desaparecer, por lo que antes de recurrir á los medios terapéuticos, hay que examinar si la operacion podrá

ocasionar una deformidad aun mayor que la enfermedad que se quiere combatir con ella.

Cada uno de los elementos anatómicos que entran en la composicion de la piel, es susceptible de presentar alteraciones permanentes que constituyen unas verdaderas deformidades; vamos ahora á estudiarlas sucesivamente en el aparato pigmentario, en los folículos sebáceos, en la epidermis y en el dermis.

DEFORMIDADES DEL APARATO PIGMENTARIO.

PRIMERA PARTE

1.º AUMENTO DE LA COLORACION.

Estudiaremos sucesivamente entre las efeciones en las que la secrecion pigmentaria está exagerada los *nævi*, pigmentarios, el *léntigo*, las *efélides* y la *nigrícia*.

NOEVUS PIGMENTARIOS.

Bajo el nombre de *nævus pigmentarios* comprendemos unas manchas de color variable, semejantes unas veces al del café con leche y otras del todo negras, ordinariamente son congénitas, aunque tambien las hay que pueden aparecer de repente en una edad mas ó menos avanzada. Pueden tener el mismo nivel de la superficie de la piel ó ser ligeramente proeminentes, presentar contornos regulares ó bien afectar una forma enteramente irregular; se han comparado á las semillas de café y á un pedazo de tocino, etc. La presencia de pelos en su superficie puede no ser constante, pero es bastante frecuente, y si en ciertos casos se ha podido dar á esas manchas, que en las mujeres hace resaltar la blancura de la piel, el nombre de *granos de hermosura*, no dejan de constituir en ciertos casos una desagradable deformidad.

Esas manchas son algunas veces únicas ó en pequeño número, pero otras veces se las ve repartidas con profusion sobre la superficie del cuerpo, al cual dá en ciertos puntos el

aspecto de la piel de un animal. Alibert cita con este objeto la historia de un italiano que, seducido por la hermosa cara y las gracias de una jóven, la pidió en matrimonio, se casó con ella, y se halló altamente sorprendido al observar, en la primera noche de su enlace, que su nueva esposa presentaba en casi la totalidad de su cubierta cutánea, ordinariamente cubierta por los vestidos, estensas manchas negras y velludas, que hacian parecer su cuerpo al de un perro de aguas: esa repugnante deformidad, dió lugar á la inmediata separacion legal.

La terapáutica no puede intervenir para nada en ninguno de esos casos: quizás, en la cara, si la deformidad fuese muy desagradable, seria permitido intentar su desaparicion por medio de los cáusticos; procurando que estos no obren profundamente y dirigiendo con cuidado la cicatrizacion, se pueden obtener algunas veces resultados bastante satisfactorios.

LENTIGO.

El léntigo se halla caracterizado por unas pequeñas manchas amarillentas, redondeadas, unas veces aisladas y otras reunidas; no forman ninguna eminencia sobre el nivel de la piel y no van acompañadas ni de prurito, ni de descamacion. Algunas veces congénitas, pero casi siempre desarrolladas despues del nacimiento, se observan en los individuos de temperamento linfático y de piel muy blanca. Al examinarlas, casi pudiera decirse que el pigmento ha abandonado las partes inmediatas para venir á acumularse en los puntos en que existen, tan descolorada parece la piel al rededor de ella. Su sitio de predileccion está en el rostro, en la parte dorsal de las manos, en el antebrazo, en el cuello, y principalmente en las partes espuestas al contacto del aire.

En el verano son esas manchas mas numerosas que durante el invierno, y parece que la influencia de la insolacion sobre su coloracion es muy evidente. El único medio de pre-

venirlas y lograr que disminuyan, consiste en sustraer las partes afectas del contacto del aire, y cuando se trata de mujeres que estiman su hermosura, se las debe aconsejar que durante el verano no salgan, sobre todo al sol, sin cubrirse antes la cara con un velo y los brazos y las manos con unas mangas cerradas y guantes. Cuando esas manchas existen, inutilmente se intentará hacerlas desaparecer, ni por medio de lociones, ni pomadas.

EFEÍLIDES.

Las efélides difieren del léntigo en que las manchas son mas estensas y están menos generalizadas: son mas ó menos regulares y de color moreno. Aparecen en diferentes condiciones: se les encuentra en los trabajadores que llevan descubiertos el pecho y el cuello; en las mujeres durante la menstruacion y sobre todo durante el embarazo; vulgarmente se las dá entonces el nombre de *pañó*, cuando existen en la frente, en las mejillas y en el menton. Esas manchas difieren de la *pitiriasis versicolor* en que no van acompañadas ni de descamacion, ni de comezónes.

Las efélides desaparecen comunmente de un modo espontáneo, cuando la causa que las originó deja de existir; esto es lo que sucede sobre todo despues del parto. Cuando persisten, un tratamiento especial que tenga por resultado la inflamacion ligera de la piel, va seguido á menudo de éxito. Favorecer la reabsorcion del pigmento, tal es la indicacion terapéutica y para llenarla debe recurrirse á repetidas lociones practicadas dos veces al dia con la siguiente disolucion

Agua destilada.....	125 gramos.
Sublimado corrosivo.....	50 centigramos.
Sulfato de zinc.....	2 gramos.
Acetato de plomo.....	2 —
Alcohol, c. s. para disolver el sublimado.	

A menudo nos ha sucedido aconsejar con éxito los chorros sulfurosos y particularmente las aguas minerales de Luchon y de Beréges, administradas en forma de chorros locales sobre las partes afectas.

Las efélides están constituidas únicamente por un acúmullo anormal de pigmento en un punto circunscrito: ha sido pues, sin razon que M. Bazin ha aplicado la denominacion de *efélides* á las enfermedades parasitárias que son susceptibles de afectar el aspecto de la cara de las mujeres durante su embarazo; esas últimas afecciones, que pertenecen al *chloasma* y á la *pitiriasis versicolor y negra*, son manifiestamente escamosas y no tienen ninguna relacion con las efélides.

NIGRICIA.

La nigricia se halla caracterizada por una coloracion negra de la piel, local ó general, que depende igualmente de un aumento tambien local ó general de la capa pigmentaria. Cuando se halla esparcida por todo el cuerpo, esta afeccion dá á la cubierta cutánea, no el aspecto de la piel del negro, pero sí el de la del mulato ó del cuarteron.

Nosotros dejaremos á un lado las nigricias generales congénitas, á las cuales se ha tratado de considerar como el resultado del miedo, ó de una *mirada* durante el embarazo; deben ser miradas como fisiológicas y dependientes de relaciones (á menudo adúlteras) de la madre con algun hombre de color. Los niños que presentan esa coloracion, son entonces simplemente mulatos, cuarterones ó de sangres mezcladas.

En una época variable desde el nacimiento, y comunmente en la edad adulta, la piel puede presentar en su totalidad ó en una gran parte de su estension una coloracion morena designada recientemente con los nombres de *enfermedad bronceada* ó *enfermedad de Addison*, cuyo último nombre es el del médico inglés que ha sido el primero en describir perfectamente esa afeccion y que ha indicado sus relaciones con las cápsulas supra-venales.

Esa enfermedad principia poco á poco y coincide con una alteracion de la nutricion; se observa adelgazamiento, pérdida de las fuerzas, alteraciones de las funciones digestivas,

y la muerte sobreviene, ya sea solamente á consecuencia de esa afeccion, ya mas comunmente bajo la influencia de una diatesis tuberculosa, cancerosa ú otra concomitante.

Segun Addison, la causa orgánica de esta coloracion consiste en las lesiones variadas de las cápsulas supra-venales, que se han vuelto ya mas voluminosas, ya mas densas, ya tuberculosas, cancerosas, etc. M. Trousseau ha apoyado esa opinion con sus observaciones personales; nosotros mismos hemos tenido ocasion de encontrar recientemente, en un hombre que habia sucumbido á una tuberculizacion pulmonal acompañada de la coloracion bronceada, muy marcada en la piel, las cápsulas supra-venales mas voluminosas, manifiestamente mas densas y mas duras, y conteniendo una infiltracion gris y algunos pequeños tumores redondeados, cuya naturaleza parecia tuberculosa.

No obstante, añadiremos que esta relacion entre la coloracion bronceada y la alteracion de las cápsulas supra-venales no está aun aceptada por todo el mundo: se citan hechos de lesiones de las cápsulas sin coloracion y hechos de coloracion con integridad de las cápsulas. El doctor M. Gubler, que se ha ocupado en practicar investigaciones acerca de este punto, solo ha podido deducir conclusiones negativas. Afirma dicho profesor que las cápsulas supra-venales presentan en su estado normal, una gran variedad relativamente á su volúmen, á su consistencia, á su misma organizacion, y cree que debe atribuirse á esta variedad normal, la mayor parte de las lesiones admitidas para explicar la coloracion. En el estado actual de la ciencia, la cuestion está aun indecisa y reclama nuevas investigaciones.

La nigricia generalizada no va necesariamente acompañada de desórdenes generales muy graves. Puede sobrevenir en medio de la salud mas perfecta y perpetuarse sin que haya ninguna alteracion notable en las funciones. Obsérvase en esta deformidad, sea cual fuere su gravedad, un hecho curioso: las heridas dejan en pos de sí una cicatriz blanca, que comunmente conserva indefinidamente su coloracion. En los

casos de cicatrices poco profundas, á consecuencia de un ve-
gigatorio volante, por ejemplo, sucede algunas veces que
tambien la coloracion blanca se vuelve poco á poco menos
marcada y se apróxima á la coloracion general.

La nigricia es comunmente local y está circunscrita á
ciertas regiones; en las mujeres embarazadas y despues del
parto, se observa habitualmente una coloracion morena é in-
tensa en la aureola y en la parte media de los pechos, al
mismo tiempo que la línea alba se pone negruzca, cuya colo-
racion á veces se estiende á todo el vientre, sobre todo en la
region sub-umbilical. Si se comparan estos hechos de colora-
cion con la frecuencia de las efélides en las mujeres embara-
zadas, se llega á esta conclusion, que el embarazo determina
una secrecion muy considerable de pigmento.

Algunas personas presentan en ciertas regiones una colo-
racion negruzca que parece habitual, algunos hombres tienen
el pene y las inmediaciones de los órganos sexuales de color
negro; tambien hay mujeres morenas que presentan igual-
mente una coloracion muy intensa de los órganos genitales
esternos. Se ve del mismo modo que una coloracion oscura
complica á menudo el liquen y el prurigo. A consecuencia del
eczema de los miembros inferiores, no es raro observar en el
lugar ocupado anteriormente por la erupcion, unas manchas
morenas é indelebles. Lo mismo sucede con algunas cicatrices
superficiales que se observan muchas veces en los miembros
inferiores y que son muy morenas en lugar de presentar la
coloracion blanca habitual.

No conocemos ningun tratamiento que pueda oponerse á
la nigricia general ó local.

2.º DESCOLORACIONES.

Acabamos de estudiar las manchas debidas á la acumula-
cion del pigmento. Hay otra clase de afecciones en las que el
pigmento deja de existir, ya sea en toda la superficie de la
piel, lo que constituye el *albinismo*, ya sea en ciertas partes
solamente, cuyo estado se denomina *vitiligo*.

casos de cicatrices poco profundas, á consecuencia de un ve-
gigatorio volante. Por último debe algunas veces que
tambien la coloracion blanca se vuelve poco á poco menos

En el albinismo el pigmento falta en la piel, en los pelos
y en los ojos; todas las partes del individuo presentan una
blancura mate y uniforme; se ha dado el nombre de *albinos*
á los individuos que presentan esta deformidad. Se la observa
en toda una familia ó en un solo individuo de la misma. Mu-
chas veces un albino engendra un individuo en el que el pig-
mento se encuentra en cantidad normal, y despues de la ge-
neracion siguiente nace un albino; con respecto á esos he-
chos no hay regla fija.

Sin entrar en los detalles acerca de la constitucion física
y acerca de las disposiciones morales de los albinos, debo
llamar la atencion sobre el movimiento del globo del ojo en
estos individuos; la falta del pigmento no les permite fijarse
en los ojos, de lo que resulta una verdadera córea, unos mo-
vimientos de vaiven continuos, que dan á la fisionomia del al-
bino una espresion enteramente particular.

Se ve del mismo modo que una coloracion oscura
completa á menudo el resultado de una consecuencia del
seccion de los miembros inferiores, no es raro observar en el

Quando la descoloracion de la piel es solo parcial, toma el
nombre de *vitiligo*. Se encuentra formando unas manchas mas
ó menos estensas, bastante regulares, y en el caso de existir
pelos en las regiones que ocupan, estos pelos son blancos. A
la falta del pigmento es á la que es debida la existencia de es-
tos mechones de cabellos blancos que se observan con bastan-
te frecuencia en medio de una cabellera de un intenso color.

El vitiligo se encuentra con bastante frecuencia en los
negros; y como en ellos la deformidad es muy visible, resulta
que presentan una especie de penacho muy singular, cuando
existen varias manchas de esa especie. En las colonias se
designa á los individuos que presentan esa diversa coloracion
con el nombre de *negros pios*.

Debemos añadir que en el vitiligo se observa que las man-

chas blancas están rodeadas por un círculo bastante ancho formado por un exceso de pigmento, lo cual dá á la piel en esos puntos un color muy subido, que hace resaltar todavía mas la parte descolorada. Asi que podemos decir que en el vitiligo no hay verdaderamente una disminucion del pigmento, sino mas bien una mala distribucion de esta sustancia, que abandona ciertos puntos para acumularse excesivamente en otros.

El vitiligo es habitualmente congénito. Sin embargo, hemos recogido observaciones en las que la deformidad habia realmente sobrevenido ya en la infancia, ya en la misma edad adulta.

Toda medicacion es inútil en el vitiligo lo mismo que en el albinismo; es preciso, pues, abstenerse de apelar á ella. Hasta el presente no se ha encontrado aun ningun medio para obtener la secrecion del pigmento en las partes en que falta.

DEFORMIDADES DEL APARATO VASCULAR.

Entre las deformidades de la piel que dependen del aparato vascular, se encuentran las siguientes; las *manchas vinosas*, los *nævus vasculares* y los *tumores fungosos*.

MANCHAS VINOSAS.

No merecen las manchas vinosas que nos detengamos mucho tiempo en su estudio. Están constituidas por unas manchas violáceas, del color de las heces del vino mas ó menos subido y que no sobresalen por encima del nivel de la piel; las emociones morales vivas, los gritos, los esfuerzos, en una palabra, todo lo que puede favorecer el aflujo de sangre hácia la piel, aumenta momentáneamente la coloracion; hay algunas manchas tan poco pronunciadas, que solo aparecen durante esas congestiones pasajeras.

Esas manchas son congénitas, y tambien muy comunes

en los recién-nacidos; algunas desaparecen insensiblemente en el espacio de algunas semanas, y otras se vuelven menos marcadas; pero las que persisten despues de la edad de cinco á seis meses son ordinariamente indelebles.

NŒVUS VASCULARES.

Los nœvus vasculares forman unos pequeños tumores redondeados é irregulares, mas ó menos proeminentes, que revisten algunas veces el aspecto de un fruto granuloso, tal como la fresa ó la frambuesa.

Su coloracion es mas ó menos intensa, segun sea arterial ó venosa la sangre que los penetra y dan lugar á hemorragias mas ó menos abundantes, si llegan á cortarse ó se desgarran. Los nœvus vasculares son poco susceptibles de desaparecer espontáneamente; no obstante se han visto casos en que el pequeño tumor se ha marchitado gradualmente, dejando en su lugar una mancha indeleble, ordinariamente arrugada y de color grisáceo. Debemos tambien saber que los nœvus vasculares pueden ser afectados por la gangrena en los niños de tierna edad. Entonces se vé aparecer en un punto del tumor una mancha gris que se reblandece, desaparece y deja en su lugar una ulceracion mas ó menos profunda y ordinariamente con los bordes cortados perpendicularmente. Algunas veces solamente una parte del tumor se halla afectado, pero en otras circunstancias todo el tumor se esfacela. Al cabo de cierto tiempo, ordinariamente bastante largo, la ulceracion se cicatriza, y debemos entonces considerar este fenómeno como un modo de curacion espontánea de los tumores sanguíneos. Hemos visto esta especie particular de gangrena un gran número de veces, y hemos tenido ocasion de observar errores de diagnóstico relativamente á la naturaleza de la ulceracion, que habia reemplazado al tumor despues de la caida de la escara.

En dos casos esta ulceracion de bordes perpendicularés fué considerada como de naturaleza sifilitica, habiéndose tra-

tado al enfermo con un tratamiento específico, con gran perjuicio para los niños de la edad de dos á tres meses. Es suficiente, para evitar el error, conocer esa complicacion de los *nævus* y saber, en un caso dado, que la ulceracion ha tenido por punto de partida un tumor sanguíneo.

Es prudente respetar los *nævus* vasculares cuando son poco voluminosos, y sobre todo cuando están situados en las partes ordinariamente cubiertas por los vestidos. Sin embargo, por una razon cualquiera, se desea en ciertas circunstancias hacerlos desaparecer, y entonces es preciso recurrir á la cirugía. Se puede emplear, para su desaparicion, la ligadura, la escision, la cauterizacion, la vacunacion y el sedal.

No entraremos en la esplicacion de los detalles de esas operaciones; solamente señalaremos las ventajas de la vacunacion, si bien este medio solo puede ser empleado en los niños no vacunados; practicando sobre el tumor un número de picaduras con la vacuna proporcionadas al volúmen y á la estension del tumor, se determina una inflamacion adhesiva muy intensa, á consecuencia de la cual el tejido vascular esponjoso se oblitera y queda reemplazado por una cicatriz sólida, que no tiene mas inconveniente que ser blanca y del aspecto del chagrin.

TUMORES FUNGOSOS SANGÜINEOS.

Las operaciones de que acabamos de hablar son sobre todo aplicables cuando los *nævus*, son poco estensos y poco proeminentes. Cuando son mas voluminosos y presentan una gran disposicion á las hemorragias, constituyen entonces los llamados *tumores fungosos sanguíneos*, cuya historia pertenece á la cirugía y á los que mencionamos aquí únicamente para indicar su relacion con las demás alteraciones vasculares de la piel.

DEFORMIDADES DE LOS FOLICULOS SEBACEOS.

Las deformidades que tienen por asiento el aparato folicular son el *acné miliaris* y el *molluscum*.

ACNE MILIARIS.

Lo afeccion que designamos con el nombre de *acné miliaris* está constituida por unos pequeños granos blancos, de tinte opalino, perfectamente redondeados y del volúmen de una pequeña cabeza de alfiler, ó de un grano de sémola. Tienen su asiento al rededor de la órbita, en los párpados, en las sienes y en las partes superiores de las mejillas.

El número de esos pequeños tumores es algunas veces muy limitado y no pasa de uno ó dos, pero en ciertos individuos se encuentran en cantidad considerable para determinar una ligera deformidad bastante desagradable, sobre todo en las mujeres. Esas pequeñas granulaciones no son congénitas, sino que aparecen ordinariamente en la edad adulta, bajo una influencia ignorada. Una vez desarrolladas, persisten indefinidamente, sin crecer jamás ni determinar ni dolor, ni ninguna sensacion morbosa.

El *acné miliaris* tiene, al parecer, por asiento los folículos sebáceos, y consiste en una alteracion enteramente particular de dichas glándulas, las cuales se hipertrofian y cuyo conducto se oblitera. Cuando se examinan esos pequeños tumores despues de su separacion, se vé que están constituidos por una especie de bolsa pequeña y llena de una sustancia córnea, cuya estructura se parece á la de los folículos.

La curacion de esta leve deformidad es muy fácil de conseguir: como los pequeños tumores son sub-epidérmicos, basta incidir la epidérmis con la punta de una lanceta ó de un alfiler, y despues enuclear los folículos con unas pinzas, ó con las uñas, por cuyo medio se separan estos sin dejar ninguna señal que indique la avulsion.

MOLLUSCUM.

El *molluscum* es una afeccion mucho mas grave que el *acné miliaris*. Está constituido por uno ó por muchos tumores,

cuyo volumen varia desde el de un guisante hasta el de una avellana ó de una nuez; con ó sin coloracion de la piel. Esos tumores, completamente indolentes, presentan algunas veces en un pequeño punto de su superficie, una depresion ó hilio, que parece ser el orificio de un folículo sebáceo habitualmente obliterado. Ordinariamente son redondeados, llenos y de una consistencia bastante compacta; algunas veces, por el contrario, son pediculados, aplanados, están marchitados y pendientes, y se parecen bastante á los granos de la uva, de los cuales se hubiese evacuado la pulpa y las semillas, ó á las vejigas de tripa en las que los pintores conservan sus colores, cuyo contenido se hubiese evacuado. Esta variedad ha sido designada con el nombre de *molluscum pendulum*.

Cuando se abre un tumor redondeado y entero, se vé que está constituido por una cubierta fibrosa que encierra una masa carnosa. Se ha considerado esta alteracion como una hipertrofia de los folículos sebáceos; la organizacion de esos tumores, lo mismo que la depresion que se observa en algunos, que no parece ser otra cosa mas que el orificio del conducto escretor del folículo, militan en favor de dicha opinion.

El molluscum es una afeccion adquirida, que puede desenvolverse en cualquiera edad; una vez formados los tumores, son susceptibles de crecer, y cuando han llegado á adquirir cierto desarrollo, permanecen ordinariamente estacionarios. La desaparicion espontánea es muy rara.

El molluscum se resiste ordinariamente á todos los remedios tópicos y la medicacion general; hemos tenido ocasion de ver en dos enfermos, que algunos tumores disminuyeron ligeramente de volumen y de consistencia bajo la influencia de las fricciones de aceite de enebro. El solo medio eficaz para su curacion consiste en la escision con el instrumento cortante: debe aconsejarse principalmente la operacion para los tumores que están situados en las partes visibles, y cuando no existen en un número muy grande.

Bateman ha descrito, bajo el nombre de *molluscum contagiosum*, una variedad particular de tumores que se ha confun-

dido largo tiempo con el molluscum, la cual está constituida por una alteración enteramente especial y muy diferente de la de los folículos sebáceos: la describiremos mas tarde bajo el nombre de *acné varioliforme*.

DEFORMIDADES DE LAS PAPILAS DE LA PIEL.

VERRUGAS.

Con el nombre de *verrugas* se designan unos pequeños tumores proeminentes por encima de la superficie cutánea y que presentan unos caracteres particulares. Conocidas son sus formas variables; las verrugas son rugosas en su superficie, muchas veces desiguales, mamelonadas, y presentan, divididas, un aspecto areolar. Ordinariamente se encuentran en los trabajadores del campo. Parece que en ciertos casos son susceptibles de transmisión por contagio. Pueden tambien desaparecer espontáneamente, y otras veces persisten con una increíble tenacidad.

Para su tratamiento se han empleado diversos tópicos irritantes; el ácido nítrico, el ácido sulfúrico, todos los cáusticos, y el jugo acre de algunas plantas; todos esos medios producen buenos resultados. Hemos empleado con éxito el vinagre aplicado sobre las verrugas mañana y tarde. Al cabo de algun tiempo de usar este tratamiento se marchitan, se arrugan y desaparecen sin dejar cicatrices.

Comunmente se recurre á la escision, seguida ó no de la cauterizacion.

Las verrugas han sido consideradas como unas expansiones de las pápilas cutáneas y el exámen microscópico ha confirmado esta opinion.

DEFORMIDADES DE LA EPIDERMIS.

No haremos mas que mencionar los *callos*, las *durezas* y las *producciones córneas*, en cuyas deformidades la epidérmis

se ha vuelto compacta, ya sea por efecto del contacto habitual con cuerpos duros y rugosos, ya por una presión continua. Pero creemos deber entrar en mayores detalles respecto de la ictiosis.

ICTIOSIS.

Se designa con el nombre de *ictiosis* un estado particular de la piel, en el que viene á sustituir á la suavidad y al aspecto habitual de la cubierta cutánea, una sequedad y una rugosidad debidas á las escamas que se presentan bajo diferentes aspectos. Para algunos médicos constituye esta deformidad una verdadera enfermedad; para nosotros, semejante opinion es un contrasentido patológico, y no sabemos ver en la ictiosis otra cosa mas que una deformidad permanente, ordinariamente congénita ó hereditaria.

Relativamente al aspecto de la piel, reconocemos tres variedades de ictiosis:

La primera especie, *ictiosis serpentina*, está caracterizada por una multitud de arrugas entrecruzadas de un modo regular, que dan á la piel el aspecto de un lagarto ó de una culebra; la epidérmis es lisa y seca, y se observa en ella una ligera descamacion permanente.

La segunda especie, *ictiosis nacarada*, se reconoce por la presencia de unas escamas mas anchas y compactas é imbricadas, simulando las escamas de un pez: su color es ordinariamente blanco azulado; algunas veces es mas oscuro y se aproxima al color negro.

Esas escamas difieren de la psoriasis en que no están sobrepuestas y no descansan tampoco sobre una superficie rojiza; sino que cubren una estensa superficie, algunas veces todo el cuerpo, mientras que en la psoriasis las placas escamosas se hallan circunscritas y separadas las unas de las otras por intervalos de piel sana.

La tercera especie, *ictiosis córnea*, es notable por la presencia de unas escamas duras, proeminentes, que forman á

menudo verdaderos apéndices, semejantes al del erizo. De vez en cuando se han podido ver individuos que presentaban tal deformidad, que han llegado á utilizar explotándola en su beneficio : tales fueron los hermanos Lambert, de los cuales habla Alibert, los cuales se presentaban en espectáculo público al principio de este siglo: su piel era dura y estaba provista de escamas compactas y proeminentes, que producian, al andar, un ruido semejante al que hace la serpiente de cascabel.

Relativamente á la coloracion, las escamas de la ictiosis son en ciertos casos de un color gris oscuro, semejante al de la grasa acumulada sobre la piel; M. Devergie da á esta forma el nombre de *ictiosis gris*, y reserva el nombre de *ictiosis blanca* á la que presenta las escamas nacaradas y blanquizcas. Esta division es poco importante.

En esas diferentes variedades relativas al aspecto, la ictiosis puede ser ya general, ya local; en este último caso, se presenta principalmente en los miembros, y las escamas se presentan entonces mas marcadas por debajo de las rodillas y en la cara interna del antebrazo, cerca del codo. En la ictiosis general, la alteracion de la piel no existe ni en la palma de las manos, ni en la planta de los pies, ni en las axilas.

A menudo se ven varias variedades de ictiosis reunidas en el mismo individuo; la ictiosis serpentina se manifiesta en la cara y en el tronco; la ictiosis nacarada existe en los miembros, y sobre todo en los miembros inferiores.

Sea cual fuere, por otra parte, la apariencia de esta deformidad, ya sea general ó solamente local, no ocasiona desórdenes generales, como pudiera suponerse. Pero la piel está seca y la transpiracion es nula, á escepcion de la que puede efectuarse en las axilas.

Las escamas de la ictiosis son bastante adherentes, y con dificultad se pueden separar cuando se las quieren arrancar; no obstante, en ciertas ocasiones sobreviene la descamacion, la epidérmis se separa y se verifica muchas veces una verdadera muda de la piel, la cual aparece nueva. En algunos in-

dividuos esta descamacion es periódica; la afeccion cesa momentáneamente bajo la influencia de las estaciones para reaparecer mas tarde, ordinariamente al principio del invierno.

La ictiosis es comunmente una deformidad inherente á ciertas familias; cuando se interroga á un individuo afectado de ictiosis, ordinariamente contesta que alguno de sus ascendientes de la primera ó segunda generacion han padecido la misma afeccion, y si llega á tener hijos, es raro no encontrarla por lo menos igualmente en alguno de ellos. He tenido ocasion de ver últimamente un hombre afectado por la ictiosis, el cual, á pesar de tener una buena posicion y un gran deseo de la felicidad doméstica, nunca ha querido casarse por el temor, muy fundado, de que sus hijos padecieran la enfermedad que constituye su desesperacion.

Como lo hemos dicho, la ictiosis no es una enfermedad, es una deformidad, cuyo tratamiento, no pudiendo ser curativo, solo puede tener por objeto paliar dicha deformidad. Hay que limitarse á los baños alcalinos ó jabonosos tomados con frecuencia, los cuales determinan la caida de las escamas y dan suavidad á la piel, pero no impiden la reaparicion de las mismas, desde el momento que dichos baños se suspenden. Es del todo inconveniente intentar un tratamiento curativo, que no puede tener ningun resultado definitivo, y por otra parte hace correr al individuo el riesgo de alterar su salud general.

Las *producciones córneas* no merecen que nos detengamos en ellas: solo presentan el interés de la curiosidad.

DEFORMIDADES DEL DERMIS.

QUELOIDE.

Se ha considerado al *queloide* como una produccion dérmica. Esta deformidad está constituida por un tumor mas ó menos proeminente, ya de color violáceo, ya blanco como una

cicatriz, de volúmen variable, cuyas dimensiones pueden alcanzar desde las de un guisante hasta las de la palma de la mano, y que presenta diversas configuraciones, redondeadas, lineales ó irregulares. Alibert, en su *Tratado de dermatosis*, cita el ejemplo de un hombre que presentaba en la parte anterior del pecho un tumor queloidiano que tenia una analogía muy singular con el cuerpo y las patas de un cangrejo. Esos tumores son siempre indolentes, no están ligados á ningún desórden funcional y carecen de influencia sobre la salud. Una vez desarrollado el queiloide tiene una gran tendencia en persistir: no obstante puede suceder que disminuya y que cambie su coloracion, pero siempre quedan señales de esta deformidad.

El queiloide se desarrolla algunas veces sobre cicatrices; en otras circunstancias se manifiesta sobre partes que nunca han sido afectadas por ninguna otra lesion. En todos los casos, es imposible reconocer la influencia que preside al desarrollo de esa singular produccion, que, por lo demás, no parece hereditaria. Algunas veces es congénita, pero mas comunmente es adquirida y sobreviene en la edad adulta.

Las mas de las veces, lo mismo que en las demas deformidades, el queiloide resiste á todos los medios de tratamiento; no obstante se ha visto en ciertos casos que el tratamiento por medio de los fundentes ha sido realmente eficaz para disminuir la proeminencia de los tumores. Puede, pues, aconsejarse la administracion al interior del ioduro de potasio, y al exterior las pomadas ioduradas, el emplasto de Vigo y los vejigatorios.

Como se vé, el conocimiento de todas las afecciones que rápidamente acabamos de pasar en revista, es interesante bajo el punto de vista del diagnóstico: las hay que de pronto pueden ser tomadas por manifestaciones de una afeccion general, por lo que importa saberlas distinguir. Por otra parte, todas ellas tienen un carácter comun, si se exceptúa la enfermedad bronceada de Addison, el de no estar ligadas á ninguna alteracion funcional, ni ocasionarla. Las unas, que

son las menos, desaparecen bajo la influencia de un tratamiento enteramente local dirigido contra las mismas; las otras son indelebles é incurables, á menos de escindir la parte de la piel en la que descansan, lo cual solo es posible cuando están circunscritas.

Su independencia de toda afeccion general, su poca influencia sobre las funciones de la piel y hasta la poca eficacia del tratamiento, nos prueban la legitimidad del grupo en el cual las hemos á todas colocado. Despues de los detalles en que hemos entrado, creemos que se reconocerá la verdad de la proposicion que hemos emitido al principiar su historia, diciendo que no son enfermedades, sino mas bien vicios de conformacion del tegumento esterno.

SEGUNDA CLASE.

ENFERMEDADES CUTANEAS ACCIDENTALES.

Despues de haber pasado rápidamente en revista las afecciones que constituyen nuestra primera clase, hemos llegado á un grupo de enfermedades, de lesiones elementales múltiples de formas variables, pero que, por diferentes que sean en apariencia, presentan un carácter comun que las reune y que las comprende á todas; las afecciones contenidas en esta clase son accidentales, no contagiosas é independientes de toda diátesis.

En su evolucion siguen un curso sencillo y comunmente agudo; casi todas tienden espontáneamente á su curacion, y cuando han desaparecido, no dejan al individuo que las presenta ninguna disposicion á contraerlas de nuevo. Pueden, es verdad, desarrollarse en el mismo individuo por segunda y por tercera vez en circunstancias análogas á las que acompañaran á su primera aparicion, pero no se encuentran en esta nueva invasion esa fatalidad en la recidiva, esa transmisibilidad hereditaria, triste cortejo de los herpes, sino mas bien la inmunidad que parece seguir á los exantemas contagiosos y á las fiebres eruptivas.

Esas enfermedades no reclaman, en general, una terapéutica muy activa. Los emolientes forman la base de su tratamiento; algunas veces están indicados los derivativos sobre el canal intestinal y solo en algunos casos raros es cuando hay necesidad de recurrir á una medicacion mas complicada.

Reasumiendo los caracteres que acabamos de indicar sumariamente, se vé que la fisonomia principal de las afecciones que hemos reunido en la segunda clase, consiste en ser *accidentales, no contagiosas é independientes de toda diátesis*. Hemos colocado en esta clase: 1.º la erisipela: 2.º el eritema: 3.º la urticaria, 4.º el ectima: 5.º la zona: 6.º el estrófulo: 7.º el prúrigo: 8.º el acné: y 9.º el pénfigo.

No trataremos aquí de la erisipela, colocada á la vez en los límites de la patología interna ordinaria y de la patología cutánea: su historia se encuentra en todos los tratados de patología; empezaremos, pues, por el estudio del eritema.

CAPITULO PRIMERO.

ERITEMA.

El *eritema* es una afeccion caracterizada por unas manchas de color rosaceo, ó rojo pálido, mas ó menos estensas y que forman una ligera proeminencia sobre el nivel de la piel; desaparecen bajo la presion del dedo, para volver á manifestarse despues que esta cesa. Vamos á indicar los caracteres generales de esta erupcion, antes de pasar al estudio de la historia de las variedades, bastante numerosas, que la misma puede afectar.

Se encuentra el eritema en todas las regiones del cuerpo; no obstante hay algunas que parece que afecta con preferencia, y son: las piernas, los antebrazos, las manos, la nuca y la cara. Comunmente el eritema se halla circunscrito y ocupa un punto limitado mas ó menos estenso; algunas veces, sin embargo, es general ó casi general y entonces está repar-

tido uniformemente sobre la casi totalidad del cuerpo; esta difusion de la erupcion se encuentra en algunas variedades que indicaremos en breve.

Sea cual fuere el sitio de la erupcion, se presenta siempre con los caractéres exteriores que acabamos de asignarla aunque su aparicion puede anunciarse por perturbaciones generales, tales como quebrantamiento de huesos, cefalalgia y una ligera elevacion del pulso. Despues de veinticuatro horas de este molesto estado, se ven aparecer unas manchas rojizas, que poco á poco van formando eminencia sobre la superficie de la piel y que van acompañadas de calor, comezones y escozor, muchas veces dolorosos. Este estado dura un dia ó dos; despues la coloracion sonrosada pasa sucesivamente á tomar un color rojo subido y algunas veces el de violeta; una areola de color amarillo verdoso se manifiesta tambien en ciertas variedades, en el eritema nudoso, por ejemplo. Al cabo de pocos dias sobreviene una ligera descamacion en los puntos afectados; debajo de las escamas aparece la epidérmis de nueva formacion con su composicion normal y como restos de la enfermedad, solo queda una ligera mancha que no tarda en desaparecer á su vez. La descamacion del eritema tiene de particular, que solo tiene lugar una sola vez, mientras que en las afecciones verdaderamente escamosas la esfoliacion epidérmica se renueva continuamente.

Con un exámen superficial se pudiera confundir el eritema con la *erisipela*; este error fácilmente se puede evitar si se considera que la erisipela está caracterizada por una coloracion rojiza é intensa, que está limitada en sus bordes por una eminencia lineal que la separa muy visiblemente de las partes inmediatas, relativamente á la coloracion y á la hinchazon, y que tiene una progresiva tendencia á estenderse. El eritema tiene el color mas rosáceo, no presenta sus bordes tan marcados; su coloracion é hinchazon se confunden insensiblemente con las partes inmediatas, de modo que es difícil señalar de un modo preciso el sitio en que empieza y concluye la enfermedad; tiene poca tendencia á estenderse, y á menos

que sea general, cómo en ciertas variedades, se limita en los puntos primitivamente afectados.

También pudiera confundirse el eritema con la *urticaria*, pero en esta última enfermedad se encuentran proeminencias voluminosas, diseminadas, acompañadas de muy vivas comezones, que desaparecen de repente para reaparecer de nuevo, ya sea en los mismos puntos, ya en partes diferentes. Se vé que el curso de la erupción es esencialmente diferente en ambos casos, y mas aun que por los caracteres exteriores de la enfermedad; por ese curso de la afección se llegará á formar un exacto diagnóstico.

El pronóstico del eritema no presenta ninguna gravedad; es una enfermedad que recorre ordinariamente sus períodos con regularidad en un espacio de tiempo que varia de dos ó tres dias á dos ó tres septenarios.

El eritema es ordinariamente agudo, y solo pasa al estado crónico en individuos debilitados ó afectados de una diátesis (especial, particularmente de la diátesis escrofulosa).

El tratamiento es muy simple; comprende los tópicos emolientes, los baños y los polvos de almidon, de licopodio, de madera seca aplicados localmente. Raras veces hay que recurrir á los modificadores generales, á menos que el eritema, primitivamente enfermedad local ó accidental, haya sufrido la influencia de la parte en que se desarrolló, y haya pasado al estado crónico, como diremos luego; entonces es cuando es preciso recurrir á los medios que obran sobre la constitucion para lograr la desaparición de la enfermedad.

Después de esta rápida ojeada que hemos pasado sobre el eritema, debemos abordar el estudio de sus variedades, que dividiremos en tres categorías:

1.^o En la primera colocaremos los eritemas puramente locales y que se presentan en el estado de su mayor simplicidad.

2.^o En la segunda se encuentran los eritemas diseminados en la superficie del cuerpo, acompañados de algunos fenómenos generales, simulando una fiebre eruptiva.

3.º. Por último, en la tercera estudiaremos los eritemas secundarios que sobrevienen como complicación de otra enfermedad.

§. 1.º—ERITEMAS POR CAUSA LOCAL.

ERITEMA SIMPLE.

El eritema simple está caracterizado por la existencia de unas manchas rojizas más ó menos estensas, poco proeminentes y desarrolladas en un punto limitado de la superficie cutánea; estas manchas desaparecen fácilmente por la presión y reaparecen inmediatamente que esta cesa. Dicha afección es ordinariamente poco grave y termina al cabo de algunos días por la desaparición del rubor y por una ligera descamación; no obstante, en ciertos casos, es susceptible de pasar al estado crónico y entonces se observa un rubor continuo ó bien una sucesión de placas que se desarrollan, por decirlo así, las unas después de las otras.

El eritema nace bajo la influencia de causas irritantes, tales como las fricciones secas, los emplastos, las uncciones con pomadas enranciadas, el contacto prolongado con sustancias acres. En el coriza, en la bleutorragia y en algunas oftalmías, la materia segregada produce el eritema de las partes con las que está en contacto; tampoco es raro encontrarle en los pechos de las nodrizas, por efecto del contacto de la leche que se ha agriado. En los niños y en los viejos afectados de incontinencia de orina ó de materias fecales, se desarrolla dicha afección con la mayor facilidad en las inmediaciones de los órganos sexuales, sobre todo en los viejos. Hay que añadir á estas causas la influencia de la insolación, la que, cuando el sol es muy ardiente, puede dar lugar á un eritema llamado vulgarmente *insolacion*.

En esas circunstancias, lo primero que debe hacerse, respecto del tratamiento, es combatir la causa que ha producido ó que mantiene la enfermedad; se obtienen buenos re-

sultados con los tópicos pulverulentos, con los baños y las tisanas refrescantes; á menudo conviene tambien administrar un purgante. Cuando la enfermedad se halla en los niños ligada con el trabajo de la denticion, lo único que debe hacerse es obrar localmente. En todos los casos, hay que guardarse muy bien de aplicar cataplasmas, que conservan una continua humedad sobre las partes enfermas y solo sirven para perpetuar la enfermedad.

ERITEMA VESICULO-PUSTULOSO.

Como variedad muy comun del eritema local, indicaremos el *eritema vesículo-pustuloso*. En esta afeccion, que los partidarios de la clasificacion de Willan han colocado entre el eczema ó el impétigo, se ven sobre las placas rojizas unas pequeñas pústulas distintas las unas de las otras, pero bastante aproximadas, que se rompen al cabo de dos ó tres dias y dan lugar á una ligera secrecion sero-purulenta. Esas vesículo-pústulas se secan con mucha prontitud: en su lugar aparece una pequeña mancha rojiza que no tarda en desaparecer; se efectúa una ligera descamacion y la enfermedad termina de este modo á los seis ú ocho dias.

Este eritema reconoce las mismas causas que la variedad precedente. A menudo se desarrolla á consecuencia de unciones algo prolongadas con el unguento mercurial, y entonces constituye una erupcion que, sin razon, se ha considerado como especial, y que ha sido designada con el nombre de *hidrargiria*.

No debe confundirse el eritema vesículo-pustuloso con el eczema, del cual difiere enteramente por la distancia que separa una afeccion simple y de curso rápido, de una afeccion herpética y de curso habitualmente crónico. Si se quiere además del curso conocer un carácter diferencial entre ambas afecciones, se recordará que en el eritema el líquido es claro, poco plástico y endurece muy poco los lienzos con los cuales está en contacto, mientras que en el eczema el líquido segre-

grado es mas viscoso, mas adhesivo y endurece el lienzo en que se seca.

ERITEMA INTERTRIGO.

La tercera variedad comprende el *eritema intertrigo*. Sólo se encuentra en las regiones en que la piel se halla en contacto consigo misma; tales son las axilas, las nalgas y los pechos; en las personas obesas, las ingles, la parte superior de los muslos y la parte inferior é interna de la region abdominal; en los niños se observa á menudo en el cuello y en los pliegues de la piel. Esta especie de eritema está caracterizado por el rubor, por comezones y por una untuosidad ya serosa, ya purulenta (*erytéma purifluens*, Devergie).

Cuanto hemos dicho acerca de esa untuosidad, al hablar del eritema vésculo-pustuloso, tiene aquí aplicacion; los mismos caracteres le diferencian del eczema, con el cual le confunden algunos autores. No obstante, se reconocerá el eritema por la localizacion de la enfermedad y por la ausencia de las costras; el eczema tiene una tendencia á invadir sucesivamente las partes inmediatas, y se cubre de costras perfectamente marcadas; á mas en el intertrigo existe un olor soso muy especial que no se percibe en el eczema.

La duracion de la enfermedad es algunas veces bastante larga; se sostiene por el roce, por la falta de limpieza, ó por el cúmulo del sudor; en esos casos puede pasar al estado crónico, sobre todo en las personas muy obesas y que cuidan muy poco del aseo de sí mismas.

La primera indicacion que hay que llenar es la de alejar la causa tanto como sea posible, evitando el contacto de las partes entre sí é impidiendo el roce por medio de polvos impalpables, tales como los de almidon, de arroz, de licopodio ó de madera seca. Las lociones con el agua blanca generalmente dan buenos resultados, pero principalmente debe aconsejarse una rigurosa limpieza. En los casos en que la enfermedad tiene una tendencia á pasar al estado crónico, se pueden aconsejar con ventaja los baños sulfurosos.

§ II.—ERITEMA CON FENOMENOS GENERALES.

Los eritemas acompañados de fenómenos generales, que nosotros llamaremos seudo-fiebres eruptivas, pueden dividirse en *eritema papuloso*, *eritema nudoso*, *eritema escarlatiniforme*, *eritema mamelonado* y *eritema producido por el copaiva*.

En esas afecciones, la erupción no constituye ordinariamente mas que una parte de la enfermedad; existen algunas alteraciones en otros órganos á mas de la piel, y la causa jamás es local.

ERITEMA PAPULOSO.

El eritema papuloso está constituido por unas manchas de color rojo avinado, que forman una eminencia á veces bastante considerable sobre la superficie de la piel. Unas veces las manchas están aproximadas entre sí y otras se hallan diseminadas y separadas por un intervalo de piel sana. Su configuración es variable; algunas veces son enteramente redondeadas, otras son irregulares, y en ciertos enfermos forman círculos cuyo centro está sano, constituyendo un verdadero eritema circinado.

La evolución de las manchas eritematosas es digna de ser estudiada: al principio constituye unos verdaderos tumores dolorosos al tacto, su coloración es sonrosada, palidecen bajo la presión del dedo, después se vuelven menos proeminentes, se aplanan y al mismo tiempo su color se pone mas subido; por grados van adquiriendo el color violeta, y á menudo se vé al rededor de las mismas una areola, que á nada se puede comparar mejor que á un equimosis de color amarillo-verdoso: este es el último término. Entonces desaparece la proeminencia, sobreviene una ligera descamación y la enfermedad desaparece completamente sin dejar vestigios de ninguna clase. Añadiremos á esta descripción, que no es muy raro ver cómo se desarrollan algunas vesículas sobre las pla-

cas eritematosas; pero su duracion es efimera y no tardan en secarse, ya sea que se rompan, ya sea que la serosidad se reabsorba; el lugar que ocupaban es el asiento de una descamacion mas rápida que en los demás puntos. Algunas veces existe una sensacion de calor y escozor en las partes afectadas; á menudo la erupcion es completamente indolente.

El eritema papuloso tiene sus regiones predilectas; principalmente afecta las manos, los antebrazos, la nuca, la cara y algunas veces los miembros inferiores.

Habitualmente va precedido por un malestar general, por un estado saburral de las primeras vias, por dolores articulares comunmente bastante vivos para hacer penosos los movimientos, y algunas veces bastante intensos para impedirlos del todo. Despues de un período podrómico que nada tiene de fijo, y que varia de uno á cuatro ó cinco dias, aparecen las manchas y la enfermedad queda definitivamente constituida. No es raro ver persistir los dolores articulares, bajo la forma de una verdadera artritis reumatisal, cuyos dolores hasta pueden prolongarse despues de la erupcion. El eritema papuloso que reviste esa forma artrítica constituye, lo mismo que el eritema nudoso, la enfermedad descrita por M. Duriau bajo el nombre de *peliosis reumatisal*.

El curso del eritema papuloso es agudo y su duracion varia de uno á tres septenarios; no obstante, la enfermedad se prolonga algunas veces por medio de nuevas erupciones que aparecen en el momento que se estingue la erupcion primitiva.

El eritema papuloso está de tal modo caracterizado por sus placas proeminentes de color rojo violáceo, desarrolladas en sitios determinados, que su diagnóstico es sumamente fácil. En su principio, á causa del color violáceo que presenta, se pudiera tal vez confundir con la *púrpura*; pero basta comprimir con los dedos las manchas para ver que la presión las hace palidecer, la cual no sucede en la *púrpura*.

Esta afección nada tiene de grave: la intensidad de los dolores articulares, y sobre todo su persistencia, que aproxi-

ma la enfermedad á un verdadero reumatismo articular, hacen solamente al pronóstico un poco mas grave.

Las únicas causas predisponentes son las diversas influencias estacionarias; es sobre todo durante el otoño y en la primavera cuando la enfermedad se desarrolla; alguna vez se ha podido atribuir esta á una falta en el régimen, ó á una emocion moral. Hemos visto algunos individuos que tienen una aptitud especial para contraer el eritema papuloso, el cual les estaba afectando durante la primavera en casi todos los años.

Para su tratamiento debemos limitarnos á aconsejar el uso de tisanas refrescantes, de algunos purgantes, de baños emolientes y suprimir los alimentos que contengan especias, los licores alcohólicos, en una palabra, todos los escitantes. También sucede muchas veces que abandonada á los solos recursos de la naturaleza, con algunas precauciones higiénicas, la enfermedad camina con prontitud á su curacion.

Cuando predominan los dolores articulares y sobre todo cuando existen síntomas locales de la artritis, á saber, dolor, hinchazon, rubicundez, el tratamiento que debe emplearse es el del reumatismo articular agudo; entonces puede ser útil recurrir á los tópicos emolientes, á las emisiones sanguíneas, al sulfato de quinina, á la varatrina, etc.

ERITEMA NUDOSO.

El eritema nudoso (*erytoma nodosum*) está caracterizado por unas manchas proeminentes, redondeadas, del volumen igual al de un guisante, al de una avellana y hasta al de una nuez. Esos tumores son duros y dolorosos á la presion; van casi siempre acompañados de una pastosidad mas ó menos estensa del tejido celular periférico; su asiento está en las piernas, en los brazos y en los antebrazos, pero ocupan con preferencia la parte anterior de las primeras. Su coloracion un poco difusa y que se estiende mas allá de la tumefaccion, es aun mas intensa que la del eritema papuloso; su evolucion

es, por otra parte, análoga á la de la variedad precedente; dichas manchas pasan sucesivamente del color de rosa al color rojo violáceo y terminan por una mancha semejante á un equimosis amarillento, que resulta de un derrame de sangre sub-cutáneo.

En esta afección los dolores articulares son la regla casi constante, y á veces tan vivos, que pudieran dar lugar á creer en la existencia de una afección reumatismal, si la presencia de las nudosidades características no viniese á disipar toda duda.

En el conjunto de fenómenos generales encontramos todos los que acompañan al eritema papuloso que hemos ya descrito. El curso es también el mismo; desaparición de los órdenes generales, y después desaparición gradual de los dolores y de los accidentes locales.

La enfermedad dura ordinariamente de dos á tres septenarios; sin embargo, debe saberse que el eritema nudoso puede revestir el carácter crónico, por efecto de sucesivas erupciones que se suceden durante muchos meses y hasta durante uno ó dos años. En ese estado crónico hemos visto algunas veces que los tumores nudosos de las piernas, por efecto de una larga duración, se han reblandecido y ulcerado. Esas ulceraciones son redondeadas, de bordes perpendiculares, presentan un fondo gris y simulan úlceras sifilíticas; la atenta observación del enfermo, la existencia de tumores nudosos no observados y el examen de los antecedentes evitarán siempre el error.

Esa cronicidad de la enfermedad, con ó sin ulceración, nos ha parecido propia de un estado particular del individuo, ligado comunmente á una afección escrofulosa, que dá á la enfermedad su aspecto insólito.

El eritema nudoso puede sobrevenir en todo tiempo, pero se le observa principalmente en los cambios de estaciones. Casi exclusivamente se presenta en la segunda infancia y en los individuos jóvenes; es raro que aparezca después de los 30 años. El temperamento linfático parece ser una causa

predisponente. Entre las circunstancias que pueden considerarse como productoras de su desarrollo, señalaremos las fatigas, el enfriamiento, la supresion de las reglas y una emocion moral viva.

En la forma ordinaria, el tratamiento es escesivamente simple y se compone, lo mismo que en el eritema papuloso, de bebidas refrescantes, de algunos purgantes y de algunos medios higiénicos, entre los cuales colocaremos en primera línea el reposo y las precauciones contra el frio. Cuando dominan los dolores articulares, es preciso recurrir á los medios que se oponen ordinariamente contra el reumatismo articular agudo, á saber: las sangrias (que serán moderadas), la sal de nitro, el sulfato de quinina, la veratrina, la tintura de colchico, el ópio y los tópicos emolientes. En los casos de eritema crónico, con ó sin ulceracion, es preciso recurrir á un tratamiento antiescrofuloso. En las jóvenes, esa forma crónica coincide tambien algunas veces con la amenorrea y con síntomas de clorosis. Entonces hay que llenar una indicacion especial, y recurrir á los preparados ferruginosos, particularmente al ioduro de hierro.

ERITEMA ESCARLATINIFORME.

El estudio del eritema escarlatiniforme es mas curioso que el de las formas precedentes. Despues de uno ó dos dias de malestar, y algunas veces de repente, sin alteraciones anteriores, se vé aparecer en la cara anterior del pecho, en el pliegue del brazo, en los muslos y vientre y otras veces en todas las partes del cuerpo, pero siempre con mas intensidad en las partes anteriores, una rubicundez punteada que va acompañada de un ligero escozor y de comezones que se estienden y alcanzan al cuello y la cara, volviéndose rojiza esta coloracion, al mismo tiempo que el movimiento febril cesa en el caso de haberse desarrollado: la lengua permanece natural ó ligeramente saburral. Al cabo de veinticuatro horas ó de cuarenta la erupcion palidece y empieza á efectuarse una ligera desecacion.

Por esa suscita descripción se vé cuán parecida es esta erupción á la escarlatina, y no hay duda que se cometen frecuentes equivocaciones respecto del diagnóstico. No obstante, se podrán evitar, sabiendo que en la escarlatina se observa habitualmente una angina con exudación (pseudo-membranosa), con una coloración rojiza de las amígdalas y del velo del paladar, y un estado particular de la lengua, cubierta en un principio por una capa blanca, la cual, al separarse al cabo de dos ó de tres días, deja la cara superior de la lengua con un color rojo vivo y como si estuviese despojada de su epitelio. En la erupción eritematosa los fenómenos generales, lejos de ser graves, son apenas notables; ordinariamente no se observa ningún síntoma propio de la boca ó del istmo de las fauces, y en cuanto á la erupción, jamás presenta esta las pequeñas vesículas miliares que tan frecuentemente se encuentran en la escarlatina. Por último, la misma descamación nos ofrece diferencias; es ligera y furfurácea en el eritema y se efectúa en la escarlatina por estensas placas.

No hablaremos, como signo de diagnóstico, de la albumina que se encuentra bastante frecuentemente en la orina de los enfermos afectados de escarlatina, habiendo sido encontrada esta sustancia por M. Sée en los eritemas sobrevenidos á consecuencia del erup; pero para concluir nuestro paralelo, añadiremos, que los eritemas están sujetos á recidivas: que no es raro ver enfermos afectados por dicha enfermedad varias veces y con intervalos variables, mientras que las recidivas de la escarlatina son muy raras. Así, pues, si se observa una erupción escarlatiniforme en una persona que ha sido ya afectada por una enfermedad análoga, es muy probable que se trate de un eritema.

Las causas del eritema escarlatiniforme son bastante oscuras: se ha invocado la influencia del cambio de estaciones, las emociones morales y la ingestión de alimentos escitantes. Muchas veces se la ha visto desarrollarse después de enfermedades graves, que han ocasionado una gran debilidad. Es preciso referir á esta variedad la mayor parte de las obser-

vaciones de M. Seé recogidas en niños que habian sido afectados por el erup.

Nada tenemos que decir acerca del tratamiento; el eritema escarlatiniforme desaparece espontáneamente al cabo de dos á cuatro dias: el enfermo debe guardar el reposo; se le administrarán bebidas refrescantes; se le pondrá á una dieta proporcional á la intensidad de los fenómenos generales; pero es inútil insistir en un tratamiento mas severo en una enfermedad que jamás hemos visto acompañada ó seguida de accidentes graves.

ERITEMA MAMELONADO.

Al lado del eritema escarlatiniforme colocaremos al eritema mamelonado, que se manifiesta á menudo, ya sea durante el curso, ya sea durante la convalecencia de enfermedades graves. Se le ha observado mas especialmente al mismo tiempo que el muguete. Recientemente hemos tenido ocasion de ver un ejemplo despues de una neumonia grave. Comunmente en el momento en que el estado general es mas satisfactorio es cuando sobreviene de repente una exageracion del movimiento febril, una agitacion general, escozor ó comezón en diversos puntos, y entonces se encuentran en los muslos, en el dorso, en el pecho, en la cara y principalmente en las nalgas unas eminencias redondeadas del volúmen de un guisante ó mayores aun y de un color rojo bastante vivo.

Al cabo de tres ó cuatro dias las manchas se extinguen, y la comezon se calma sobreviniendo una ligera descamacion. Hemos visto coincidir algunas veces con esta erupcion una rubicundez eritematosa de la mucosa bucal, y hasta hemos observado un verdadero muguete.

El diagnóstico de esta afección es fácil y su pronóstico leve: en cuanto á su tratamiento, debe este limitarse á las tisanas aciduladas (ó alcalinas en los casos de muguete), á los tópicos pulverulentos con los cuales se podrá mezclar una pequeña cantidad de óxido de zinc para combatir las co-

mezones, á los baños de agua de salvado si lo permite el estado de la enfermedad, y á algunos ligeros preparados de opio en los casos de agitacion general.

ERITEMA PRODUCIDO POR EL COPAIVA.

Consagraremos algunas líneas á otra variedad que se manifiesta despues de la ingestion del copaiva y que está caracterizada por unas manchas proeminentes, redondeadas, bastante confluentes, de color rosáceo y acompañadas de una viva comezon.

El eritema producido por el copaiva puede ser general; afecta especialmente las manos y la cara, á menudo va acompañada de una hinchazon edematosa del tejido celular sub-cutáneo. Algunos autores no han querido ver en esa afeccion mas que una urticaria, pero no se encuentran en ella la movilidad, la aparicion y la desaparicion sucesivas que son propias de la urticaria.

La erupcion se prolonga de dos á ocho dias, va acompañada comunmente de algunos fenómenos de embarazo gástrico y de un ligero movimiento febril; despues se deprimen las manchas, palidecen y la erupcion termina por una descamacion ligera y furfurácea.

La primera indicacion terapéutica consiste en la suspension del copaiva; se administrarán limonadas ó disoluciones de jarabes acidulos, y se prescribirán baños emolientes. Algunas veces, en los casos de embarazo gástrico muy pronunciado, se deberá recurrir á algunos evacuantes.

§ III.—ERITEMAS SINTOMATICOS Y SECUNDARIOS.

Solo nos resta describir los eritemas que sobrevienen como complicacion ó como consecuencia de otra enfermedad, y son el eritema *liso*, el eritema *paratrimo* y el eritema

PERNION.

ERITEMA LISO.

En la anasarca se ven sobrevenir algunas veces de repente, sin causa bien determinada, al rededor de las punturas practicadas con el objeto de dar salida á la serosidad, unas manchas rojizas de superficie lisa y uniforme, acompañadas de una hinchazon bastante notable; estas manchas constituyen el eritema liso (*erytéma leve*). Lo que mas interesa saber acerca de la historia de esa complicacion, es la gran tendencia que tiene á terminar por la gangrena de la piel y del tejido celular infiltrado.

El tratamiento raras veces llega á contener el curso de esa afeccion, mientras persiste la causa general que la ha dado nacimiento; no obstante, las lociones ligeramente aromáticas, tales como las que se practican con agua de sauco, á la cual se ha mezclado una ligera cantidad de alcohol alcanforado, las aplicaciones tópicas de polvos de licopodio ó de madera seca son los mejores medios empleados contra el eritema liso.

ERITEMA PARATRIMO.

En las afecciones graves, despues de una prolongada permanencia en la cama, se ven sobrevenir á menudo rubicundeces difusas, seguidas ó no de ampollas y de pústulas incompletas: la piel se vuelve negruzca y se forma una escara mas ó menos estensa, mas ó menos profunda, y mas ó menos estensa, de la cual el eritema ha sido el primer grado; esta variedad ha recibido el nombre de eritema *paratrimo*.

En estas circunstancias se deben emplear las lociones astringentes; el agua blanca, el alcoholato de melisa y el alcohol alcanforado, son los mejores tópicos. Mas tarde se emplearán el unguento de estoraque ó digestivo, las lociones con el vino aromático ó con el cocimiento de quina para favorecer la separacion de la escara y favorecer la cicatrizacion;

pero antes que todo se deberá oponer á la presion continua sobre las superficies enfermas, por medio de un sistema de almohadas apropiadas á las regiones afectadas, y sobre todo hacer variar, si es posible, la posicion del enfermo.

ERITEMA PERNION (SABAÑONES).

Al principio del invierno, aparecen en ciertos individuos unas rubicundeces lustrosas en las estremidades, que forman una proeminencia bastante apreciable, y son el asiento de un escozor y de comezons muy vivas que se exasperan por la elevacion de la temperatura. Se encuentran en las manos, en los pies, en las orejas y hasta algunas veces en las mejillas y en la nariz. En la juventud y sobre todo en la infancia, se manifiestan con preferencia. El temperamento linfático es muy favorable para su desarrollo.

Los sabañones han sido considerados como formando una transaccion entre las enfermedades locales simples y las enfermedades diatésicas, en las cuales la lesion local está siempre subordinada á una disposicion morbosa general. Si no hubiésemos obedecido al uso, habríamos debido colocar los sabañones en las *escrofúlides*.

Esta variedad de eritema puede terminar por resolucion; sobreviene entonces una ligera descamacion y la enfermedad desaparece. Pero la ulceracion sobreviene con bastante frecuencia; al cabo de algunos dias, se observa en los puntos en que existe el sabañon, una flictena, y despues una ulceracion que poco á poco va estendiéndose. La úlcera tiene un aspecto de mala naturaleza, sus bordes son irregulares, su fondo sanioso y grisáceo, á menudo parece bastante profundo y hay una verdadera pérdida de sustancia, cuya reparacion se hace esperar largo tiempo.

El modo como se desarrolla la enfermedad, su sitio, las influencias de la temperatura bajo la cual se manifiestan, harán conocer fácilmente los sabañones. Nosotros añadiremos que se manifiestan casi exclusivamente en los individuos de

temperamento linfático, y particularmente en la infancia ó en la juventud: sin embargo, tampoco es raro encontrarlos en los adultos.

La coincidencia habitual de los sabañones con el temperamento linfático, su asociacion frecuente con las manifestaciones escrofulosas, apróximán hasta cierto punto esa afeccion á las escrófulas; sin embargo, existen tambien á menudo sin que exista ninguna otra afeccion estrumosa y en muchos niños desaparecen hácia la edad de diez ó doce años.

El tratamiento debe variar segun el grado de evolucion á que hayan llegado los sabañones. Si solo se encuentran en el período eritematoso, las lociones escitantes hechas con una disolucion de tanino ó de alumbre, la aplicacion de sinapismos empleados para activar la circulacion, las unciones con la pomada de tanino, han dado á menudo resultados satisfactorios. Si hay ulceraciones se curarán estas con estoraque, con unguento digestivo, con tópicos ligeramente escitantes: se lavarán con vino aromático; el trabajo de la cicatrizacion se establece con lentitud y es preciso activarlo tanto como sea posible. Al mismo tiempo hay que dirigirse al estado general: los amargos, los tónicos y el aceite de hígado de bacalao sobre todo son de grande utilidad para combatir el linfatismo: primera causa predisponente de la afeccion que nos ocupa.

CAPITULO SEGUNDO.

URTICARIA.

Sabido es que existe una planta llamada *ortiga*, cuyo contacto determina ordinariamente en la piel una erupcion formada por unas placas blancas, acompañadas de una sensacion de quemadura y de una comezon muy viva; la enfermedad que vamos á describir presenta análogos caracteres á los que produce la ortiga, cuyo nombre le presta; esta enfermedad es la *urticaria*.

Los autores han designado tambien esta afeccion bajo los

nombres de *fiebre urticada*, de *porcelana*, y Alibert la llama *enidosis*. Presenta los siguientes caracteres, que son constantes y le pertenecen propiamente:

1.º Aparicion de placas mas ó menos estensas, mas ó menos proeminentes, acompañadas de una sensacion de calor y picazon, de una comezon especial, análoga á la que producen las ortigas.

2.º Desarrollo instantáneo y desaparicion brusca de la erupcion, la que, despues de haber durado varias horas, varios dias, cesa de repente para reproducirse lo mas comunmente con la misma rapidez y con un intervalo variable.

Si quisiéramos tener solamente en cuenta el exámen exterior, tendríamos que estudiar tres formas ó variedades de la urticaria; 1.º la urticaria simple; 2.º la urticaria tuberosa; 3.º la urticaria edematosa. Si dividiéramos la enfermedad segun el curso que sigue, deberíamos describir una forma aguda, una forma crónica y una forma intermitente. Nosotros adoptaremos la primera division, reservándonos indicar, al hablar del curso de la enfermedad, lo que ofrece de particular la urticaria al estado agudo, al estado crónico y al estado intermitente.

URTICARIA SIMPLE.

La urticaria simple está caracterizada por una erupcion de formas diferentes: ya está constituida por proeminencias del volúmen de un pequeño guisante, ya por placas redondeadas en sus bordes, muchas veces muy regulares y otras por el contrario presentan sinuosidades parecidas á los contornos de un mapa geográfico: por último, se encuentra tambien bajo la forma de una larga línea proeminente parecida á un latigazo (*Urticaria gyrata*). Esas placas pueden estar diseminadas, ó bien tan aproximadas las unas á las otras, que se confunden mutuamente; en este último caso la enfermedad constituye la *urticaria conferta* de algunos autores.

La coloracion de las proeminencias de la urticaria no es

siempre la misma. Ordinariamente su color es blanco mate, presentando muchas veces en su centro una depresion manifiesta; algunas veces son de color de rosa; pero en todos los casos existe á menudo al rededor de ella una coloracion sonrosada sobre la cual se marca la blancura habitual de la placa.

El tejido celular se interesa tambien, y se ve á menudo coexistir con las placas una hinchazon mas ó menos considerable. En ciertas regiones, en que este tejido es laxo y en que los demás tejidos son fácilmente estensibles, sobreviene tambien hinchazon; así en la cara, en el escroto y en los pechos, cuando se hallan invadidos por la afeccion, presentan una hinchazon en un grado muy notable.

A pesar de todos esos fenómenos la salud puede no alterarse, las funciones digestivas pueden ejercerse con regularidad y la manifestacion local constituye entonces toda la enfermedad. Pero las cosas no siempre pasan de este modo. Sucede frecuentemente ver coincidir la urticaria con un estado general de malestar y un embarazo de las vias gástricas; uno ó dos dias de fiebre, la lengua saburral y hasta vómitos marcan comunmente la invasion de la enfermedad; despues aparece la erupcion característica. Un poco mas tarde la fiebre desaparece, cesan los accidentes que hayan podido imponer por creerlos propios de una fiebre eruptiva, solo queda la urticaria, y si alguna duda pudiera haber respectó del diagnóstico, el curso irregular, por decirlo así, de la enfermedad, su independéncia de todo contagio, darán á conocer con prontitud la verdadera enfermedad. Ya no puede haber dudas desde el momento en que se hayan visto desaparecer las placas, sin dejar mas vestigios que una ligera descamacion, que algunas veces tambien puede faltar. Cuando existen esos fenómenos generales, y la enfermedad se presenta con el carácter de fiebre eruptiva, puede darse á la urticaria el nombre de *fiebre urticada*.

Con bastante frecuencia aparece tambien la urticaria un poco de tiempo despues de una comida, al mismo tiempo que

se experimenta un sentimiento de malestar epigástrico muy vivo y una sensacion de opresion muy penosa ; despues sobrevienen vómitos de sustancias alimenticias y todos los síntomas de una indigestion. Los vómitos alivian á los enfermos , pero la erupcion dura ordinariamente muchas horas ó muchos dias juntamente con los fenómenos de aparicion y desaparicion sucesivas de lamisma. En tales circunstancias la causa de la enfermedad debe buscarse en la ingestion de un alimento indigesto. Nosotros añadiremos que en la mayor parte de los casos de urticaria aguda y crónica , se puede comprobar la existencia de desórdenes del tubo intestinal. Mas adelante insistiremos en el papel que puedan jugar esos fenómenos en la produccion de la urticaria.

Entre los fenómenos generales notaremos el síncope como una de las complicaciones mas frecuentes y graves de la indigestion.

La urticaria simple puede durar solamente de dos á tres horas, pero otras veces [se prolonga mucho mas tiempo. Tendremos ocasion de ver en qué circunstancias puede afectar un carácter de cronicidad.

URTICARIA TUBEROSA.

La urticaria tuberosa solo difiere de la simple por la proeminencia mas considerable de las placas eruptivas , cuyo volumen iguala algunas veces al de una avellana y hasta al de una nuez : muchas veces solo aparece una sola placa y otras las proeminencias son numerosas. Va acompañada del mismo modo que la variedad precedente , de una hinchazon muy notable del tejido celular sub-cutáneo, el cual, cuando solamente existe una sola placa , dificulta muchísimo el diagnóstico : la intermitencia de la erupcion, su pronta desaparicion, seguida mas tarde de su reaparicion, servirán para distinguir la enfermedad.

URTICARIA EDEMATOSA.

En esta variedad de urticaria, la enfermedad está ca-

racterizada por una hinchazon edematosa que ocupa á menudo un espacio bastante estenso, por ejemplo, toda la cara ó todo el antebrazo; muchas veces la hemos visto limitada á los párpados ó á uno de los labios, y tambien al dorso de la mano. En la parte hinchada existen muchas veces placas de urticaria, pero en ciertos casos la piel no presenta ninguna eminencia; comunmente ó hay ó han existido comezones. El carácter esencialmente distintivo de esta tumefaccion, consiste en su brusca aparición, en la ausencia de dolor, y á la desaparicion igualmente pronta de la hinchazon, sin que queden vestigios de la hinchazon.

El curso de la urticaria puede ser agudo ó crónico; tambien es algunas veces intermitente.

El curso agudo es el mas frecuente; la enfermedad no dura entonces mas que algunas horas ó algunos dias. Esto es lo que sucede comunmente en la variedad designada con el nombre de fiebre *urticada*, á causa de los fenómenos generales que acompañan á la erupcion.

Cuando la urticaria es crónica puede durar meses y hasta años; en este caso no existe constantemente sino que aparece durante algunas horas, despues cesa de repente, para volver á aparecer, sin presentar jamás un ritmo regular en su manifestacion. La causa mas ligera, en apariencia, la impresion brusca del frio ó del calor ó una emocion moral bastan para determinar su manifestacion.

En la forma intermitente, que por otra parte puede ser aguda ó crónica, la erupcion aparece y desaparece periódicamente, unas veces todos los dias á la misma hora, y otras cada dos ó mas dias. Actualmente tengo bajo mis cuidados una enferma que, desde hace doce años, experimenta por la tarde y por la mañana, durante tres horas, una erupcion de urticaria muy intensa. No es raro ver á la urticaria ligada con una verdadera fiebre intermitente de tipo tercianario ó cuaternario; hasta algunas veces puede existir bajo la forma perniciosa.

La curacion es la terminacion mas habitual de la urtica-

ria, ya sea aguda, ya sea crónica. En los casos de asociacion con una fiebre perniciosa, puede sobrevenir la muerte, la cual reconoce mas bien por causa la fiebre, que la misma urticaria. Cuando la erupcion es muy crónica, solo se consigue algunas veces una semi-curacion, el enfermo se debilita, pero las placas reaparecen tambien de vez en cuando con poca intensidad, bajo la influencia de una infraccion del régimen ó de una emocion moral.

Se puede comprender, por otra parte, la grave influencia que puede ejercer sobre la constitucion, una enfermedad tan penosa, como la urticaria, cuando existe en el estado crónico. La sensacion de quemadura y de escozor que la acompaña, las comezones que obligan al enfermo á rascarse y á desgarrarse la piel con las uñas, y si estas no son suficientes con los cuerpos mas rugosos, y el insomnio que aquellas determinan esplican el estado de adelgazamiento y de marasmo en que caen los individuos atacados por la urticaria crónica. Así que el pronóstico deberá siempre, en estos casos, ser de los mas reservados. Del mismo modo la afeccion es leve, cuando existe en estado agudo, y se hace grave cuando reviste las formas de la cronicidad, cuyo cuadro acabamos de trazar.

El *diagnóstico* es en general bastante fácil. Se reconoce la urticaria por sus placas proeminentes, duras, blanquecinas, con una areola rojiza mas ó menos estensa, por las comezones irresistibles que la acompañan y sobre todo por la movilidad extrema de la erupcion. No hay ninguna otra enfermedad que aparezca y desaparezca mas completamente y sin dejar vestigios. La urticaria tuberosa puede ser tomada algunas veces por un eritema, pero esta última afeccion persiste durante algun tiempo, y no presenta jamás esas reapariciones súbitas que son esclusivamente propias de la urticaria. El eritema debido al copaiva, que hemos descrito anteriormente, no está caracterizado por placas tan proeminentes y tan duras, y su coloracion es constante; no se estinguen, como en la urticaria, para reaparecer con intervalos de irregular duracion.

El diagnóstico de la urticaria edematosa no es siempre tan fácil; el dolor, la tumefacción, la rubicundez extendida por la mano y por el antebrazo, pueden hacer creer en la existencia de un flemon ó de la erisipela. Si se quiere evitar el error interróguese al enfermo con cuidado, y así se verá que si la afección ha principiado bruscamente por la formación de unas placas rojizas acompañadas de vivas comezones y seguidas de una rápida hinchazon, hay que creer inmediatamente en la existencia de la urticaria edematosa; desaparecerá toda especie de duda, si se vé que la afección desaparece súbitamente. En todos esos casos el diagnóstico se halla suficientemente esclarecido por la aparición de nuevas placas de urticaria, ya en la parte hinchada, ya en las partes sanas.

Etiología.—Las causas de esta enfermedad son bastante numerosas. Ya obran por contacto sobre la piel, ya ejercen una influencia mas general, no siendo la manifestacion local mas que la manifestacion exterior de su accion sobre el aparato digestivo: por último, otras veces, la urticaria no reconoce ninguna de estas causas, sino que es la consecuencia de una emocion moral viva, ó de un desórden pasajero del sistema nervioso.

1.º En primer lugar colocaremos la *urtica urens*, planta, que despues de haberse puesto en contacto casi instantáneamente con la piel, produce efectos que duran bastantes horas. Tambien haremos mencion de ciertos insectos, tales como las orugas, las pulgas y los chinches, que en algunos individuos, despues de su contacto, ó de su picadura, producen en la piel una inchazon bastante considerable acompañada de comezones irresistibles que persisten á menudo tres, cuatro ó mas horas. Hay personas cuya susceptibilidad cutánea es tal que es suficiente que se rasquen, aunque sea ligeramente, para determinar casi inmediatamente la aparición de una placa de urticaria.

2.º Un gran número de alimentos provocan la urticaria, pero en este caso tambien hay susceptibilidades individuales

muy notables. Las almejas, las langostas y los cangrejos, determinan en ciertas personas fenómenos de indigestion; antes ó despues de los vómitos aparecen las placas características. En otros individuos, en lugar de la indigestion sobreviene un síncope como fenómeno inicial. Por último, en otros la ingestion de fresas, de cerveza, de café, de licores, de agua de Seltz, de ciertos medicamentos, como el bálsamo de copaiva y el ioduro potásico, por ejemplo, va constantemente seguida del desarrollo de la urticaria. Nada hay que pueda variar esa actitud especial, que se revela siempre en las mismas circunstancias, y eso sin que haya ninguna repugnancia por los alimentos ó bebidas, bajo cuya influencia se desarrolla.

3.º Se encuentran tambien casos de urticaria, en que esta se ha desenvuelto despues de vivas emociones de alegría ó tristeza. Una vez producida, la enfermedad se manifiesta despues con la mayor facilidad por el mismo concurso de circunstancias. Hasta es suficiente hablar de la enfermedad, para que esta estalle inmediatamente. Recordamos un estudiante de medicina que, asistiendo á una de nuestras lecciones acerca de la urticaria, nos la enseñó al fin de nuestro curso, desarrollada en sus brazos cubiertos de placas. La espesición de los síntomas de la enfermedad bastó para provocarla.

Para resumir lo que acabamos de decir acerca de las causas de la urticaria, añadiremos que si esta afeccion sobreviene algunas veces de un modo pasajero á consecuencia de un contactante irritante, lo mas comunmente se manifiesta bajo la influencia de un estado anormal del tubo digestivo, ya sea por la ingestion de un alimento ó de un medicamento dañoso, ya sea por efecto de una enfermedad aguda ó crónica del estómago ó de los intestinos. Interróguense los enfermos afectados de urticaria, sobre todo de urticaria crónica, y no se tardará en comprobar en ellos algunos desórdenes del tubo digestivo, de los cuales la urticaria es solo un síntoma. Hasta respecto de las causas morales, podemos notar que las

emociones morales obran para provocar la urticaria, cuando se efectúa la digestión, pudiendo por consiguiente invocarse como primera causa el desorden del trabajo digestivo. Pero una vez establecida la enfermedad, concebimos perfectamente que una emoción moral puede sola volver á despertar la erupción.

Tratamiento.—Las indicaciones curativas se deducen del curso de la urticaria y sobre todo del estudio de sus causas.

En la urticaria aguda se escluirán de la alimentación todas las sustancias que puedan provocarla: se deben aconsejar las carnes blancas, la carne asada, las legumbres; las bebidas acidulas tales como las limonodas, las naranjadas, ó bien las bebidas refrescantes, como el agua de cebada y grama: jamás deben prescribirse los baños, que ordinariamente aumentan la erupción: con estos medios la enfermedad no tardará en desaparecer.

En la urticaria crónica hay que ser aun mas severo en la alimentación. Se deben proibir los alimentos que contengan especias, el pescado, el tocino y la manteca: en algunos casos graves hay que aconsejar la dieta vegetal ó la dieta láctea, cuyos buenos resultados hemos observado algunas veces: investiguese sobre todo si existe algun desorden gastro-intestinal, en cuyo caso hay que obrar contra la afección digestiva: en esta última circunstancia se pueden emplear las aguas de Vichy, la magnesia y los baños alcalinos: pero es preciso saber tambien que, si esta medicación alcalina da resultados, hay otros casos en que la urticaria está ligada á una dispepsia alcalina, estando entonces indicados los ácidos; hemos visto muchas veces casos graves, en los que la limonada nítrica y los baños ácidos preparados con la adición de 15 gramos de ácido nítrico en un baño de agua templada, ha producido prontamente resultados favorables.

En la urticaria crónica, en la que no existen síntomas gastro-intestinales bien pronunciados y cuando la enfermedad persiste sin presentar regularidad en su aparición, pueden esperarse buenos resultados de los preparados arsenicales.

Nosotros administramos el licor de Fowler ó el de Pearson, el primero á la dosis de 3 á 12 gotas progresivamente, y el segundo á la dosis de 1 á 2 gramos al dia. No sabemos decir si estos preparados obran como modificadores de la piel ó como antiperiódicos; lo cierto es que con su administracion se han obtenido incontestables curaciones.

En la urticaria de tipo intermitente perfectamente definido, se puede tambien recurrir á los preparados arsenicales y al sulfato de quinina; este último medicamento está indicado en los casos de fiebre urticada intermitente, que data de poco tiempo. Pero si la enfermedad es mas antigua, si las erupciones siguen una periodicidad poco regular, es preciso tener mas confianza en el arsénico.

¿Existen tópicos que pueden, si no curar la enfermedad, al menos calmar las comezones tan penosas que constituyen uno de los síntomas mas constantes? Sin responder con una absoluta negativa, creemos que las lociones con vinagre y los tópicos pulverulentos, á los cuales se asocie el alcanfor ó el óxido de zinc son poco eficaces. Solo obrando de un modo mas eficaz, regularizando el sistema nervioso y el tubo digestivo, sobre todo, como lo hemos dicho, es como puede vencerse una afeccion tan rebelde y á menudo tan penosa.

Acabamos de esponer la historia de la urticaria bajo diversos aspectos; la hemos presentado como una afeccion ya idiopática, ya sintomática; sin embargo, nos falta manifestar qué lugar debe ocupar en el cuadro nosológico. ¿Es una fiebre? ¿Es una inflamacion? ¿Es una neurosis? ¿Es un herpes? No tenemos respuestas satisfactorias para contestar á estas preguntas. Si en esas formas múltiples, la urticaria parece que sucesivamente reviste el carácter de uno de esos tres grupos, siempre le falta alguna cosa para que pueda ser colocada definitivamente en cualquiera de ellos.

No hay duda que la fiebre urticada puede considerarse como una *fiebre eruptiva*, respecto de su evolucion, pero la separa de ésta una distancia inmensa, si se tiene en cuenta su movilidad, la ausencia de todo carácter específico y de

todo contagio; y sobre todo sus posibles reapariciones bajo la influencia de causas que la han provocado por primera vez. ¿Será una mera *febre intermitente*, y cuando la urticaria se presenta con el carácter pernicioso, hay motivos para preguntarse si la erupción no es mas que un epifenómeno? Esos casos, es verdad son muy raros, y no nos parecen bastante numerosos para poder fundar en ellos una distincion nosológica tan manifiesta.

¿Es una *inflamacion*? La rubicundez periférica, la tension, el calor, la hinchazon, pueden hacerlo suponer así; pero ¿qué hay de comun entre el curso de una inflamacion franca y el de la urticaria? ¿Se han visto jamás sucederse con semejante rapidéz en las inflamaciones la aparicion y la desaparicion de los accidentes locales?

¿Es una *neurosis*? Si solo se tuviese en cuenta el curso irregular de la enfermedad, si solo se fijara la atencion en su movilidad, esta opinion seria casi aceptable. Pero el carácter de las neurosis es el de existir independientemente de toda lesion anatómica apreciable, y nada hay que sea tan evidente como la placa de la urticaria, y la participacion inmediata de los elementos de la piel y del tejido celular inmediato, como manifestacion local.

Su larga duracion, sus frecuentes recidivas, su propagacion á casi la totalidad de la cubierta cutánea, han hecho que ciertos médicos la consideraran como una enfermedad propia de la piel, y la mirasen como un *herpe*; pero, á parte de que el carácter hereditario falta en la urticaria para que esté comprendida en el número de las enfermedades diatésicas, su habitual subordinacion á una enfermedad del aparato digestivo, y sobre todo su curso irregular, hacen que la afeccion que nos ocupa sea enteramente diferente de las enfermedades herpéticas.

No podemos por consiguiente marcar decididamente el lugar que debe ocupar la urticaria en el cuadro nosológico; no obstante, en dermatologia, y siguiendo el orden general de la clasificacion que hemos adoptado, hemos creído deber

colocarla en las enfermedades de la piel que sobrevienen accidentalmente y sin influencia diatésica, reservándonos completamente abordar toda cuestion relativa á su naturaleza y á su sitio anatómico.

CAPITULO III

ECTIMA.

El ectima, atendida su etimología, se deriva de la palabra griega *Εκθίμα*, que significa una erupcion cualquiera: Willan ha sido el primero que le ha definido de una manera precisa; nosotros adoptaremos su definicion, llamando así á una enfermedad caracterizada por una erupcion de pústulas fisaciaes, bastante voluminosas, redondeadas, susceptibles de secarse formando costras y dejando luego una mancha de color de violeta, que persiste durante algunas semanas.

Willan colocó el ectima en la clase de las pústulas entre la varioloide y el impétigo, queriendo al parecer, por esta amalgama, poco metódica, proporcionar argumentos á los adversarios de su clasificacion. En su *Tratado de dermatosis* Alibert coloca el ectima, al cual dá el nombre de *fisacia*, en la clase de los *eczemas*, simples enfermedades inflamatorias. Nosotros, considerando que su desarrollo es ordinariamente accidental y que no está sujeto á ninguna influencia diatésica, hemos colocado el ectima en la segunda clase de nuestra clasificacion dermatológica.

Dividiremos el ectima, segun su curso, en *ectima agudo* y en *ectima crónico*.

Subdividiremos luego el ectima agudo en *ectima simple* y en *ectima gangrenoso*; y el ectima crónico en *ectima de los niños* y *ectima de los adultos* ó sea *ectima caquético*.

§ I. ECTIMA AGUDO.

1.º—ECTIMA SIMPLE.

El ectima simple empieza por una ligera elevacion de la epidérmis acompañada de un escozor y de una comezon poco vivas, despues la elevacion epidérmica aumenta, aparece una pústula perfectamente circular y rodeada por una areola rojiza; esta pústula contiene un pus espeso semejante al pus flemonoso. Al cabo de dos ó tres dias la epidérmis se rompe, el pus se derrama hácia fuera, y mezclado con la linfa plástica se concreta dando lugar á la formacion de costras de color gris amarillento, algunas veces moreno ó negro por la adición de sangre.

La costra ectimatososa es redondeada como la pústula que la ha dado origen; se adhiere á las partes adyacentes y presenta por debajo de ella, cuando se la separa demasiado pronto una ulceracion bastante profunda; cuando se deja caer espontáneamente, se encuentra en su lugar una mancha violácea debida á la formacion de una nueva epidérmis, cuya mancha no tarda tampoco en estinguirse.

Algunas veces las pústulas ectimatosas se forman sin dolor, pero lo mas comun es que acompañe al principio y formacion de la pústula una sensacion de escozor, de calor y hasta de dolor lancinante. El dolor es sobre todo vivo cuando la epidérmis se rompe demasiado pronto y cuando la separacion prematura de la costra facilita el contacto de la ulceracion con el aire ó con cuerpos irritantes.

En el ectima se desarrollan varias pústulas, ya simultáneamente, ya sucesivamente; ordinariamente aisladas las unas de las otras, raras veces se reúnen en grupos, y en los casos en que se tocan, es fácil conocer la asociacion de varias pústulas distintas, mientras que en las erupciones psidráceas no se vé mas que una estensa elevacion epidérmica, sin que puedan distinguirse las pústulas primitivas.

El número de pústulas es variable en el ectima; rara

veces aparece solo una, y mas comunmente se observa un gran número, que pueden invadir las diferentes regiones de la piel; no obstante, ocupan con preferencia las manos y los pies, y tambien se encuentran con bastante frecuencia en los miembros, en el tronco y en las nalgas; es muy raro observarlas en la cara.

Ademas de los fenómenos locales que acabamos de esponer se notan tambien algunas veces en el ectima fenómenos generales; tales como, un malestar general con quebrantamiento, de huesos, cefalalgia é inapetencia, cuyos síntomas van acompañados de un ligero movimiento febril. Cuando el ectima es muy estenso y las pústulas son numerosas, se producen fenómenos análogos á los de toda supuracion; el malestar general es mas pronunciado y algunas veces se observa tendencia á las lipotimias y escalofrios erráticos. Por lo demás, esos fenómenos generales son ordinariamente de poca duracion, á menos que el ectima no se haya agravado por alguna afeccion concomitante, constituyendo entonces complicaciones.

Esas complicaciones son de varias especies; unas veces consisten en simples fenómenos de inflamacion, tales como hinchazon y rubicundez del tejido celular sub-cutáneo, acompañadas de absesos poco estensos; otras veces los vasos linfáticos se inflaman al rededor de la pústula y se les vé irradiar bajo la forma de cintas rojizas que se dirigen hácia los gánglios correspondientes, los cuales están tambien tumefactos y dolorosos.

El forúnculo es una afeccion que acompaña tambien frecuentemente á las pústulas del ectima, y lo mismo diremos del panarizo superficial ó uñero que se desarrolla al rededo de las uñas. Parece por otra parte que en los enfermos afectados por el ectima, existe en la piel y en el tejido celular sub-cutáneo una gran facilidad en supurar. A mas de los forúnculos y de los uñeros, de que hablamos, cualquiera puntura, cualquiera escoriacion, en lugar de curarse con prontitud, tiende á estenderse y á supurar. El vulgo espresa

esa disposicion particular diciendo que los enfermos *tienen humores*.

El ectima simple sigue un curso agudo. Cada pústula recorre sus períodos en poco tiempo; cinco dias, á lo mas diez, son suficientes para que desaparezcan y entonces solo queda una mancha violácea que se estingue insensiblemente. Pero á medida que las pústulas desaparecen, van desarrollándose otras nuevas, de suerte que la enfermedad puede durar muchas semanas y hasta algunos meses. De este modo la afeccion es siempre aguda, pero por efecto de nuevas erupciones, la enfermedad puede hacerse verdaderamente crónica.

La curacion es la terminacion mas ordinaria del ectima; pero algunas veces, cuando la constitucion está deteriorada, no se manifiesta tendencia alguna saludable y las pústulas se perpetúan, adquiriendo cada una de ellas una duracion mas ó menos larga; la cronicidad se establece y cuando las costras llegan á desprenderse, dejan al descubierto una ulceracion de mala naturaleza. El linfagismo, que complica á menudo al ectima, es ordinariamente poco grave; en algunos casos, muy raros, esta complicacion ha podido no obstante determinar una funesta terminacion.

El *diagnóstico* del ectima es fácil; el aislamiento de la pústula, su forma redondeada, y la areola rojiza que la rodea, su volúmen y su curso agudo evitarán cualquiera confusion. Digamos no obstante algunas palabras acerca de las afecciones que presentan alguna semejanza con esta enfermedad y que pudieran inducir á error: estas son el *forúnculo*, el *impétigo*, el *acné*, el *pémfigo* y las *erupciones sifiliticas*.

El *forúnculo* empieza por una pequeña pústula, quizás menos deprimida que en el ectima, y rodeada por un círculo rojizo, lo mismo que en esta última afeccion, así que en este primer período el diagnóstico es difícil; pero mas tarde, mientras que la pústula ectimatosa se eleva sin romperse y sin que se interese mucho el tejido celular, en el forúnculo la pústula

inicial se rompe pronto, la piel adquiere un color oscuro, y sobreviene una hinchazon considerable, haciéndose luego los dolores vivos y lancinantes. Mas tarde se escapa juntamente con un pus muy espeso ordinariamente coloreado por la sangre, un cuerpo gangrenoso, llamado raiz ó clavo.

El ectima y el impétigo son dos afecciones pustulosas, pero su aspecto es muy diferente. En el impétigo las pústulas, en lugar de estar aisladas y ser regulares y voluminosas, son pequeñas, desiguales, están aproximadas y hasta muchas veces confundidas las unas con las otras, en una palabra, son *psidráceas*.

Al cabo de algunos dias esas pústulas se rompen y cubren de costras desiguales, irregulares, que en nada se parecen á las costras del ectima. El espacio que ocupan, siempre estenso, aumenta por contigüidad, mientras que las pústulas del ectima se desarrollan aisladamente.

Es á veces bastante difícil diferenciar el *acné* del ectima; observaremos sin embargo que en el ectima todo lo que constituye la pústula se halla invadido por la supuración, mientras que en el *acné* se encuentra casi siempre una base que no supura. Las pústulas de la mayor parte de las variedades del *acné*, son por otra parte pequeñas, puntiagudas, ocupan casi exclusivamente el rostro, los hombros y el pecho, y siguen un curso mas crónico.

En algunos casos de *penfigo agudo*, cuando las ampollas terminan por supuración puede existir cierta semejanza con el ectima; pero en la primera enfermedad, la proeminencia epidérmica está redondeada con menos regularidad, ocupa á menudo un espacio mas estenso, y cuando la epidérmis llega á romperse, la costra que resulta de la desecación del pus es menos dura, menos compacta, y si esta costra se separa, la ulceración parece mas superficial.

Raras veces se confundirá el ectima simple con las pústulas sifilíticas; en efecto, estas últimas presentan siempre un aspecto particular. Asi que, á mas de la coincidencia con otros fenómenos, tales como los infartos ganglionares, las

placas mucosas, etc., las sifilides pústulo-crustáceas se hallan rodeadas por una areola negruzca, tienden á la cronicidad, y duran con frecuencia un mes, seis semanas, ó mas aun; cuando las costras se separan dejan ordinariamente ulceraciones irregulares, desiguales, muchas veces de bordes perpendiculares y algunas veces serpiginosas. Por último hay ausencia completa de reaccion local y no existen ni dolor, ni comezones.

Pronóstico.—Siempre puede hacerse del ectima un *pronóstico favorable*; de duracion corta en general, recorre rápidamente sus períodos y llega pronto á la curacion. No obstante, en los viejos ó en los individuos profundamente debilitados, hay tendencia á pasar al estado crónico y á revestir la forma caquética.

Etiología.—Las causas del ectima son predisponentes y ocasionales. Es una verdad que la infancia, la primera juventud, el temperamento linfático, el estío ó el principio de la primavera favorecen el desarrollo de esta afeccion: pero casi siempre su manifestacion está sujeta á la influencia de causas directas. Entre estas causas, la irritacion de la piel juega el principal papel. Así que, las fricciones hechas con pomadas enranciadas ó irritantes, tales como la pomada estibiada, por ejemplo, determinan una verdadera erupcion ectimatosas. Tampoco es raro observar pústulas ectimatosas en los límites de un vejigatorio, pero cosa notable y nosotros lo hemos visto; despues de la aplicacion de un vejigatorio sobre el pecho, en el punto correspondiente y opuesto, en el que no se habia aplicado ningun emplasto apareció una erupcion semejante.

Sea cual fuere la importancia de las causas que acabamos de enumerar, están lejos de ser tan frecuentes como la irritacion determinada en la piel por la presencia del acarus de la sarna. En efecto, este parásito juega tal papel en la produccion del ectima, que en presencia de esta última afeccion y en ausencia de una causa directa bien evidente, es preciso pensar inmediatamente en la sarna y buscar los surcos característicos.

Especialmente en los individuos de temperamento linfático es en los que se encuentra el ectima juntamente con la sarna, y á menudo en esos individuos se halla un pequeño número de surcos y por consiguiente muy pocos acarus, siendo así que el número de las pústulas ectimatosas es numeroso. Apoyado en este hecho, es como M. Devergie ha querido hacer jugar al acarus un papel secundario en la sarna. Pero M. Devergie va ciertamente demasiado lejos; el acarus existe siempre y la abundancia de las pústulas prueba solamente una disposicion particular de la piel en virtud de la cual el ectima se desarrolla y se estiende. Cuando el ectima va acompañado de la sarna, las pústulas ocupan casi siempre las manos ó los pies, algunas veces las nalgas y mas raramente el abdómen.

Tratamiento.—El tratamiento del ectima agudo es fácil y consiste únicamente en aplicaciones locales emolientes; se emplearán las cataplasmas de fécula ó de harina de arroz, las compresas mojadas con un líquido emoliente; los baños emolientes locales y hasta algunas veces generales; se aconsejarán las tisanas refrescantes, los cocimientos de cebada y de grama, las limonadas, etc., con cuyos medios la enfermedad se cura en poco tiempo. Pero en los casos mas frecuentes, es decir, en los de ectima sarnoso, es preciso ante todo, procurar la desaparicion de los parásitos para obtener la curacion radical de la enfermedad, y por otra parte, para dar principio á la destruccion de los parásitos, hay que principiar antes por disminuir la inflamacion ectimatosas. Así que, nosotros acostumbramos devolver primero á la piel su estado normal por medio de aplicaciones emolientes locales, de cataplasmas, de lociones y de baños: cuando las pústulas han desaparecido, es entonces posible recurrir á las fricciones irritantes que destruyen el parásito.

No obstante, aun despues de la curacion de la sarna, no es raro observar tambien algunas erupciones ectimatosas. Pero estas erupciones cada vez disminuyen en estension y no tardan mucho tiempo en desaparecer.

En ciertos casos el ectima va acompañado de síntomas de

embarazo gástrico; el empleo de algunas sales néutras purgantes está entonces perfectamente indicado, y activa la curacion.

2.º—ECTIMA GANGRENOSO.

El ectima gangrenoso es una afeccion bastante rara, y que nosotros creemos haber sido los primeros en observar. En esta circunstancia la enfermedad se ha presentado á nuestra vista bajo la forma de pústulas flisácias, rodeadas por una areola de color rojo oscuro primero, y gris mas tarde, que no tarda en convertirse en una escara circular, la que al desprenderse deja en su sitio una ulceracion de mala naturaleza. Esos fenómenos locales van acompañados de una gravedad en el estado general; hay debilidad estrema, alteracion del rostro, pulso frecuente y débil, lengua seca y pastosa, vómitos y por último delirio que precede á la muerte.

El ectima gangrenoso no ha sido descrito por los autores; ¿será acaso la misma enfermedad que se ha descrito bajo el nombre de *rupia escarótica*? Por lo demás, el curso de esta afeccion es agudo. En el individuo de nuestra observacion la gangrena se manifestó dos dias despues del principio de la afeccion y la muerte sobrevino cinco ó seis dias despues. Esta afeccion se encuentra en los sugetos debilitados, en los viejos cuya constitucion se halla deteriorada por la edad y por la miseria. En esas condiciones se encontraba el viejo que nos presentó esta afeccion y en el cual el ectima estaba además complicado con la sarna, como en los casos simples.

El diagnóstico no presenta ninguna dificultad, y el pronóstico es siempre grave.

El tratamiento debe ser sobre todo general; alimentos tónicos y reparadores, vino generoso, preparados de hierro y de quina. Además pueden las partes afectadas detergerse con lociones escitantes, tales como el alcohol alcanforado debilitado con agua, vino aromático, etc.

§ II.—ECTIMA CRÓNICO.

El ectima crónico es menos común que el ectima agudo; presenta, como hemos dicho, dos variedades: la *infantil* que se observa en los niños, y la *caquética* que se presenta con preferencia en los viejos ó en los adultos, cuya constitucion se halla deteriorada.

1.º—ECTIMA INFANTIL.

El ectima infantil está caracterizado por unas pústulas redondeadas, fisáceas, aisladas las unas de las otras y rodeadas de una areola de color rojo oscuro; su desarrollo, esclusivo del niño, se efectua en todos los puntos de la cubierta cutánea. Las costras que las reemplazan son negras y adherentes y cuando se separan demasiado pronto, dejan debajo de ellas unas ulceraciones saniosas, grises, bañadas por un pus seroso y fétido, que tiene todos los caractéres del pus escrofuloso. La tendencia que tienen esas ulceraciones de pasar al estado crónico, hace que persistan ordinariamente durante muchos meses.

Al propio tiempo se ven sobrevenir fenómenos generales que anuncian una profunda alteracion en la nutricion: se declara una fiebre hética, con accesos que se manifiestan por la tarde, acompañada de una abundante transpiracion, de anorexia, de diarrea, de abatimiento y de un notable enflaquecimiento, cuyos fenómenos son el prelude de una fatal terminacion, si no se logra detenerlos en su curso. Algunas veces, es verdad, se observa que esos síntomas generales disminuyen de intensidad, despues de haber ofrecido un carácter verdaderamente alarmante, en cuyo caso el apetito se restablece, cesa la diarrea, renacen las fuerzas, y al mismo tiempo disminuye el número de las pústulas, las úlceras se cicatrizan y la curacion no se hace esperar. Esos casos de feliz terminacion son raros, siendo lo mas ordinario que sobre-

vengan complicaciones habituales en esta afeccion dependientes de los órganos digestivos.

El *diagnóstico*, en general fácil, solo puede presentarse incierto existiendo una afeccion sifilítica pustulosa. En efecto, esta última enfermedad puede encontrarse en la infancia; pero en este caso las pústulas no se hallan jamás solas y siempre se ven otros fenómenos concomitantes, habiéndolos, que raras veces faltan, tales como las placas mucosas que afectan ya los labios, ya los órganos genitales, ya el ano.

El *pronóstico*, es siempre grave, siendo la muerte la terminacion mas frecuente.

Las *causas* del ectima infantil están constituidas casi exclusivamente por las malas condiciones higiénicas en medio de las cuales viven los niños; así que se encuentra esta afeccion en los niños mal cuidados, sometidos á una mala alimentacion y que respiran un aire viciado.

Los medios higiénicos deben ocupar el primer lugar entre los agentes terapéuticos; la curacion se obtendrá rodeando al niño de una atmósfera muy sana, proporcionándole una buena nodriza ó sometiéndole á un régimen mas conveniente, y en particular insistiendo en la alimentacion láctea, si se trata de niños muy jóvenes. Los tópicos emolientes producen siempre malos resultados; determinan la caída de las costras y dejan al descubierto ulceraciones, que entonces se hacen mas dolorosas: lo mejor es espolvorear las partes enfermas con polvos de almidon ó de licopodio y preferentemente con polvos finos de madera seca, mezclados con polvos de tanino ó de quina. Los baños gelatinosos algunas veces han producido buenos resultados y son mejores que los baños puramente emolientes. El aceite de hígado de bacalao, algunos preparados ligeros de hierro ó de quina, tambien secundan muchas veces el efecto de los medios higiénicos.

2.°—ECTIMA CAQUÉCTICO.

El ectima caquético (*cacheticum, luridum*) y la rupia son para nosotros una misma afeccion. La rupia no es una es-

pecie patológica distinta que merezca una denominacion especial, sino que es solamente un ectima desarrollado en individuos que viven en malas condiciones higiénicas. No tenemos necesidad de invocar mas pruebas de esa semejanza que la dificultad que experimentan todos los autores para diferenciar esas dos enfermedades : en efecto, tienen la misma apariencia, se desarrollan bajo las mismas influencias y reclaman igual tratamiento : son, pues, dos afecciones semejantes que solo requieren una misma descripcion.

El ectima caquético se presenta bajo la forma de pústulas aplanadas, rodeadas por una areola de color rojo oscuro y que contienen un líquido sonrosado que no tarda en derramarse hácia fuera. Esas pústulas no se presentan, pues, con sus caracteres bien marcados, la epidérmis no está tensa, sino arrugada en su superficie; tampoco se las puede dar el nombre de ampollas, como quieren los que colocan la rupia en las afecciones ampollosas (Willan, etc.); sino que consisten en una lesion anatómica intermedia entre la ampolla y la pústula. El líquido que se halla en su interior ni es pus, ni serosidad, sino una mezcla de ambos líquidos y frecuentemente de un poco de sangre. Una parte de este líquido se dearrama hácia fuera, otra parte se concreta, de lo que resulta la formacion de una costra densa y negruzca, que presenta algunas veces una forma bastante proeminente para hacer admitir á los autores una variedad distinta; la *rupia prominens*.

Cuando las costras caen se encuentra debajo de las mismas una ulceracion profunda y gris, que segrega un pus sanioso; una vez formadas, esas úlceras no tienen ninguna tendencia á la cicatrizacion, sino que duran semanas y meses enteros. Así que el curso de la erupcion es crónico, lo mismo que el de la enfermedad; nosotros hemos visto, sin embargo, que en el ectima simple agudo, el curso de la enfermedad puede ser crónico, aunque el de la erupcion haya sido siempre agudo.

El ectima caquético puede durar meses y hasta años si los

fenómenos generales no son demasiado intensos. Esos fenómenos, que dependen por otra parte de malas condiciones higiénicas en medio de las cuales se desarrolla la erupcion, consisten en la dispepsia y en la debilidad general precedida de la diarrea; tambien se observa un movimiento febril habitual, sudores abundantes y un adelgazamiento progresivo. Cuando esos síntomas generales son muy pronunciados, la enfermedad termina por la muerte; en los casos mas felices, al cabo de cierto tiempo la supuracion se estingue, las úlceras se secan, las costras caen, pudiendo obtenerse la curacion.

El *diagnóstico* del ectima caquético es fácil para nosotros que consideramos esa enfermedad como idéntica con la rupia.

En efecto, no confundimos el ectima caquético con el pénfigo que nos presenta unas ampollas bien formadas, que raras veces dejan costras despues que se rompen; cuando esas costras existen son delgadas, aplanadas y las ulceraciones que dejan despues de su caída son superficiales y poco profundas.

Le distinguiremos fácilmente del impétigo cuyas costras son mas blandas, mal limitadas, mas estensas y sin profunda ulceracion.

El diagnóstico es mas dificultoso en presencia de una erupcion sífilítica pústulo-crustácea; pero si se recuerda que en el ectima caquético las costras son negras, mientras que en la sífilis son de color verdi-negro, y sobre todo que esta última afeccion está caracterizada por fenómenos múltiples, se llegará casi siempre á formar un diagnóstico preciso.

El *pronóstico* es grave; en efecto, sobreviniendo el ectima caquético en individuos colocados en muy malas condiciones higiénicas y debilitados por la edad ó por la miseria, la muerte es comunemente la fatal terminacion de la enfermedad.

Las *causas*, como lo acabamos de decir, dependen sobre todo de una mala higiene. Esta afeccion se observa en personas ancianas ó en jóvenes debilitados por la miseria ó por

una mala nutrición. Por lo demás las causas eficientes son las mismas que las del ectima simple. Puede sobrevenir un ectima que revista la forma caquética en un individuo cuya nutrición se halla profundamente alterada y sufra fricciones irritantes, contraiga la sarna, ó experimente algunas escoriaciones en la piel.

Esas condiciones etiológicas nos guían en la terapéutica. Así, que, hay que modificar la constitución con los preparados de hierro ó de quina, y colocar al enfermo en las mejores condiciones higiénicas posibles. Además de los baños escitantes, alcalinos, sulfurosos ó gelatinosos, se practicarán sobre las úlceras lociones con alcohol alcanforado diluido en agua, se curarán estas con planchuelas untadas con estoraque ó unguento digestivo, y se tocarán alguna que otra vez con el nitrato de plata. Esos diversos medios vendrán en ayuda de un tratamiento general, el cual debe siempre ocupar la primera línea.

Para terminar la historia del ectima, solo nos resta determinar su sitio anatómico en los diversos elementos de la piel.

Muchos autores le han asignado los folículos sebáceos y han creído que la forma redondeada de sus pústulas dependía de la forma redondeada de los folículos. Nada hay que pruebe esta aserción y en efecto, los folículos sebáceos son el asiento de afecciones particulares descritas bajo el nombre de *acné*, que todas revisten un aspecto distinto del que presenta el ectima; por otra parte si así fuera, debería encontrarse el ectima en los puntos en que existen mayor número de folículos sebáceos, en los cuales se manifiesta ordinariamente el *acné*, como son la cara y el tronco, por ejemplo; pero sabemos que en estos parages es muy raro el ectima, y por el contrario que tiene una especie de predilección por los miembros y sobre todo por las estremidades, las manos y los pies.

Los anatómicos no han encontrado glándulas sebáceas en la cara palmar de la mano y en la planta del pié, lo cual

prueba evidentemente que el ectima, tan frecuente en estas regiones, no tiene su asiento anatómico en los folículos sebáceos.

CAPITULO IV.

ZONA.

La zona ha recibido diferentes dominaciones. Designada con los nombres de *fuego de San Antonio*, *fuego sagrado* (*ignis sacer*) algunos médicos la dan tambien los nombres de *herpes*, *zona* ó *zoster*: nosotros preferimos, como la mayoría de los patólogos, emplear simplemente y sin adición la palabra *zona*.

Bajo las diversas denominaciones que acabamos de mencionar, se designa una afección caracterizada por unas placas rojizas, poco proeminentes, cubiertas de vesículas agrupadas, que dejan entre sí intervalos de piel sana. Esta erupción tiene una especie de predilección por el tronco, en cuya parte forma una especie de cinturón ó mas bien un semi-cinturón, puesto que solo existe en un lado, aunque tambien se la puede encontrar en la cara y en los miembros, por ejemplo.

La zona principia generalmente con fenómenos generales, tales como un ligero malestar, quebrantamiento de huesos y anorexia: despues el enfermo no tarda en experimentar en un punto bastante limitado una sensación de calor, un verdadero escozor y hasta dolorosas punzadas. Si se examina la parte que es el asiento de esos fenómenos, se descubren en ella muchas placas rojizas de variable estension, pero que pasan raras veces de 4 á 8 centímetros. Sobre estas placas rojizas bien pronto se elevan unas vesículas trasparentes, del grosor próximamente de un grano de mijo, en número de quince á veinte, y cuyas fases de terminación son variables.

Algunas veces, en efecto, se ven varias vesículas que se confunden entre sí, de modo que forman una sola

ampolla de contornos irregulares, mientras que se ven otras que siguen aisladas durante toda su evolucion. En estos dos casos sucede ordinariamente que la serosidad primero se enturbia, despues se reabsorbe, y una costra morena, algunas veces negra reemplaza á la vesícula; al propio tiempo la mancha rojiza se deprime, despues desaparece y al cabo de algunos dias la costra no tarda en caer.

En algunos casos mas raros y sobre todo cuando la enfermedad ha sufrido un tratamiento poco conveniente, en lugar de reabsorberse, la serosidad se hace purulenta, la epidérmis se rompe y deja al descubierto una ulceracion gris y raras veces senrosada. Una costra negra concluye por cubrir la ulceracion y la cicatriz se forma mas tarde, despues de la caída de esta costra. Por último, raras veces se vé desarrollar una escara gris al rededor de la vesícula primitiva, cuya escara deja despues de su caída una profunda ulceracion. Esta forma, que pudiera recibir el nombre de *zona gangrenosa* afecta sobre todo á las personas ancianas y á aquellas cuya constitucion se halla deteriorada por malas condiciones higiénicas.

Independientemente de esos fenómenos que pueden considerarse como los signos sensibles de la afeccion, los enfermos experimentan un dolor sordo, continuo, que presenta diversos grados de intensidad, que comparan ya á la sensacion de una quemadura, ya mas comunmente á una punzada, y que puede ser tan intenso que ocasione el insomnio.

Los caracteres de este dolor lo asemejan mucho á las neuralgias; y lo mismo que en estas últimas, presenta en el trayecto de los nervios puntos particulares que la presion exaspera y en los cuales las punzadas son siempre mas vivas. Sin razon se ha dicho que este dolor era constante, puesto que hemos encontrado muchos casos en los que faltaba completamente; ordinariamente este dolor sigue á la erupcion, y raras veces le hemos visto desarrollarse al principio de la enfermedad ó preceder á la aparicion de la rubicundez y de las vesículas. Poco vivo en general en los jóvenes y en los indi-

viduos fuertes, dicho dolor es, por el contrario, mas intenso y se prolonga durante largo tiempo en los individuos debilitados y principalmente en los viejos: es igualmente mas pronunciado en los enfermos sujetos á las neuralgias.

Las placas rojizas cubiertas de vesículas son en número variable; así, mientras que en ciertos casos solo se observan dos ó tres, en otros existen en un número mucho mas considerable. Su sitio de predileccion es el tronco, en cuyo punto se desarrollan siguiendo una línea ligeramente oblicua de arriba abajo, y de atrás adelante.

La erupcion ordinariamente solo afecta un solo lado y se detiene por delante y por atrás en la línea media, la cual es una especie de barrera que dificilmente franquea; así que la zona doble es muy rara; no obstante se han citado algunos casos, pero aun en ellos los dos semi-cinturones no se corresponden, estando el uno mas elevado que el otro.

Algunos autores han creído notar que la erupcion afectaba mas á menudo á un lado que al otro. José Franck y M. Cazenave han dicho que existia mas á menudo en la derecha que en la izquierda.

Aunque la zona es mas frecuente en el tronco, no por eso deja de ser esclusiva de esta region. Se observa dicha enfermedad en el cuello, en la cara, y tambien en el cuero cabelludo: igualmente se la ha encontrado en el brazo, cuya direccion sigue, empezando por el hombro y concluyendo en el antebrazo y en la muñeca; por último se la ha visto en los miembros inferiores, estendiéndose desde la espina iliaca anterior y superior hasta la cara interna de la pantorrilla. Pero sea cual fuere su sitio, sus caractéres y sus terminaciones son los mismos.

Los fenómenos generales son ordinariamente poco pronunciados en esta afeccion. Algunas veces sobrevienen al principio un ligero malestar y fenómenos febriles de poca duracion, pero al cabo de pocos dias cesa el abatimiento, renace el apetito y las funciones adquieren su regularidad; no obstante, en ciertos casos los dolores neurálgicos son bastan-

te intensos para producir una fatiga general, insomnio é inapetencia. En la forma gangrenosa, que hemos mencionado, se ven desarrollar síntomas graves, la cara se pone pálida, el pulso es frecuente y pequeño, el apetito nulo, las fuerzas están abatidas y se observan todos los fenómenos adinámicos que se encuentran habitualmente en las enfermedades gangrenosas.

En los casos simples la zona sigue un curso agudo; así que ordinariamente al cabo de quince días las costras caen y dejan en su lugar una mancha de color de violeta que no tarda en desaparecer. Cuando las vesículas se ulceran, la duración de la enfermedad es siempre mas larga y puede prolongarse durante seis semanas ó diez meses.

Sea cual fuere la terminación de la zona, la resolución ó la ulceración, sucede que la neuralgia concomitante desaparece ordinariamente juntamente con la erupción, y hasta algunas veces cesa cuando se forman las costras; pero en ciertos casos persiste aun después que han cesado los fenómenos locales pudiendo también durar semanas, meses y hasta años. En algunos individuos desaparece la neuralgia, pero se reproduce bajo la influencia de la menor causa, en cuyos casos el sitio afectado no es siempre constantemente el mismo, pudiendo cambiar de lugar. Ultimamente hemos tenido ocasión de observar una neuralgia intercostal que sucedió á un caso de zona, siendo luego reemplazada por una neuralgia facial. A escepción de esos casos en los que la enfermedad se prolonga indefinitivamente bajo la forma de una neuralgia, la terminación habitual de la zona es feliz; no obstante haremos escepción de los casos en que la gangrena se desarrolla al rededor de las vesículas y que pueden terminar por la muerte.

El diagnóstico de la zona es generalmente fácil. Se reconocerá esta enfermedad por su sitio unilateral, por su dirección lineal, y sobre todo por las placas rojizas cubiertas de vesículas y acompañadas de dolores neurálgicos. Sin embargo, en ciertos casos, si la erupción es ligera y la neuralgia

intensa, se puede cometer un error, olvidando el exámen al desnudo de la parte afectada, y dejando pasar de este modo desapercibida la erupcion. Muchas veces hemos tenido ocasion de comprobar semejante omision.

En un principio la zona puede confundirse con la *erisipela* y mas tarde con la enfermedad designada con el nombre de *herpes flictenoides*. Pero en la *erisipela* la rubicundez es ordinariamente continúa y va acompañada de una hinchazon separada siempre de las partes inmediata por un rodete muy manifesto y si muchas veces sucede que la epidérmis se eleva, lo efectúa en tal caso formándose unas flictenas estensas y muy desarrolladas. Respecto del *herpes flictenoides* no tenemos necesidad de establecer diagnóstico diferencial con la zona, porque para nosotros ambas afecciones son idénticas; el *herpes flictenoides* no es mas que la zona de los miembros, cuyo sitio insólito ha hecho que se considerase equivocadamente como una enfermedad especial y distinta, porque reúne realmente todos los caracteres de la erupcion y del dolor de la zona.

El pronóstico es ordinariamente poco grave y cuando los enfermos están sometidos á un tratamiento conveniente y se tiene cuidado de no romper las vesículas, la curacion es rápida: no obstante en las personas de edad avanzada ó debilitadas, no hay que apresurarse en formar un juicio demasiado favorable, porque los individuos que presentan esas condiciones son los que están espuestos á las neuralgias persistentes y rebeldes á todo tratamiento: es igualmente en las mismas en las que se observan esas escaras gangrenosas que invaden las vesículas y que pueden determinar una funesta terminacion.

La etiología de la zona nos vá á suministrar algunos datos acerca de las condiciones de su desarrollo. Sobre todo en la primavera y en el verano se observa esta enfermedad; raras veces se la vé en el invierno. Las influencias atmosféricas parece que ejercen igualmente cierta accion en su produccion, puesto que se la vé reinar algunas veces de una manera epi-

démica, por decirlo así; cuando en el hospital de San Luis observamos un caso de zona, generalmente se presentan otros en los días siguientes. Relativamente á la edad de los enfermos, diremos que siendo comun en el adulto, es mas frecuente en los ancianos y mas rara en los niños; añadiremos que al parecer se desarrolla mas á menudo en el hombre que en la mujer. En cuanto á las causas ocasionales señalaremos dos circunstancias importantes; el enfriamiento, causa bastante frecuente para hacer que la zona se considerara como una enfermedad de naturaleza reumática y las emociones morales vivas, sobre todo la cólera.

Nada hay tan sencillo como el *tratamiento* de la zona. Lo mas interesante es respetar las vesículas: es preciso, pues, proscibir los tópicos emolientes, las cataplasmas, las lociones ó baños y abstenerse sobre todo de las cauterizaciones y de las fricciones. Algunos médicos recurren aun hoy día á un tratamiento mas bárbaro, que consiste en pasar una brocha de grama sobre la erupcion y de este modo agravan considerablemente los dolores del enfermo, aumentando de una manera indefinida la duracion de la enfermedad. Al principio de la afeccion basta cubrir la parte afectada con aceite, y espolvorearla con unos polvos inertes, como el almidon ó el licopodio: de este modo se forma una capa protectriz de las vesículas. En los casos de neuralgia intensa, reemplazamos los polvos inertes con unos polvos antiespasmódicos compuestos de:

Polvos de almidon.....	3 partes.
Oxido de zinc.....	1 parte.

Cuando las vesículas se han secado, son provechosos algunos baños, que aceleran la caída de las costras.

Si el médico es llamado cuando las vesículas se han roto y las ulceraciones se han formado, se pueden prescribir las cataplasmas emolientes de harina de arroz ó de fécula, y los baños generales; si la inflamacion no es demasiado viva, la curacion se hará con lienzos finos cubiertos con cerato de saturno ó con cerato opiáceo.

Los medios generales de tratamiento son poco importantes; consisten en prescribir algunas bebidas acidulas y refrescantes y un régimen alimenticio que esté en relacion con el apetito.

Si existen placas gangrenosas, es preciso practicar lociones escitantes y espolvorear las partes enfermas con polvos de quina; pero lo principal consiste en levantar al mismo tiempo las fuerzas del enfermo por medio de un tratamiento tónico, del cual los preparados de quina forman la base.

Cuando los dolores son muy vivos, sobre todo si persisten despues de la erupcion, deben ser considerados como de naturaleza neurálgica, y combatirse con los medios que habitualmente se emplean contra las neuralgias; los narcóticos, sobre todo los preparados de belladona y de datura stramonium están entonces indicados al exterior y al interior. Cuando ya hace bastante tiempo que la erupcion ha desaparecido, han producido á menudo buenos resultados, para aplacar los dolores persistentes, los vegigatorios volantes, ya simples, ya espolvoreados con una sal de morfina. Por último, se han citado ejemplos de neuralgias rebeldes que solo han cedido á uso de moxas ó de la cauterizacion transcurrente.

¿Cuál es la *naturaleza* de la zona? Algunos autores han creido que era una fiebre eruptiva y han apoyado su opinion en la regularidad de su curso y en la desaparicion de los fenómenos generales luego que la erupcion aparece. Pero esta regularidad está lejos de ser exacta como lo es en las fiebres eruptivas; por otra parte la zona difiere esencialmente de esas afecciones por su localizacion, por carecer de contagio, y por la circunstancia de las causas accidentales bajo cuya influencia se desarrolla comunmente: con este motivo recordaremos el frio y las emociones morales.

Tambien se ha considerado la zona como una neuralgia. Uno de nuestros ex-internos, el doctor M. Parrot, ha publicado una Memoria en la que trata de establecer la naturaleza neurálgica ó reumática de la zona, considerando la erupcion únicamente como un síntoma accesorio. Este profesor

basa su opinion en los caracteres del dolor , que es análogo al de las neuralgias, y sobre todo en las causas de la afeccion que, en casi todas las observaciones recogidas por el mismo, se relacionan con un enfriamiento. Nosotros admitimos la existencia frecuente, pero no la constancia de esta causa, que es imposible encontrarla en ciertos casos : pero la objecion mas importante contra la doctrina de M. Parrot consiste en la ausencia completa de dolor que se observa en ciertos enfermos que padecen la zona. En efecto, ¿qué es una neuralgia sin dolor? Admitimos, pues, que la zona es una enfermedad inflamatoria, accidental, en la cual se complica habitualmente una verdadera neuralgia con la erupcion, imprimiendo á esta un carácter especial, pero que á pesar de esas circunstancias no puede ser colocada ni en la clase de las *fiebres*, ni en la de las *neuralgias*.

CAPITULO V.

ESTRÓFULO.

El estrófulo es una afeccion caracterizada por una erupcion de pápulas bastante voluminosas, distintas las unas de las otras y acompañadas de comezones bastante vivas. Designada esta afeccion por muchos médicos con el nombre de *fuego de dientes*, es muy frecuente y no obstante su historia es poco conocida. Los caracteres diferenciales que presenta nos han conducido á establecer dos variedades en su descripcion: el *estrófulo simple* y el *estrófulo pruriginoso*.

§ I. *Estrófulo simple.*

El estrófulo simple es una enfermedad que se presenta bajo la forma de pápulas, ya rojas, ya blancas, ligeramente puntiagudas y cuyo volúmen varia entre el de una cabeza de alfiler y el de un grano grueso de mijo. El escozor bastante vivo que las acompaña obliga á los enfermos á que se

rasquen hasta el punto de causarse escoriaciones, y entonces el líquido que se derrama se concreta bajo la forma de costras blancas ó amarillentas y muy raras veces negras.

El sitio de predilección de dichas pápulas es ordinariamente la cara, no obstante que no es raro encontrarlas en otras partes, por ejemplo, en el tronco ó en los miembros.

Los diferentes aspectos bajo los cuales se presenta esa variedad de estrófulo, han conducido á los patólogos á que le designaran con diversas denominaciones. Así que cuando dichas pápulas son discretas y sin ninguna complicacion, le han dado el nombre de *estrófulo simple*; cuando van acompañadas de un ligero eritema, el de *estrófulo interstrictus*; cuando se hallan aproximadas las unas á las otras, el de *estrófulo confertus*; y si la erupcion solo tiene una efimera duracion, asemejándose á la de la urticaria, le han denominado *estrófulo volaticus*. Por último, el color de las pápulas ha servido tambien para multiplicar las variedades, las que han recibido diversos nombres, segun fuesen blancas ó rojas. Basta haber indicado esas diferentes especies para evitarnos hacer su descripcion.

Raras veces el estrófulo va acompañado de fenómenos generales. Sobreviniendo con frecuencia en los niños durante la época de la denticion, los síntomas, que entonces se presentan, se encuentran bajo la dependencia de este último estado; en una edad mas avanzada no es raro ver la erupcion coincidiendo con un embarazo gástrico.

El estrófulo simple es frecuente en los niños, sobre todo en los dos primeros años; es mas rara en los siguientes, y solo escepcionalmente se encuentra en los adultos.

La primavera y el calor del verano parece que son causas predisponentes; pero la enfermedad se desarrolla mas comunmente bajo la influencia directa de una mala digestion.

El estrófulo dura raramente mas de cuatro ó cinco dias y hasta muchas veces tiene menos duracion. Es, pues, inútil recurrir á un tratamiento activo: á lo mas hay que aconsejar algunas bebidas refrescantes y algunos baños emolientes. Si

las comezones se hacen demasiado vivas, podrán calmarse á beneficio de polvos de almidon ó de licopodio, y si sobreviene alguna complicacion dependiente de un embarazo gástrico, podrá estar indicada la administracion de un ligero purgante.

§ II. *Estrófulo pruriginoso.*

Bajo esta denominacion hemos descrito, hace ya muchos años, en nuestros cursos clínicos, una erupcion que nos parece que tiene alguna cosa de especial, y que generalmente se confunde con el prúrigo. M. Bazin ha distinguido igualmente esta afeccion y la ha hecho dependiente de las escrófulas, designandola con el nombre de *escrófulide botonosa benigna*; despues de describir esta enfermedad, nos reservamos la discusion de la opinion etiológica de M. Bazin. Añadiremos que uno de nuestros ex-dicípulos, M. Franqueballe, escogió el estrófulo pruriginoso para objeto de una tésis en 1858, y dió de esta enfermedad una exacta descripcion reproduciendo nuestras opiniones acerca de este punto de dermatología.

El estrófulo pruriginoso está caracterizado por la aparicion sobre el cuerpo de unas pápulas bastante voluminosas, á menudo discretas y raras veces confluentes; las unas son del color de la piel, las otras rojizas y hasta muchas veces están complicadas con manchas eritematosas. Esas pápulas son el sitio de muy vivas comezones exasperadas tambien por las complicaciones que sobrevienen, y que, siendo siempre mas intensas por la noche, algunas veces se hacen tan molestas que producen el insomnio: los enfermos se rascan entonces con furor y escorían el vértice de algunas pápulas, que inmediatamente se cubren de pequeñas costras amarillas. Al mismo tiempo, en el centro de esas pequeñas pápulas se desarrollan igualmente otras pequeñas eminencias papulosas, pero cubiertas en su vértice por una costra negruzca que caracteriza al prúrigo.

Esta constante complicacion del prúrigo nos parece ser

el carácter distintivo de la variedad que describimos. Añadamos que tambien pueden manifestarse otras erupciones consecutivas á la irritacion determinada en la piel, y que no es raro observar al propio tiempo eritemas y pústulas ectimatosas que se mezclan con la erupcion papulosa, oscureciendo de este modo muchísimo el diagnóstico para los médicos poco familiarizados con las enfermedades de la piel.

Por lo demás, el estrófulo invade con preferencia las partes superiores del cuerpo, la cara y los miembros torácicos; tambien se le vé algunas veces en los muslos, y mas raramente en las piernas.

El *estrófulo pruriginoso* es una afeccion que ordinariamente solo determina síntomas locales: cuando mas, en el caso de causar insomnio, produce un ligero malestar, inapetencia, y por consecuencia un escaso adelgazamiento y debilidad.

La duracion de esta enfermedad es variable; así que puede seguir un curso agudo y desaparecer al cabo de algunos dias; pero como depende á menudo de causas higiénicas persistentes, se la vé prolongarse tambien durante muchos meses. Así es que no es raro verla aparecer al principio de la primavera y desaparecer solamente con los primeros frios. Por lo demás tiene una tendencia muy grande á la recidiva, y en muchos individuos reaparece cada año durante los meses de mas calor.

Las complicaciones que acompañan al estrófulo, y que acabamos de citar, hacen algunas veces difícil el diagnóstico. Se sabe que de todas ellas, la mas frecuente es el prúrigo. Pero basta reconocer los caracteres de ambas afecciones para admitir su mezcla, y si de un lado se ven pápulas de estrófulo redondeadas ó cónicas, blancas ó rojas, cubiertas por delgadas costras amarillas, y del otro pápulas de prúrigo, siempre mas pequeñas y siempre cubiertas por una costra negra, entonces se puede admitir la existencia de un estrófulo pruriginoso.

El estrófulo pudiera tambien confundirse con la variedad

de eczema descrita con el nombre de *eczema rubrum*. En efecto, algunas veces se vé que esta última erupcion invade la cara, los miembros y sobre todo los pliegues articulares, y se manifiesta bajo la forma de placas rojas, punteadas, cubiertas de vesículas y acompañadas de comezones. Será siempre fácil evitar el error recordando la forma vesiculosa del eczema; mientras que la pápula es el elemento anatómico del estrófulo.

El liquen será siempre de fácil diagnóstico; en efecto, sus pápulas en lugar de presentarse diseminadas, están aproximadas y confundidas; y la afeccion presenta tres caracteres distintivos que jamás se observan en el estrófulo, á saber, la exageracion de las arrugas de la piel, su engrosamiento y su rudeza al tacto.

Mas difícil es el diagnóstico cuando se trata de distinguir el estrófulo de la sarna; en efecto, en ambas enfermedades hay comezones que se exasperan por la noche, se ven pápulas de prurigo esparcidas sobre la cubierta cutánea, y pústulas de ectima que vienen muchas veces á complicar lo mismo al estrófulo que á la sarna. En este caso examínese al enfermo con atencion, y si no se observa en él ninguna erupcion papulosa en la cara, casi puede diagnosticarse á primera vista la afeccion de sarnosa, tan raro es ver la ausencia de toda pápula en la cara de los que padecen el estrófulo; no obstante, no se tendrá certeza en el diagnóstico hasta que se haya encontrado el surco característico de la sarna y el acarus que aquel contiene. Si los surcos son dudosos, búsquense las pápulas al rededor del pezon en la mujer y en el miembro en el hombre. Además las afecciones concomitantes de la sarna tienen casi siempre su sitio de predileccion; el prurigo, por ejemplo, ocupa sobre todo el abdómen y la cara interna de los muslos, mientras que el ectima invade mas bien las nalgas. Con la ayuda de estos signos se llegará siempre á distinguir la sarna y el estrófulo, y se podrá reconocer la existencia simultánea en los casos en que esas dos afecciones llegan á complicarse.

El *pronóstico* del estrófulo no es grave en sí, en el sentido que amenaza la existencia de los enfermos; sin embargo, su curso crónico y la facilidad con que recidiva llegan á convertirse, para los que lo padecen, en un verdadero suplicio.

La *etiología* del estrófulo, muy bien descrita en la tesis de M. Franquebalmé, nos va á suministrar útiles conocimientos fundados en un gran número de observaciones.

Es sobre todo en los niños y en los jóvenes que no han llegado aun á los veinte años en los que se observa esta afección; en efecto, de sesenta observaciones solo hemos encontrado dos individuos que pasaran de esta edad. También hemos observado la enfermedad que nos ocupa con mas frecuencia en los individuos debilitados, en las mujeres, y sobre todo en mujeres jóvenes afectadas por la clorosis y en individuos linfáticos. Como lo hemos dicho ya, M. Bazin considera al estrófulo como una enfermedad de naturaleza escrofulosa y lo describe bajo el nombre de *escrofulide botonosa benigna*. Nosotros creemos que nuestro colega ha exagerado un poco la influencia escrofulosa, puesto que si bien hemos encontrado la debilidad de la constitución en los enfermos que padecen el estrófulo, á menudo no hemos podido comprobar en los mismos ningún síntoma de escrófulas.

Sobre todo en las clases pobres, en los individuos rodeados de malas condiciones higiénicas, que han sufrido por consiguiente un empobrecimiento de la economía, es en los que hemos observado el estrófulo; siempre nos ha parecido que la erupción ha aumentado por el trabajo y disminuido por el reposo, y hasta la hemos visto principiar por las partes que mas se fatigan.

Entre las causas ocasionales, la temperatura juega un papel de los mas importantes; en efecto, en la primavera y en los primeros calores aparece el estrófulo, el cual aumenta con la elevación de la temperatura y desaparece con los primeros frios. El cambio de aires, la reciente permanencia en las grandes ciudades, y la no aclimatación son causas eficientes cuyo valor no puede ponerse en duda y cuya dañosa in-

fluencia hemos podido comprobar : pero á todas esas causas añadiremos especialmente el vivir en habitaciones demasiado pequeñas, mal aireadas, privadas de los rayos del sol y en un airé viciado por la respiracion de muchas personas.

¿El estrófulo pruriginoso es una afeccion contagiosa? A primera vista así debiera creerse, puesto que se encuentra á menudo en personas de la misma familia que están en continuo contacto; sin embargo, este contagio es mas aparente que real, y si nos remontamos á la etiologia de esta afeccion, se verá que todos esos enfermos se hallan colocados en las mismas condiciones, que todos ellos tienen los mismos hábitos, la misma alimentacion y la misma higiene. Hay un hecho que viene en apoyo de nuestra idea del no contagio; cuando una familia se halla invadida por el estrófulo, es muy raro observar esta enfermedad en el marido, cuya constitucion es generalmente buena y que por sus trabajos tiene hábitos distintos. Así que, podemos afirmar, sin temor de ser desmentidos, que los autores que han referido ejemplos de contagio, han cometido errores de diagnóstico á consecuencia de inexactas observaciones.

El estrófulo pruriginoso solo exige un tratamiento bastante simple, bastando remover las malas condiciones que lo ocasionan para verle desaparecer inmediatamente. Así cuando un enfermo es admitido en el hospital, sea cual fuere el tratamiento empleado, bastan algunos dias para lograr la estincion de los menores restos de la erupcion. Pero de este modo no se obtiene una curacion radical, y la afeccion recidiva tan pronto como el enfermo vuelve á sus antiguos hábitos. Es preciso, pues, modificar la constitucion ó bien cambiar completamente las condiciones higiénicas. Se obtendrá lentamente el primer resultado administrando los tónicos, los preparados de hierro ó de quina y el aceite de hígado de bacalao; la curacion será mucho mas rápida, si es posible que el enfermo tenga un género de vida descansada, que viva en una habitacion mas sana y mejor aireada y que regrese á su país ó viva en el campo.

El tratamiento local tiene poca importancia, sin embargo, administrando baños alcalinos ó baños sulfurosos cada dos dias, espolvoreando las partes enfermas con una mezcla de polvos de óxido de zinc y de almidon en el caso de ser las comezones demasiado intensas, se hará recuperar con mas prontitud á la piel sus condiciones fisiológicas.

CAPITULO VI.

PRURIGO.

La palabra prurigo se deriva de *pruritus* (*prurito*) y ordinariamente se designa con ella una enfermedad caracterizada por una erupcion de pequeñas pápulas poco elevadas, mas ó menos discretas, cubiertas en su vértice por una costra negra debida á la desecacion de sangre y acompañadas de comezones.

El conocimiento de esta efeccion se remonta á una época bastante remota, y los autores griegos y latinos nos han dejado de la misma descripciones bastante buenas: para no citar mas que un ejemplo solo diremos que el célebre dictador romano Sylla parece que sufrió un verdadero prurigo desarrollado en un grado muy intenso y que sucumbió á consecuencia de esta afeccion despues de atroces sufrimientos.

Los dermatólogos ingleses Willan y Bateman colocan el prurigo en la clase de las *enfermedades papulosas*, entre el estrófulo y el líquen, clasificacion enteramente errónea, puesto que el estrófulo es una leve enfermedad susceptible de fácil curacion y el líquen es una afeccion diatésica y de difícil curacion.

En su clasificacion de *dermatosis*, Alibert coloca el prurigo al lado de la sarna; en efecto, ambas afecciones son á menudo concomitantes, pero es preciso no olvidar que la una es una enfermedad parasitaria especial, y la otra una enfermedad local accidental, sin relacion precisa con el estado general de la economía y que se puede desarrollar por

otra parte en diversas circunstancias, como complicacion de muchas enfermedades cutáneas.

El prúrigo principia por una comezon que obliga á los enfermos á rascarse; inmediatamente despues se ve aparecer una erupcion de pequeñas eminencias papulosas, poco elevadas, que los enfermos escorían con sus uñas: una vez escoriado de este modo el vértice de la pápula, se efectua un ligero derrame sanguíneo, el cual, coagulándose, imprime á las pápulas del prúrigo su fisonomía característica. Las comezons, ordinariamente continuas, presentan casi siempre exacerbaciones que sobrevienen por la noche y aumentan por el calor de la cama. Entonces los enfermos no se contentan con escoriarse las pápulas, sino que los dolores son á veces tan vivos que se desgarran la piel causando con sus uñas escoriaciones lineales de color negro, algunas veces bastante profundas.

La erupcion afecta la cubierta cutánea, ya en su totalidad, ya en parte; en algunos casos va acompañada de un notable aumento de la produccion pigmentaria, de lo cual proviene esa coloracion oscura y mas intensa que presentan en general los enfermos afectados por el prúrigo, coloracion que persiste algunas veces despues que han desaparecido los demás síntomas.

El prúrigo puede existir sin producir desórdenes en la salud; no obstante, cuando su intensidad es considerable, determina consecuentemente una alteracion profunda en la nutricion: el insomnio, resultado de las atroces comezons que atormentan á los enfermos, acarrea la anorexia, la dificultad en las digestiones y hasta algunas veces vómitos, y produce á la larga un adelgazamiento pronunciado y un verdadero estado caquéctico.

El prúrigo se presenta con caractéres bastante variados que inducen á establecer varias especies, y considerar á la enfermedad: 1.º segun su intensidad; 2.º segun su causa; 3.º segun su sitio.

§ I. Variedades segun la intensidad.

Segun sea la intensidad de la enfermedad, se admite un prurigo *mitis* y un prurigo *formicans*.

1.º *Prurigo mitis*.—En esta afeccion las pápulas son poco numerosas y diseminadas, y la coloracion de su base no difiere en nada de la de la piel, las comezones son poco vivas, fácilmente soportables y siempre se alivian por medio de la escoriacion. Por lo demás, hay una ausencia completa de fenómenos generales; las funciones digestivas se ejecutan con normalidad y la salud no sufre ninguna alteracion. Inútil es insistir mas acerca de esta variedad.

2.º *Prurigo formicans*.—Entre la afeccion que precede y la que vamos á describir se pueden encontrar todos los grados de transicion. El prurigo *formicans* no produce simples comezones, fáciles de soportar, sino atroces escozores y vivas punzadas que son para los enfermos objeto de comparaciones diversas: así que al uno le parece que un hierro enrojecido frota su piel, al otro que millares de insectos le roen su cuerpo, mientras que á un tercero le parece que está echado sobre carbones encendidos. Sujeto el enfermo á un insomnio que dura semanas y meses enteros, experimenta un deseo irresistible de rascarse, emplea algunas veces para satisfacer sus deseos los cuerpos estraños mas duros y ásperos y busca un alivio hasta en los desgarros de la piel mas profundos; por último, los sufrimientos que le atormentan son tan atroces que sus facultades intelectuales decaen, es el juguete de alucinaciones y busca algunas veces en el suicidio un término á su mísera existencia. Así es como hemos podido ver, hace ya algunos años, en este hospital á un enfermo que se dió él mismo la muerte para escaparse del suplicio siempre continuo de esta terrible enfermedad. Alibert ha trazado el estado de esos enfermos en un cuadro muy exacto y de una verdad sorprendente, que á primera vista no parece sino que él mismo ha tenido ocasion de observar semejantes hechos.

En esta afeccion el escozor es continuo, pero generalmente por la noche aumenta en intensidad, siendo siempre exasperado por el calor de la cama; en algunos enfermos esta exacerbacion es causada por un cambio brusco de temperatura, por el trabajo de la digestion ó por la ingestion de bebidas alcohólicas; en otros individuos el menor movimiento, el mas pequeño contacto sobre la piel hacen intolerables los dolores y obligan á una inmovilidad casi absoluta.

Los diversos fenómenos que afectan la piel producen á la larga alteraciones en este órgano; así que, á mas de esas estrias negras y esos puntos de igual color que hemos ya mencionado y que sobrevienen despues de las escozaciones, la piel se hace densa en ciertos puntos y en otros presenta unas manchas de color mas subido que han venido á reemplazar á los puntos negros, mientras que en otras partes ofrece superficies blancas que son verdaderas cicatrices. Por último, no es raro ver surgir afecciones concomitantes, pústulas de ectima ó de impétigo, que contribuyen á dar á la piel un carácter enteramente especial.

El *prúrigo formicans* sigue siempre un curso muy lento y se prolonga durante meses y años enteros. A la larga va acompañado de alteraciones gastro-intestinales, y más tarde de un verdadero estado caquético seguido de alteraciones nerviosas variadas. Hasta puede sobrevenir la muerte como se observa muchas veces, aunque no directamente, sino por efecto de la debilidad en que caen los enfermos, la cual les hace mas aptos para contraer nuevas enfermedades é incapaces de resistirlas.

§ II. *Varietades segun la causa.*

El *prúrigo* es siempre sintomático de otra afeccion y por esta razon hubiéramos podido colocarlo en la cuarta clase de nuestra clasificacion de las enfermedades cutáneas; pero como comunmente es sintomático de una afeccion local, hemos preferido comprenderlo en la segunda.

No siendo nunca el prurigo idiopático, es siempre preciso investigar la causa que lo ha determinado; así es que en la inmensa mayoría de casos anuncia una afección parasitaria, ya sea la sarna, ya la pitiriasis, y algunas veces se halla ligado al estrófulo ó depende de una neurósis de la piel.

1.º *Prurigo de la sarna.*—La presencia del *acarus* determina siempre una erupción de prurigo que muchas veces es bastante intensa para llamar por sí sola la atención y ocultar los caracteres propios de la sarna. El sitio que entonces ocupa es de grande importancia, así que se encuentra sobre todo en el abdomen, en la cara interna y anterior de los muslos y en la cara esterna de los miembros superiores; jamás afecta la cara. Las comezónes que determina son por lo demás bastante soportables y se aproximan por su naturaleza á los caracteres que hemos señalado al prurigo mitis. Generalmente desaparece cuando la sarna se halla curada. No obstante, no es raro ver persistir al prurigo durante semanas y meses enteros despues de la destrucción del *acarus*; parece entonces que la presencia del parásito ha modificado profundamente la nerviosidad de la piel y que esta influencia se halla sostenida despues de la primera erupción.

2.º *Prurigo pedicular.*—En la pitiriasis ó enfermedad pedicular la afección pruriginosa es la que muchas veces llama sola la atención de los médicos, y esa preocupación aparece entonces tanto mas fundada, cuanto que las comezónes son muy intensas y hasta presentan toda la intensidad del *prurigo formicans*.

Las estrias negras y largas debidas á la coagulación de la sangre, y que pueden encontrarse en todas las partes de la cubierta cutánea, caracterizan al prurigo pedicular, pero con frecuencia afectan la nuca, el dorso y los hombros, y siempre en estas partes su intensidad es mas considerable.

Estas impresiones negras en las regiones que hemos indicado deben siempre llamar la atención acerca de la probable existencia de un parásito. Búsquesele, pues, no en el cuerpo en donde no es siempre difícil encontrarle, sino en los plie-

gues de la camisa, sobre todo en las inmediaciones del cuello. En los viejos, en los que la frecuencia del prúriga ha hecho admitir una variedad bajo el nombre de *prúriga senil*, la ausencia de piojos es muy rara en la afección pruriginosa, y la presencia de estos animales determina siempre en ellos el prúriga, de suerte que no se sabe realmente entonces si son los piojos que engendran al prúriga, ó si es este el que atrae á aquellos.

De todas las variedades del prúriga, ninguna hay que determine en la piel tan profundas alteraciones como la variedad pedicular: así que á mas de las cicatrices y la coloración bronceada de estas, la piel exhala un sudor viscoso y fétido, los piojos pululan en su superficie con una rapidez asombrosa, y renacen á medida que se les destruye. Hasta hay casos en los que la enfermedad parece que está fuera de los recursos del arte, y después de haber agotado sin éxito todos los medios terapéuticos, hay que reducirse al cabo de cierto tiempo á abandonar al enfermo á los simples medios higiénicos.

Como se vé, el prúriga pedicular está lejos de ser una enfermedad leve en todos los individuos, sobre todo en los viejos. Los sujetos linfáticos presentan además una complicación bastante frecuente que consiste en el desarrollo de pústulas ectimatosas; no obstante, esta complicación es tan frecuente en los sarnosos, como rara en la enfermedad pedicular.

3.º *Prúriga ligado al estrófulo.*—El prúriga acompaña muchas veces al estrófulo. En tales casos ocupa con preferencia los miembros superiores y el tronco, algunas veces el cuello y hasta bastantes veces la cara. Entonces coincide, como lo hemos visto, con unas pápulas mas gruesas que tienen la coloración normal de la piel y que han sobrevenido bajo la influencia de condiciones higiénicas particulares.

4.º *Prúriga ligado á una neurósis de la piel.*—En ciertos casos el prúriga existe sin complicación de parásitos ó independientemente del estrófulo. Entonces aparece bajo la in-

fluencia de una hiperestesia de la piel, de una especie de neurósis que se traduce por comezónes á menudo muy vivas y algunas veces tan intensas que se presentan con todos los caracteres del *prúrigo formicans*.

En esta última variedad incluimos el prúrigo, que á veces acompaña á la ictericia y que parece debido al paso en la sangre de los elementos de la bilis. En todos esos casos las alteraciones de la piel no presentan nada de particular, la erupcion puede encontrarse en todos los puntos de la cubierta cutánea, y aunque la cara se halle comunmente exenta de ella, no obstante en ciertos casos se ha visto que el cuero cabelludo era el asiento de atroces comezónes.

§ III. Variedades segun el sitio.

En las variedades de prúrigo que acabamos de estudiar, la erupcion, á pesar de su intensidad mayor en ciertos puntos, se estiende casi siempre á la totalidad de la cubierta cutánea; pero en ciertos casos y casi siempre bajo la influencia de una causa general, las comezónes se limitan á una region circunscrita y mas particularmente á la palma de las manos, á la planta de los pies, ó bien alrededor del ano ó de los órganos genitales. Esas variedades, en que las pápulas son muy raras, son las que Alibert ha descrito bajo el nombre de *prúrigo latente* y que otros autores han designado con el de *prúrigo sin prúrigo*.

No nos detendremos en el *prúrigo plantaris* cuya descripción nada presenta de particular, pero nos detendremos en hacer algunas consideraciones acerca del prúrigo de las márgenes del ano (*prúrigo podicis*) y del de las partes genitales. (*P. scrotici*, *P. pudendi muliebris*.)

1.º *Prúrigo podicis*.—El prúrigo de las márgenes del ano está caracterizado por vivas comezónes á menudo continuas, pero que presentan paroxismos que sobrevienen por la noche. Comunmente estendida en el orificio del ano, la afeccion determina en dicho sitio unas estrias blanquecinas que contras-

tan con la coloracion oscura de la piel. No es raro ver sobrevenir al mismo tiempo una untuosidad serosa que alivia comunmente á los enfermos y que va acompañada de un engrosamiento de la piel mas ó menos estenso, de suerte que, en este caso, la enfermedad parece que deberia colocarse entre el eczema y el líquen. Respecto del acto de rascarse, á que se libran comunmente los enfermos con furor, algunas veces no hace mas que aumentar el escozor; otras veces calma las comezoes y hasta procura sensaciones voluptuosas.

Los medios terapéuticos raras veces dan por resultado la curacion de esta afeccion, y si producen una mejoría, no es raro ver persistir despues durante largo tiempo el color oscuro y el engrosamiento de la piel.

2.º *Prurigo scroti*.—Esta variedad solo difiere de la precedente por el sitio que ocupa. Los enfermos experimentan en el escroto muy vivas comezoes acompañadas de secrecion serosa, engrosamiento de la piel y aumento del pigmento. Por lo demás, á menudo se encuentran ambas variedades reunidas en un mismo individuo.

3.º *Prurigo pudendi muliebris*.—Con esta denominacion se designa una afeccion caracterizada por una viva comezon irresistible, que se desarrolla en las partes genitales esternas de la mujer, en los grandes y pequeños labios y que hasta alcanza á menudo hasta el interior de la vagina. Estas comezoes obliga á las enfermas á rascarse, y como este acto va seguido de alivio, resulta del mismo una especie de masturbacion, á la cual desgraciadamente se habitúan ciertas mujeres, continuando con esta costumbre aun despues de la desaparicion de la enfermedad.

El exámen de las partes afectadas, casi nunca descubre ninguna alteracion especial: algunas veces se observa rubicundez, otras veces hay untuosidad y ulceraciones superficiales que recuerdan el eczema. Raramente hay pápulas, y esta afeccion, que ha recibido el nombre de *prurigo*, con mas propiedad deberia llevar el de *prurito* de los órganos genitales.

Se encuentra á menudo esta enfermedad en las mujeres que padecen la menopausia; algunas veces ha sido determinada al parecer por el olvido de los cuidados de la limpieza.

Curso.—Fácil es asegurarse, interrogando á los enfermos, de que el prúrigo principia siempre por comezones. Las papilas las nerviosas se irritan y congestionan, son escoriadas al rascarse los enfermos, formándose mas tarde esas estrías ó esos puntos negros que son debidos á la desecacion de la sangre. Una vez desarrollada, la enfermedad manifiesta á menudo tendencia á pasar al estado crónico, sobre todo cuando no es debida á una afeccion parasitaria; entonces se la vé comunmente prolongarse durante meses y años, y hacerse rebelde á todos los agentes terapéuticos, sobre todo cuando se hallan invadidos los órganos genitales.

Diagnóstico.—El diagnóstico diferencial del prúrigo no ofrece dificultad alguna, porque es la única afeccion en la que se encuentran pápulas poco elevadas, acompañadas de comezones y cubiertas por una costra negra característica. Pero hay un punto mas importante, que es el reconocer bajo la influencia de qué causa se ha desarrollado la afeccion. Si no se encuentra ninguno de los caracteres del estrófulo, si no se llega á descubrir ninguna huella de parásitos, el prúrigo, sea cual fuere su sitio, reconoce por causa la hiperestesia de la piel.

Pronóstico.—El pronóstico del prúrigo varia esencialmente según la causa que le ha determinado. Cuando es de naturaleza parasitaria ó está ligado al estrófulo, su curacion es en general fácil; pero en ciertos casos parece que su aparicion ha modificado profundamente la nerviosidad de la piel, de modo que persiste despues de la curacion de la primera enfermedad con una intensidad y una tenacidad muy grandes. En los casos en que está ligado el prúrigo á la hiperestesia de la piel y aparece en un individuo de mucha edad ó que se halle debilitado, es cuando su pronóstico es de mucha gravedad; entonces toma á menudo, por la intensidad de las comezones que ocasiona, todos los caracteres del *prúrigo*

formicans; además, las alteraciones digestivas que le acompañan y los desórdenes intelectuales que son su consecuencia, pueden hacer caer á los enfermos en el marasmo é impulsarlos algunas veces al suicidio.

Causas.—Las causas del prúriga son predisponentes y ocasionales. Hemos hablado con mucha estension de estas últimas, á saber, el parasitismo y la hiperestesia de la piel. En cuanto á las causas predisponentes, consisten sobre todo en las malas condiciones higiénicas. Así, la miseria y la falta de limpieza unidas á una edad avanzada ejercen una influencia incontestable, y en ciertos casos es imposible desconocer la influencia de los excesos alcohólicos ó de emociones morales demasiado vivas.

Tratamiento.—Las indicaciones terapéuticas del prúriga se desprenden de las causas que han determinado su produccion.

Así, en la sarna, basta destruir el *acarus* por medio de los remedios que indicaremos mas adelante, para ver desaparecer el prúriga, aunque bastantes veces quedan despues comezones que se estinguen con mas lentitud.

En la *pitiriasis* hay que espolvorear el cuerpo con polvos de estafisagria y si este medio es insuficiente hay que alterar cada dia un baño sulfuroso con una fumigacion de cinabrio, practicar uncciones mercuriales en los sitios cubiertos por pelos, como las axilas y el púbis y mandar cambiar con cuidado la ropa blanca y vestidos al enfermo, por cuyos medios se conseguirá fácilmente destruir los piojos é impedir su reproduccion. No obstante, se vé muchas veces resistir la enfermedad á esos diversos tratamientos en los viejos poco habituados á los cuidados de la limpieza é incapaces de cambiar su modo de vivir.

En el estrófulo pruriginoso, es preciso modificar las condiciones higiénicas; en el prúriga ligado á la ictericia es preciso tratar la enfermedad hepática, y aquí indicaremos particularmente los efectos de los preparados alcalinos; por último, si el prúriga depende de una influencia nerviosa, hay

necesidad de recurrir á los medios generales y cuando está localizado debemos apelar á los tópicos.

Entre los remedios locales que tienen ordinariamente éxito en las neuróses de la piel, mencionaremos las lociones con el alumbre, con el agua blanca y con el sublimado. Estas últimas son sobre todo excelentes; se emplean sirviéndose de agua caliente en la que se añade por cada vaso de agua una cucharada de café de la siguiente solución:

Sublimato.....	1 gramo.
Agua destilada.....	125 —
Alcohol.....	C. S.

Se practican esas lociones varias veces al día. Las pomadas de sustancias opiáceas ó narcótico-acres, como por ejemplo la belladona, raras veces dan resultado. Algunas veces se obtiene mejor éxito con las pomadas de cloroformo ó éter, ó bien practicando lociones con estos cuerpos. Al mismo tiempo se administran baños generales adicionados con sublimado, alumbre ó bien otras sustancias alcalinas. Por último, en algunos casos los chorros sulfurosos ó con einabrio han determinado mejorías notables.

El tratamiento general reclama el uso de todos los medicamentos que han sido preconizados contra las afecciones nerviosas, tales como los preparados de ópio, de belladona, de datura estramonium y de aconito. El óxido de zinc, empleado ya como tópico, ya tomado al interior, muchas veces nos ha dado excelentes resultados, mientras que en otros casos hemos empleado con éxito el nitrato de plata al interior á la dosis de 5 á 10 miligramos al día. Los preparados arsenicales han producido un efecto curativo real en algunos individuos, en cuyo caso obran como antiespasmódicos, y parece que tienen sobre la piel una acción electiva.

Los medios de tratamiento que acabamos de indicar, serán muchas veces insuficientes si de antemano no se ha tomado el cuidado de modificar las condiciones higiénicas y renovar los hábitos. Hasta muchas veces, el cambio de aires y de clima serán necesarios, y el uso de las aguas minerales nos ofrecerán un último recurso. Las aguas sulfurosas de

Aix y Louchon nos han prestado grandes servicios; colocaremos en primera línea, por los resultados que hemos obtenido, las aguas de Louesche; en efecto, producen estas aguas en la piel una especie de *erupcion* semejante al eritema papuloso, desarrollándose á veces hasta verdaderas pústulas; nosotros creemos en el efecto saludable de esa modificacion substitutiva para obtener una curacion radical.

CAPITULO VII.

ACNE.

La palabra acné (*a* negativo, *χεω* yo siento comezon) se encuentra en los mas antiguos autores sin tener no obstante una significacion precisa, aunque se ha aplicado especialmente á las erupciones pustulosas que no determinan comezones y que sobrevienen principalmente en individuos jóvenes.

Al fundar su clasificacion dermatológica Willan y Bateman, designaron con este nombre una enfermedad caracterizada por unos tubérculos susceptibles de volverse blancos en su vértice y de supurar incompletamente. Mas tarde Bielt y MM. Cazenave y Schedel hicieron pasar esta afeccion á la clase de las pústulas y comprendieron bajo la denominacion de acné una erupcion de pústulas variables en su volumen con ó sin induracion en la base, pero generalmente puntiagudas, que afectaban mas particularmente el rostro y el tronco. En su *Tratado de dermatosis*, Alibert colocó el acné, con el nombre de *varus*, en la clase de los herpes: pero el acné difiere de los herpes por importantes caracteres; en estas dos enfermedades no existe la misma tendencia á estenderse y á invadir las diversas partes del cuerpo y además el acné presenta á menudo cicatrices despues de la desaparicion de la erupcion.

Los autores que acabamos de citar se han encerrado todos en una definicion demasiado viciosa, porque bajo el nombre de acné han comprendido afecciones que difieren de la

pústula y del tubérculo, tales como las alteraciones de los folículos que se manifiestan por una simple untuosidad ó por una concrecion sebácea y las dilataciones varicosas de los capilares de la cara. Así, pues, nosotros daremos á la palabra acné una significacion mas vasta y puramente anatómica y aplicaremos este nombre á todas las enfermedades susceptibles de afectar á los folículos sebáceos. No obstante, esta definicion es aun defectuosa, porque hay la costumbre de referir al acné una de las variedades de la caparrosa en la que la enfermedad se halla caracterizada por una dilatacion varicosa de las venillas de la piel de la cara. ¿Pero, puede llamarse acné á esta enfermedad?

Al dar al acné mayor estension, á fin de facilitar su estudio, tendremos necesidad de establecer divisiones y de distinguir variedades. Consideraremos, pues, de diferente modo esta enfermedad segun sea debida á una simple hipersecrecion de la materia sebácea, ó segun sea el producto de una inflamacion de los folículos, vaya ó no acompañada esta inflamacion de la hipertrofia de los tejidos.

Las variedades debidas á una simple hipersecrecion de la materia sebácea presentan diferencias bastante marcadas para que nos haya parecido necesario esponer, inmediatamente despues de la descripcion de la enfermedad, las reglas de tratamiento adecuadas para asegurar la curacion. En las variedades inflamatorias, por el contrario, encontraremos bastantes caracteres comunes para comprender en un mismo artículo las consideraciones etiológicas y terapéuticas y para librarnos en seguida á generalidades, que por otra parte podrán aplicarse á todas las demás variedades del acné.

§ I. ESPECIES DE ACNE DEBIDAS A UNA HIPERSECRECION DE LA MATERIA SEBACEA.

Entre estas especies, las unas, tales como el *acné punteada* y el *acné varioliforme*, dan lugar á un producto de secrecion que permanece contenido en el folículo, mientras que en las

demás, tales como en el *acné sebáceo concreta* y el *acné sebáceo córnea*, el producto de la secreción se derrama en la superficie de la piel. Estudiaremos sucesivamente cada una de estas variedades.

1.° *Acné punteada.*

El *acné punteada* (*acné punctata, varus comedo*) se presenta bajo la forma de unos pequeños puntos negros, discretos ó confluentes, que nunca ocasionan las menores comezones y constituyen mas bien una deformidad que una verdadera enfermedad, de modo que las regiones de la piel que son el asiento de esta afección, parecen acribilladas por granos de pólvora de caza; no obstante, si se examinan estos puntos con atención, es fácil asegurarse que presentan una ligera elevación en su base y una abertura en su centro y si se les comprime fuertemente, se hace salir por esta abertura una materia caseosa, filiforme, blanca ó amarilla y cuyo vértice es negro; es lo que el vulgo denomina ordinariamente con el nombre de *gusanos de la piel*.

La idea del parasitismo animal del *acné punctata* ha pasado del dominio del vulgo al de la ciencia y un micógrafo distinguido, Simon (de Berlin), ha descrito un verme que pretende haber descubierto en los folículos sebáceos. M. Devergié cree haber encontrado este parásito y dá el consejo, para facilitar su descubrimiento, de desleir de antemano la materia sebácea en aceite. Inútilmente nosotros hemos buscado dicho animal repetidas veces, pero al practicar esas investigaciones, nos sorprendimos al encontrar en los productos de secreción de los folículos una sustancia organizada, cuyo género y especie no ha sido posible determinar, pero que nos ha parecido ser una criptógama.

Los individuos afectados por el *acné punteada* presentan en casi toda la piel una capa aceitosa que es debida á la coincidencia de un *acné sebáceo* fluente y que dá á la parte afectada un aspecto lustroso enteramente particular. Entonces se dice que esos individuos tienen la piel grasienta.

El acné punteada ataca con preferencia la cara, la frente, las alas de la nariz y algunas veces las orejas : á menudo se encuentra tambien en el tronco y mas raramente en los miembros ; algunas veces invade tambien el pene. Su curso, ordinariamente muy crónico, puede tambien prolongarse durante toda la vida ; no obstante se ve algunas veces que los puntos negros desaparecen espontáneamente. En este caso la materia sebácea se elimina y cesa de reproducirse, mientras que otras veces este resultado solo se obtiene despues de la inflamacion y de la supuracion del fólculo.

El diagnóstico del acné punteada es fácil, y descansa en el aspecto punteado del fólculo y en la posibilidad de hacer salir la materia sebácea bajo la forma de un gusano.

El pronóstico no ofrece ninguna gravedad ; no obstante, cuando los puntos negros son muy confluentes y afectan al sexo femenino y sobre todo si los individuos son jóvenes, esta afeccion constituye entonces una deformidad real bastante desagradable.

Las causas de esta especie de acné son desconocidas ; no obstante parece depender de una disposicion particular de la cubierta cutánea ; así que se encuentra con preferencia en los individuos jóvenes cuya piel engrosada se halla incesantemente lubricada por una capa grasa y untuosa, y presenta los fólculos sebáceos mas desarrollados.

Cuando el acné se enuentra poco esparcida apenas requiere tratamiento ; pero cuando es confluyente necesita la intervencion del arte, y hasta podemos decir, que entonces es á menudo rebelde á todos los recursos terapéuticos. Entre los medios que al parecer han dado los mas favorables resultados contamos las lociones escitantes hechas con agua alcoholizada ó amoniacal. A beneficio de este remedio se despier-ta la contractilidad del fólculo, el cual espulsa, al cerrarse, la materia sebácea. A fin de conseguir este resultado se han empleado tambien los chorros de vapor simples ó sulfurosos, y pomadas escitantes cuya base constituyen el ioduro de azufre ó los preparados mercuriales. El remedio que mas

constantemente nos ha dado mejores resultados consiste en comprimir la base del folículo para determinar la salida de la materia sebácea y practicar en seguida lociones sobre la parte enferma con agua caliente adicionada con bicloruro de mercurio. Pero este tratamiento solo es aplicable cuando son pocos los folículos enfermos. En el caso de ser el acné muy confluyente, es preferible emplear las pomadas, sobre todo las que tienen por base el ioduro de mercurio. En casos análogos hemos tenido á menudo ocasion de felicitarnos del uso de los astringentes, de la pomada de peróxido de hierro, por ejemplo, ó de las lociones con una disolucion concentrada de alumbre.

2.º Acné varioliforme.

El acné punteada no es la única afeccion en la que el producto sebáceo permanece encerrado en los folículos; hay otra que, despues de haber sido designada con diversos nombres, ha recibido hoy dia el de *acné varioliforme*. Parece que Bateman ha sido el primero en describir esta afeccion bajo el nombre de *molluscum contagiosum* y despues M. Rayer con la denominacion de *elevaciones foliculosas* de la piel; pero para encontrar una descripcion completa, es preciso llegar al año 1846, en cuya época M. Huguier determinó su verdadero carácter y la dió el nombre de *cedermoptosis*. Agregado al hospital de Lourcine, este cirujano reconoció la naturaleza no sifilítica de los pequeños tumores que constituyen esta afeccion y dió al propio tiempo una escelente descripcion de la misma, creyendo que su desarrollo era especial de las partes genitales de la mujer. Esta descripcion habia caido en el olvido, cuando en 1851, en una escelente monografia escrita con este objeto, M. Bazin llamó la atencion acerca de esos productos foliculosos, que describió con el nombre de acné varioliforme. En el mismo año, un interno del hospital de niños, M. Caillaux, estudió esta afeccion bajo el nombre de *acné moluscoidea* insistiendo sobre todo acerca de su propie-

dad contagiosa; por último, mas recientemente un ex-interno de M. Bazin, el doctor M. Magnan, publicó en su tesis inaugural un buen trabajo acerca de esta afeccion.

El acné varioliforme se presenta bajo la forma de unos pequeños tumores ordinariamente globulosos de un volúmen que varia entre el de un grano de mijo y el de un guisante; habitualmente distendidas, esas pequeñas elevaciones están algunas veces medio vacias y arrugadas en su superficie; unas veces tienen pedículo, otras carecen de él; ya ofrecen la coloracion negra de la piel, ya tienen el color mas rojizo, y algunas veces presentan tambien un aspecto semi-transparente; este último carácter es el que ha hecho que M. Bazin los haya comparado á las pústulas variolosas semi-deseccadas y que haya descrito la afeccion bajo el nombre de acné varioliforme.

Por lo demás, el carácter esencial de esos tumores es el de presentar en el centro ó en un lado un punto negro ó blanco que algunas veces es difícil de encontrar, pero que con el auxilio de un lente puede siempre percibirse; además, comprimiendo su base, se vacia su contenido por esa especie de ombligo, de modo que la materia sebácea, que parece haber pasado por la hilera, se presenta lo mismo, que en el acné puntuado, bajo la forma de un gusano blanquinoso.

Si se somete esta materia al exámen microscópico, se perciben en gran número sobre el campo del instrumento unas granulaciones bastante gruesas, redondeadas, muy lustrosas, debidas al elemento grasiento; despues se observan superficies cuadriláteras en forma de cuadrados ó de rombos desiguales que no son otra cosa mas que restos de epidermis; por último, tambien se encuentran casi constantemente tubos ramificados que contienen en su interior y en su superficie unos puntos blancos esféricos ú ovoideos de un volúmen variable, y que parecen ser los esporos ú órganos de reproduccion de una criptógama.

Los pequeños tumores que constituyen el acné varioliforme son en general muy variables en su número. Así que,

mientras en ciertos individuos se hallan diseminados y apenas son aparentes, en otros su grado de confluencia es tal, que constituyen una verdadera deformidad.

Su sitio de predileccion parece ser el rostro, y sobre todo la frente, no obstante que no es raro encontrarlos en otros puntos, en las partes laterales del cuello, por ejemplo, en los pechos, en los miembros y en las partes genitales.

El acné varioliforme sigue un curso esencialmente crónico y en ciertos individuos persiste toda la vida; sin embargo, puede tambien terminar espontáneamente. En efecto, algunas veces la materia sebácea se elimina por sí sola, cesa de reproducirse y el tumor desaparece; otras veces se apodera del folículo una ligera inflamacion, la materia sebácea se seca, y el tumor desaparece sin dejar vestigios, mientras que en otros casos la supuracion invade el folículo, el cual se destruye y es reemplazado por una verdadera cicatriz; por último, se ha visto muchas veces á la gangrena invadir esos pequeños tumores, tomar entonces el vértice de los mismos un color gris negruzco y caer al cabo de algunos dias, dejando al descubierto una ulceracion que no tarda en cicatrizarse.

El diagnóstico de esta afeccion es fácil de establecer; en efecto, el curso crónico de esos pequeños tumores, su indolencia, la presencia en su centro ó en sus lados de una especie de ombligo, por el cual se escapa la materia sebácea cuando se comprime la base del folículo; todos esos caracteres establecen entre esas elevaciones y las demás que se encuentran en la superficie de la piel diferencias esenciales. Su diagnóstico pudiera quizás ofrecer alguna dificultad cuando los pequeños tumores afectasen los órganos genitales, pero la presencia de un pequeño ombligo en su centro los distinguirá siempre de los tubérculos sifilíticos.

El pronóstico no ofrece ninguna gravedad, y la curacion puede siempre obtenerse por medio de un tratamiento bien combinado.

Etiología.—El acné varioliforme se observa principalmen-

te en los niños y en los individuos jóvenes, raras veces en los viejos y parece ser tan frecuente en el hombre como en la mujer. La única causa accidental evidente para nosotros es el contagio.

Bateman describió dos especies de *molluscum* y su *molluscum contagiosum* es la afección que nosotros designamos hoy día con el nombre de acné varioliforme, no obstante todos los patólogos ponían en duda este contagio, cuando M. Caillaux llamó de nuevo la atención acerca de esa propiedad contagiosa; habiendo tenido ocasión de observar en el hospital de Niños, dos ó tres enfermos afectados por esta enfermedad, notó al cabo de algunas semanas que la erupción se había ido extendiendo de cama en cama á unos treinta individuos.

A pesar de esos hechos, lo mismo que los demás médicos, nosotros dudábamos creer en la propiedad contagiosa de dicha enfermedad, cuando un hecho que observamos el año anterior vino á cambiar nuestra opinion; tuvimos ocasion de observar una nodriza que tenia en un pecho cuatro ó cinco tumores de acné varioliforme, y el niño que amamantaba presentaba unos tumores análogos en los puntos de la cara que se hallaban en relacion con el pecho enfermo. Al cabo de dos meses tuvimos en nuestra clínica una enferma que padecía un acné varioliforme muy confluyente, y seis semanas despues una de las enfermeras presentó algunos tumores semejantes que se manifestaron primeramente en el dorso de la mano y que hoy día se hallan diseminados por el resto del cuerpo, mientras que otra jóven del servicio, cuyas relaciones con la enferma eran menos frecuentes, pero que tenia la costumbre de hacerse peinar por ella, presentó elevaciones semejantes diseminadas en la nuca y en el cuello.

Por lo demás nosotros podemos explicar fácilmente el contagio por medio de los esporos de la criptógama que hemos descubierto en esta afección, y hubiéramos podido, con este motivo, colocar el acné varioliforme en la clase de las enfermedades parasitarias; si no lo hemos hecho, ha sido única-

mente por no interrumpir la descripción de las afecciones de los folículos sebáceos.

Tratamiento.—El tratamiento del acné varioliforme debe ser en un principio preventivo, y para ello es preciso procurar el aislamiento de los enfermos atacados por esta enfermedad, principalmente si se trata de niños; en efecto, parece que en los niños el contagio tiene mas actividad.

Si los tumores son raros y se hallan diseminados el tratamiento mas simple consiste en incidir el vértice de cada uno de ellos con la punta de una lanceta, y ejercer cierta presión sobre los mismos para hacer salir el folículo entero; es raro ver al tumor reproducirse después de esta operación. No obstante, se concibe que este tratamiento puramente quirúrgico, no puede ponerse en ejecución, cuando los tumores son confluentes y se hallan esparcidos sobre una gran parte del cuerpo. Entonces se puede recurrir con éxito al uso de las lociones escitantes ó astringentes. El alcoholato de melisa ó de lavanda y las disoluciones concentradas de alumbre despiertan la contractilidad del folículo y le comunican una energía mayor para espeler la materia sebácea. Se obtiene el mismo resultado tocando las partes enfermas con la tintura de iodo.

M. Cazenave aconseja el uso de lociones amoniacales, y M. Bazin el uso de lociones alcalinas. Por último, se han preconizado también las lociones con el aceite de enebro y las fricciones con pomadas irritantes, que tengan por base el ioduro de azufre ó sales mercuriales. A menudo hemos empleado con éxito estos últimos agentes medicamentosos; con ellos se obtiene fácilmente la inflamación del folículo y la supuración que determina consiguientemente la curación del tumor. En una enferma que actualmente tenemos en nuestra clínica, empleamos una pomada de protoioduro de mercurio en pequeña dosis (*manteca 30 gramos; protoioduro de mercurio 1 gramo*); de este modo no obtenemos supuración, pero bajo la influencia de este tratamiento los tumores se ponen rubicundos, se deprimen y, en resúmen, si la curación no

es aun completa, los resultados son al menos muy notables.

3.º *Acné sebácea fluente.*

Esta variedad de acné se halla caracterizada por una hipersecrecion de la materia sebácea que se derrama fuera de la cavidad que la contiene y forma una costra lustrosa en la superficie de la piel; al mismo tiempo la coloracion de este último órgano es mas viva; su espesor parece aumentar y los orificios abiertos de los folículos permiten frecuentemente percibir en la abertura una pequeña gota oleaginosa. Esta secrecion, por lo demás, no va acompañada ni de escozor, ni de comezones; ordinariamente es bastante activa, puesto que si se seca la parte humedecida por la misma, poco tiempo despues se vuelve lustrosa á consecuencia de la formacion de una nueva capa sebácea.

El acné sebácea fluente ataca ordinariamente el rostro, limitándose algunas veces á la frente ó á las alas de la nariz, y siempre en estos puntos presenta una intensidad mayor; no obstante, se puede tambien encontrar en estos puntos, en el tronco, en los miembros, en el cuero cabelludo y tambien se la ha visto invadir el cuerpo entero. En algunos enfermos existe sola, pero habitualmente va acompañada de las demas variedades del acné, tales como el acné punteada y el acné simple ó indurada.

En ciertos sugetos, el acné sebácea fluente, es por decirlo así, congénita y parece que está ligada á un estado particular de la piel; en otros sobreviene accidentalmente, presenta entonces frecuentemente un curso crónico y se prolonga ordinariamente durante largo tiempo.

El diagnóstico de esta afeccion es fácil. En efecto, no hay posibilidad de confundir esa capa grasienta esparcida en la superficie de la piel con la secrecion del sudor, que es mas serosa, mas acuosa y que jamás ofrece ese carácter oleaginoso que se encuentra en el acné.

No insistiremos mas en el diagnóstico diferencial que hay

que establecer entre el acné sebácea fluente y el eczema; en efecto, en esta última afeccion la piel presenta una rubicundez punteada, una descamacion especial y la secrecion plástica, que tiende á concretarse, en nada se parece á la materia sebácea.

El *pronóstico* no ofrece ninguna gravedad, si se considera la influencia que esta afeccion puede tener en la salud general; pero es mas sério si se examina la posibilidad de la curacion, siendo casi siempre inciertos los recursos de la terapéutica, y resistiéndose frecuentemente la enfermedad á las mas diversas medicaciones con tenacidad.

La etiología de esta afeccion es bastante oscura; sabemos solamente que se observa especialmente en los individuos de temperamento linfático ó linfático-bilioso, y que presentaban ya el acné punteada. Igualmente frecuente en ambos séxos, los individuos jóvenes están mas espuestos á padecerla que los niños y los viejos. Añadiremos que la disposicion particular de la piel, cuyo espesor se halla aumentado y cuyos folículos están desarrollados y entreabiertos, parece evidentemente que predispone á la hipersecrecion del humor sebáceo.

El *tratamiento* consiste particularmente en el uso de medicamentos astringentes; así que las sales de plomo, el alumbre, el tanino, ya disueltos, ya incorporados con manteca, las pomadas de sales de hierro, sobre todo de peróxido de hierro, bastan algunas veces para obtener la curacion. No obstante, si esos medios fueran insuficientes, es preciso recurrir á los agentes sustitutivos y determinar en la piel una inflamacion bastante viva para modificar completamente la estructura de las glándulas; se emplean los preparados sulfurados, las pomadas cuya base está constituida por las sales de mercurio, sobre todo las de protoioduro, biioduro, é ioduro de cloruro mercurioso, á dosis ya pequeñas, ya grandes.

Es verdad que á menudo todos esos medios terapéuticos solo determinan un alivio momentáneo, y que la afeccion recidiva tan luego como cesa su empleo. En ciertos casos se han obtenido felices resultados dirigiendo chorros de vapor

de agua sobre las partes enfermas. Los chorros de agua sulfurosa, las aguas de Louchon y las de Uriage han dado tambien algunas veces excelentes resultados; pero en primera línea colocaremos las aguas de Louesche que, como lo hemos dicho ya, tienen la propiedad especial de determinar en la piel una erupcion eritematosa que ejerce una accion análoga á los preparados sustitutivos.

4.º *Acné sebácea concreta.*

En esta variedad de acné, la materia sebácea se derrama en la superficie de la piel del mismo modo que en la variedad precedente, pero en lugar de formarse una capa líquida y oleaginosa, se concreta dando lugar á la formacion de unas placas sólidas, cuya estension y coloracion son muy variables. En efecto, mientras que algunas de esas costras presentan una estension que no pasa de uno á dos centímetros, se ven otras que cubren toda una region.

La coloracion de estas manchas no es menos variable; ordinariamente es amarilla, pero tambien puede ser gris ó morena y algunas veces hasta negra, ofreciendo entonces la piel un aspecto de nigricia parcial. Si se rascan dichas costras con la estremidad de la uña, con facilidad se determina su desprendimiento y se obtiene una materia blanda, ceriforme, susceptible de malaxarse y que no es mas que una mezcla de materia sebácea y de células epidérmicas. Insistimos con razon acerca de la facilidad con que se pueden amasar esas costras, porque constituye un carácter que no se encuentra ni en las costras del eritema, ni en las del impétigo.

En esta afeccion la piel no presenta jamás, la menor apariciencia de ulceracion, su coloracion parece solamente que ha aumentado y los orificios de los folículos sebáceos se hallan entreabiertos y prolongados, de modo que permiten percibir la cara interna de su cavidad; esta disposicion se observa sobre todo cuando los productos de la secrecion mas recientes, habiendo contraido ya adherencias con los productos mas

antiguos derramados sobre la superficie de la piel, han sido separados con estos últimos.

La variedad que nos ocupa tiene ordinariamente su asiento en la cara, y su estension es á veces tan grande que forma una verdadera máscara; no obstante, es lo comun que ocupe un sitio limitado, tal, como la frente ó las alas de la nariz. Además, se puede encontrar tambien en otras partes, como el tronco, los miembros y las manos; nosotros observamos un caso en que la enfermedad afectaba la palma de la mano, y que merece toda nuestra atencion; en efecto, los anatómicos no han encontrado folículos sebáceos en esta region, siendo así que la existencia de esta variedad de acné implica necesariamente la de las glándulas sebáceas. ¿Sería, quizás, mas razonable admitir respecto de esa region, que en ciertos individuos pueden faltar los folículos sebáceos y que en otros se hallan estos menos desarrollados que en las demás partes, pero que en ciertos casos su secrecion puede ser activa de modo que constituya un verdadero estado patológico?

El acné sebácea concreta se manifiesta tambien con bastante frecuencia en el cuero cabelludo, en cuya parte se presenta bajo la forma de unas placas grises que aglutinan los cabellos. Es probable que en la pica polonesa, afeccion en la que los cabellos, bañados en una secrecion viscosa, forman una mezcla íntima, la alteracion de los folículos sebáceos constituya uno de los principales elementos de la enfermedad.

El acné sebácea concreta va raras veces acompañada de escozor y de comezones; no obstante, algunas veces, cuando se separan las placas sobreviene un dolor bastante vivo. Recordaremos aquí la observacion de un jóven enfermo, á quien curamos hace ya algunos años, y que sufría de tal modo, despues de la separacion de las costras, que prefería mejor abandonar el hospital que someterse á una nueva ablacion de las costras, operacion que era necesaria para la aplicacion de los medios terapéuticos. En esos casos es la curacion muy difícil, la enfermedad toma un curso crónico y se la vé perpetuarse durante meses y años enteros.

El *diagnóstico* de esta afeccion es bastante fácil, si se recuerda que su carácter principal es el de presentar unas costras blandas, ceriforme, poco adherentes á la piel y fáciles de separar. Sin embargo, no es raro ver desconocer su verdadera naturaleza. Así es que en un enfermo que hemos observado recientemente, y que nos presentó una coloracion negra y unas placas muy pronunciadas, se habia diagnosticado una pelagra.

Mas comunmente esta secrecion concreta ha sido tomada por un cancroide de la piel, por un *noli me tangere*, habiendo nosotros visto muchas veces aplicar, para destruirlo, cáusticos bastante enérgicos.

Por último, esta variedad de acné se diferencia del eczema y del impétigo por importantes caracteres; no procede, como sucede en estas últimas afecciones, de una secrecion serosa ó sero-purulenta, no vá jamás acompañada de ulceracion, y su producto de secrecion blando, ceriforme y untuoso puede malaxarse fácilmente y amasarse formando pequeñas bolas, lo cual no se puede obtener con las costras del impétigo.

Relativamente al *pronóstico*, diremos que es análogo el del acné concreta al del acné fluente; en nada altera la primera afeccion la salud general, pero su curso es crónico y su curacion difícil.

Etiología.—Al contrario de lo que sucede en el acné sebácea fluente, se encuentra sobre todo la variedad de que tratamos en los viejos. Así que no es raro observar en estos unas manchas grises, secas, adherentes fuertemente á la piel, y que hasta envian dentro de los folículos unas prolongaciones parecidas á las raices. La edad adulta, la juventud y la infancia, aunque menos espuestas á esa afeccion, no se encuentran sin embargo al abrigo de la misma; por lo demas raras veces existe sola, sino que casi siempre no es mas que una complicacion de las demas variedades del acné.

El *tratamiento* del acné sebácea concreta descansa en las mismas indicaciones que el del acné sebácea fluente. No

obstante, antes de aplicar los agentes terapéuticos, es preciso empezar por hacer desaparecer las manchas y separarlas por medio de lociones jabonosas. En seguida se practican lociones astringentes y unciones con pomadas de la misma naturaleza. La pomada de peróxido de hierro es la que nos ha dado mejores resultados. Por fin, como último recurso, se pueden emplear los agentes modificadores de la piel, y, en particular, las pomadas mercuriales, los chorros de vapor, las aguas sulfurosas y las aguas de Lousesche.

5.º *Acné sebácea córnea.*

Esta variedad de acné es menos conocida aun que la variedad precedente. Descrita por primera vez hace ya algunos años por M. Cazenave, su historia está sin embargo algo oscurecida.

Esta afeccion se presenta bajo la forma de unas eminencias amarillentas, grises ó negras, puntiagudas, y que dan al tacto la sensacion de una escofina ó de un cepillo; comprimiendo la base de estos pequeños tumores, se hacen muy proeminentes y hasta muchas veces se separan, en cuyo caso el orificio abierto del folículo sebáceo demuestra muy bien cual es su modo de produccion y en qué sitio estaban los mismos implantados.

Se encuentra indiferentemente esta alteracion de los folículos en todas las regiones del cuerpo, en la frente, en la nariz, en el tronco ó en los miembros, y esos pequeños tumores, ya reunidos en grupos, ya diseminados, no ocasionan jamás ni escozor, ni comezons, sino que constituyen mas bien una deformidad que una verdadera enfermedad. Su curso es, por otra parte, escesivamente crónico, y la secrecion córnea puede persistir durante meses y años, si un tratamiento conveniente no la modifica.

El *diagnóstico* de esta afeccion es bastante fácil. No obstante, se pudiera confundir con la *pitiriasis pilaris* y con una variedad de escrofúlida que hemos descrito con el nombre de *escrofúlida córnea*.

La pitiriasis pilaris está caracterizada por una hipertrófia de los folículos pilosos, los cuales forman proeminencias como la carne de gallina. Esas proeminencias se hallan siempre atravesadas por un pelo y cubiertas por una escama seca, adherente, pero que no obstante se pueden separar. Esos caracteres, como se vé, difieren bastante de los que hemos asignado al acné sebácea córnea; pero el diagnóstico se hará mas fácil en vista de la presencia de una *psoriasis palmaria* y *plantaria*, afecciones que hasta el presente M. Devergie y nosotros hemos visto constantemente acompañar á la *pitiriasis pilaris*.

Hay una afeccion muy rara de la cual solo nos ha sido dado observar hasta el presente un solo ejemplo, pero que M. Cazenave ha tenido ocasion de ver varias veces, confundiéndola erróneamente con el acné sebácea córnea. En esta afeccion la piel está erizada de superficies desiguales y rugosas, en forma de puntas como el acné córnea; pero en lugar de tener su coloracion normal, la superficie tegumentaria presenta una coloracion violácea y forma una ligera eminencia que mas tarde es reemplazada por un trabajo atrófico, al cual sucede una verdadera cicatriz. Segun M. Cazenave, esta afeccion no es mas que una variedad de acné en la que la materia córnea ha determinado, por medio de una verdadera presion mecánica, una atrofia dela piel; pero nosotros haremos observar que los folículos forman eminencia esteriormente y que por consiguiente no pueden ejercer ninguna presion sobre el tejido cutáneo, que esta afeccion se ha observado siempre en individuos escrofulosos ó linfáticos, y que es mucho mas sencillo admitir que es una de las variedades de las escrófulas. Para nosotros, es pues, una *escrofulide eritematosa* que viene á complicar al acné sebácea córnea y que recorre todas las fases de su evolucion independientemente de la primera afeccion.

El *pronóstico* del acné sebácea córnea no ofrece ninguna gravedad.

El *tratamiento* exige al principio el uso de preparados

emolientes, tales como cataplasmas ó baños generales, y despues se recurre á los preparados substitutivos. De este modo se determina en el interior de las paredes de los folículos cierto grado de escitacion y hasta muchas veces una verdadera inflamacion, cuya consecuencia es la vuelta á su estado normal de dichas paredes. Los medios locales solos pueden producir la curacion, no jugando el tratamiento general mas que un papel accesorio; no obstante, si hubiese complicacion de un estado linfático, se pudiera recurrir con éxito al uso de los preparados sulfurosos ó de los demás que se emplean con ventaja en el tratamiento de las escrófulas.

Al terminar la historia de esta variedad de acné, recordaremos que se habrá podido apreciar recientemente la exactitud de nuestra descripcion, en una jóven de 15 años, que entró en nuestra clínica para curarse de esta afeccion. Hacia ya algunas semanas que tenia en las nalgas y en los hombros unos pequeños tumores amarillentos, ligeramente puntiagudos, de un volúmen que variaba entre el de un grano de mijo y el de una cabeza gruesa de alfiler y que daba al tacto una sensacion de aspereza córnea. Se administraron primero algunos baños simples, despues de los cuales mandamos practicar mañana y tarde fricciones con una pomada ligera de biioduro de mercurio (*manteca 30 gramos, biioduro de mercurio 0, 25 gramos*). Bajo la influencia de este tratamiento la piel tomó un aspecto mas rojizo, los folículos se vaciaron y la enferma pudo salir perfectamente curada despues de un mes de estancia en el hospital.

§ II. ESPECIES DE ACNE DEBIDAS A UNA INFLAMACION DE LOS FOLÍCULOS.

Bajo este título estudiaremos el *acné simple* y el *acné indurada ó tuberculosa*, y como esas dos variedades determinan algunas veces la dilatacion consecutiva de los capilares ó la hipertrofia de los tejidos sub-yacentes, colocaremos en el mismo el *acné rosácea* y el *acné hipertrófica*.

1.º *Acné simple.*

El *acné simple* (*acne simplex*) se presenta en el estado mas rudimentario bajo la forma de unas pequeñas pústulas, cuyo volúmen es, cuando mas, como el de una cabeza de alfiler, rodeadas en su base por una areola roja que no forma proeminencia; no van acompañadas de comezon alguna, y apenas determinan una ligera comezon ó una ligera sensacion de calor y recorren en cuatro ó cinco dias su período de evolucion; despues que dichas pústulas se han abierto, solo queda una mancha de color rojo bastante vivo que á veces desaparece con bastante lentitud; despues se desarrollan nuevas pústulas y su reunion con las manchas dan á la piel un aspecto bastante particular.

En algunos casos la pústula no sigue un curso tan sencillo, sino que es mas voluminosa y presenta en su base una ligera eminencia de color rojo bastante vivo, especie de tubérculo, que persiste ocho ó quince dias despues que la pústula se ha deprimido y que á veces es reemplazado por una pequeña cicatriz. Se puede mirar esta variedad de acné como una especie de transaccion entre el acné simple y el acné indurada.

El acné simple se encuentra á menudo en la cara, teniendo una especie de predileccion por la frente y las sienes; pero igualmente afecta con frecuencia el tronco, manifestandose entre los hombros y en la parte anterior del pecho; en los miembros es mucho mas rara. En ciertas circunstancias esta afeccion parece que está bajo la influencia de la pubertad; así que su frecuencia, mucho mas grande en la juventud, ha hecho que se la diera en esos casos el nombre de *acné juvenil*.

2.º *Acné indurada.*

El acné indurada ó tuberculosa (*acne indurata*) presenta exagerados todos los caracteres que nosotros hemos descrito

en la variedad precedente. Principia por una eminencia de color rojo violáceo, de volúmen variable y cuyo vértice no tarda en ser invadido por la supuración. Esta pústula, cuya base fuertemente indurada, permanece ordinariamente estacionaria durante algunos dias; pero cuando ha recorrido sus fases de evolucion deja en su lugar una hinchazon mas ó menos considerable que puede desaparecer lentamente y á la cual sucede ordinariamente una cicatriz indeleble, bastante semejante á la de las pústulas variolosás; en ciertos casos esta cicatriz es triangular y ofrece cierta semejanza con las de las picaduras de las sanguijuelas.

A mas de esos tubérculos, se ven aparecer en la piel unos pequeños tumores violáceos que en el espacio de diez á quince dias pueden adquirir un volúmen que varía entre el de un guisante y el de una avellana. Ordinariamente indolentes, esos tumores son blandos y presentan una fluctuacion oscura; incindiéndolos con la punta de una lanceta, se derrama de los mismos una materia amarillenta, cremosa, espesa, bastante análoga á la de los forúnculos; si se les deja seguir su curso natural, su abertura puede efectuarse espontáneamente, pero en ciertos casos los productos morbosos se reabsorben, el tumor se deprime y mas tarde resulta una verdadera cicatriz por efecto de la pérdida de sustancia que ha sufrido el tejido cutáneo.

Es raro encontrar aisladas en un mismo individuo el acné simple y el acné indurada; en efecto, casi siempre, esas dos afecciones existen simultáneamente y hasta vienen á complicarlas las otras variedades de acné. Entonces por su reunion hay una verdadera deformidad de las partes afectadas, que puede ser para los enfermos un motivo real de afliccion. Por lo demás, á escepcion de las impresiones que dejan en el rostro, esta variedad no determina ninguna sensacion dolorosa y solo en los casos mas graves ocasiona una ligera comezon que viene á anunciar la formacion del pus.

3.º *Acné rosácea.*

El acné rosácea (*acne rosacea*) que tambien ha sido designada con los nombres de *caparrosa* y de *acné eritematosa*, está caracterizada por unas manchas de estension variable y cuya coloracion roja ó violácea presenta casi siempre un aspecto jaspeado. Las partes enfermas presentan además en su superficie, en la mayoría de los casos, ya una descamacion epidérmica, ya una erupcion de pústulas de acné simple.

Esta última coincidencia es tambien bastante frecuente para que los partidarios de la escuela de Willan hayan creido que debian colocar esa enfermedad en las afecciones pustulosas; pero si bien sucede que las manchas rojas ó violáceas que reemplazan á las pústulas de *acné simple* persisten ó se agrandan hasta el punto de formar verdaderas placas de acné rosácea, en otros casos la enfermedad principia de un modo diferente; las placas rojas se producen insensiblemente, aumentan poco á poco de estension y hasta pueden ir acompañadas de dilataciones vasculares, verdaderas varices de los vasos capilares superficiales. Por lo demás, esta hipertrofia vascular existe casi siempre en casi todos los casos, pero en un grado muy variable, y esta coincidencia casi constante, ha sido tambien la que ha inducido á algunos médicos á que miraran la alteracion vascular como el punto de partida de la afeccion.

El acné rosácea se manifiesta constantemente en la cara. Limitada en algunos casos á la nariz, puede afectar aisladamente la frente, la barba y las mejillas; pero no es raro verla invadir la cara entera. Sobre todo en los casos en que es considerable es cuando se complica con erupciones pustulosas ó arborizaciones vasculares del tejido cutáneo. No obstante, jamás en esos casos las partes aumentan de volúmen y el tejido celular tampoco toma parte en la hinchazon.

Esta afeccion goza de una estremada tendencia á seguir un curso crónico y su duracion es á menudo muy larga, si

bien algunas veces desaparece espontáneamente. No tiene mas inconveniente que ser una causa de deformidad, pero en algunos individuos las placas rojas son el sitio de una ligera sensacion de calor, y muchas veces de verdaderas comezones.

4.º *Acné hipertrófica.*

Las diversas variedades de acné que acabamos de estudiar determinan en la piel de ciertos individuos, por efecto de las fluxiones sanguíneas que ocasionan, un aumento de volumen que se hace sobre todo manifiesto en ciertas regiones; de este fenómeno resulta una nueva afeccion que nosotros hemos designado con el nombre de *acné hipertrófica*.

El carácter de esta afeccion consiste en presentar unos tumores rojos ó violáceos que descansan sobre una piel engrosada, rugosa, desigual y que van acompañados de un acné sebácea fluente, la cual dá á las partes afectadas un aspecto lustroso y untuoso. Por lo demas, esos tumores presentan un volumen muy variable; á menudo sin pedículo, y algunas veces pediculados, irregulares y diseminados ó reunidos en grupos, de modo que cubren toda una region, pueden del mismo modo no pasar del grosor de una avellana, que adquirir un volumen doble de la nariz. En efecto, la nariz es su sitio de predileccion, en cuyo sitio unas veces se desarrollan de un modo desigual, que hace que la parte aparezca como cubierta de granos, y otras se halla este órgano hipertrofiado de un modo regular en toda su estension, habiendo solamente un aumento de volumen. Las demas partes de la cara no se hallan sin embargo al abrigo de esta afeccion, así que se la encuentra algunas veces en las mejillas y mas raramente en la frente.

Por lo demas, á parte de las deformidades que ocasiona el acné hipertrófica y de su tendencia estrema á pasar al estado crónico, no podemos menos de repetir en este lugar lo que hemos dicho acerca de las demas variedades del acné, á saber, que no determinan ningun fenómeno general y que pueden tomarse como el tipo de las enfermedades cutáneas locales.

Curso. El estudio del curso del acné es muy interesante.

En efecto, se compone de una serie de fenómenos agudos que se producen sucesivamente, dando á la enfermedad un carácter crónico. Así que, las pústulas recorren el período de su evolucion en cuatro ó cinco dias, los tubérculos necesitan de ocho á quince para llegar á su terminacion, de suerte que cada una de esas lesiones elementales siguen un curso agudo, pero apenas ha desaparecido una erupcion, otra nueva se manifiesta, y en definitiva, la enfermedad tiene ordinariamente una duracion muy larga.

El curso de la enfermedad es pues esencialmente crónico y al lado de cada cicatriz antigua se ven elevar tumores de nueva formacion. Tambien á consecuencia de muchas erupciones sucesivas es como la piel y el tejido celular sub-cutáneo se hipertrofian y aparecen las dilataciones vasculares.

No obstante, en ciertos casos se establece una remision en los síntomas, siendo la enfermedad susceptible de terminar espontáneamente. Así que el *acné juvenilis* generalmente tiene una efimera duracion y desaparece sin tratamiento. Pero á medida que la edad es mas avanzada, el acné es mas tenaz y su desaparicion espontánea es mas rara. No obstante, generalmente se cura en la aproximacion de la vejez, á menos que vaya acompañada de la hipertrofia de los tejidos ó de la dilatacion vascular.

El acné es una afeccion muy sujeta á recidivas, lo cual es fácil de comprender, considerando la tenacidad con que resiste á todos los medios terapéuticos.

Diagnóstico. El diagnóstico del acné es generalmente fácil de formar; las afecciones con las que pudiera confundirse y de las que procuraremos distinguirla, son: el ectima, el impétigo, el eczema, la pitiriasis, la sifilide pustulosa acneiforme y los tubérculos sifilíticos.

El *ectima* difiere del acné por caracteres muy importantes; en efecto, en lugar de ser pequeñas y puntiagudas, sus pústulas son anchas y aplanadas, rodeadas de una areola sonrosada, y jamás presentan en su base esa hinchazon que existe constantemente en el acné.

El *impétigo* está caracterizado por unas pústulas que jamás descansan en una base indurada y que, lejos de estar aisladas é independientes como en el acné, se reúnen en grupos de modo que se confunden; además, después de la rotura de las pústulas se efectúa un derrame y se forman unas costras gruesas, que jamás se observan en las afecciones de los folículos sebáceos.

El *eczema* y el *acné rosácea* pudieran algunas veces dar lugar á dificultades en el diagnóstico; en esas dos afecciones hay en efecto rubicundez y descamación, pero mientras que este último carácter es muy poco marcado en el acné, es muy notable en el *eczema*; en la afección herpética hay además un secreción serosa que siempre falta en el acné; por último el *eczema* puede encontrarse en todas las partes del cuerpo, mientras que el *acné rosácea* reside exclusivamente en el rostro.

La *pitiriasis* para nosotros no es más que uno de los períodos del *eczema*; cuando se halla en la cara, pudiera tomarse algunas veces por un *acné rosácea*; pero, á más de que el curso de esas dos afecciones no es el mismo, no se encuentra en la *pitiriasis* ese tinte violáceo de los tegumentos y esa dilatación vascular que acompañan tan frecuentemente al *acné*.

De todas las enfermedades que son susceptibles de confundirse con el *acné*, las *afecciones sífilíticas* son las que presentan las mayores dificultades en el diagnóstico.

En la *sífilide pustulosa acneiforme* existen pústulas con hinchazón en su base y coloración violácea de los tejidos; de suerte que esos caracteres son comunes en ella, en el *acné simple* y en el *acné indurada*. Entonces es preciso, para fijar el diagnóstico, examinar el sitio de la erupción; en efecto, mientras que la afección sífilítica invade sobre todo los miembros superiores ó inferiores, el *acné* tiene una especie de predilección por la cabeza y por el tronco. Si, á pesar de esto, hay aun dificultad, será preciso, para reconocer la causa específica, interrogar al enfermo é ir investigando los demás accidentes sífilíticos concomitantes que raras veces faltan.

Los *tubérculos sífilíticos* podrán algunas veces ser tomados

por el acné indurada, pero además de la tendencia extrema que tienen en ulcerarse y de la diferencia de sitio, se observan entonces casi siempre fenómenos concomitantes que al momento ponen al médico en el camino del diagnóstico.

Podemos decir de un modo general para resumir, que el diagnóstico del acné será estremadamente fácil, considerando el sitio de la erupción. Es preciso no olvidar jamás que el acné afecta casi exclusivamente el tronco y la cara, que algunas veces se encuentra en los hombros y en los muslos, pero que es muy rarísimo verla en las piernas y en los antebrazos.

Pronóstico. El acné es una enfermedad cutánea accidental, y que jamás causa alteración en la salud general; no obstante, si se considera que invade con preferencia la cara siendo una causa poderosa de deformidad, sobre todo en las mujeres, y que ofrece una gran resistencia á los remedios que se emplean para combatirla, se concebirá la aflicción que sufren las personas afectadas por esta enfermedad y el vehemente deseo que tienen de librarse de la misma.

Etiología. Las causas del acné son de un estudio muy interesante, y serán para nosotros objeto de importantes consideraciones, que pueden por otra parte aplicarse en su mayoría á todas las variedades de esta afección.

Para nosotros es una cosa manifiesta que ciertos sujetos se hallan naturalmente predispuestos á todas las afecciones de los folículos sebáceos. En ellos los orificios de los folículos son drolongados y se hallan entreabiertos, y la piel engrosada se encuentra incesantemente lubricada por una secreción continua semejante á la que se observa en el acné sebácea fluente. La mayor parte de los enfermos presentan además casi todos los atributos de un temperamento linfático. ¿Es este un motivo suficiente para admitir, con M. Bazin, que el acné es siempre de origen escrofuloso? Nosotros no participamos de esa opinión, porque un individuo puede ser de temperamento linfático, sin que padezca escrófulas, y además, si bien el acné se observa preferentemente en individuos de temperamento linfático, también se le vé atacar á las mejores constituciones.

Todas las edades se hallan espuestas á las afecciones de los folículos sebáceos; no obstante, los niños se hallan menos sujetos á padecerlas, y en ellos toma preferentemente la forma del acné sebácea fluente, del acné conereta ó del acné córnea; el acné inflamatoria parece ser el privilegio de la adolescencia; en la edad madura se presenta el acné indurada y el acné rosácea, mientras que la vejez favorece el desarrollo del acné hipertrófica y tambien del acné sebácea conereta.

Es difícil saber si el acné es mas frecuente en el hombre que en la mujer: para resolver esta cuestion, seria necesario un número de hechos mas considerable que el que nosotros poseemos. No obstante, aunque nos parece que ciertas especies de acné se desarrollan igualmente en los dos sexos, creemos que el acné rosácea es mas frecuente en la mujer, mientras que el acné hipertrófica parece ser una afeccion esclusiva del sexo masculino.

La etiologia del acné encierra una cuestion que ha sido resuelta de diverso modo por la mayor parte de los médicos, á saber, si esta afeccion es idiopática ó bien si va constantemente ligada á una lesion fundamental ú orgánica. Segun algunos patólogos, el acné simple, el acné indurada y el acné rosácea dependen siempre de alteraciones gastro-intestinales en el hombre y á menudo están ligadas á un desórden de la menstruacion en la mujer. Nosotros hemos procurado dilucidar esta cuestion interrogando con cuidado á todos los enfermos acerca de su salud habitual y debemos decir que, en la mayor parte de nuestras observaciones, las funciones menstruales se verificaban con una perfecta regularidad y que el estado de las digestiones nada dejaba que desear.

Es fácil esplicar el error en que han caido los médicos que profesan la opinion contraria, apoyados en la sola consideracion de la frecuencia de los desórdenes menstruales y digestivos, pero si en lugar de una simple coincidencia existiese una relacion de causa á efecto, la enfermedad deberia desaparecer con la causa que la ha dado nacimiento; esta consideracion es suficiente para demostrar lo erróneo de la asercion de dichos

partidarios, puesto que el restablecimiento de la menstruacion y la reaparicion de fáciles digestiones no determinan modificacion alguna en el curso del acné, ni disminuyen en nada su intensidad.

Las alteraciones de la circulacion ejercen en la produccion del acné una influencia que no ha sido notada por la mayor parte de los autores, pero que nos parece mucho mas real y mucho mas eficaz que las causas precedentes. En efecto, es muy comun observar una recrudescencia de las erupciones del acné cada vez que se abusa de los escitantes del sistema circulatorio; así, el alcohol y el café tomados en exceso determinan una congestion sanguinea hácia la cabeza y por consiguiente un aumento en la intensidad de la afeccion. Las mujeres atacadas por esta afeccion acusan a menudo soplos de calor en la cara, y experimentan en los pies un frio casi continuo, lo cual parece indicar que la sangre abandona las extremidades para dirigirse hácia las partes superiores del cuerpo.

Algunos médicos, y sobre todo el vulgo, acusan á los licores de ser una causa de la produccion del acné. Sin que estos merezcan todos los reproches de que son objeto, es preciso confesar, sin embargo, que ejercen una influencia incontestable por efecto de la impulsión que imprimen al movimiento circulatorio; y sin acusar á todos los enfermos de excesos alcohólicos, nos parece, no obstante, evidente que el acné hipertrófica, que determina un aumento tan característico de la nariz, se encuentra mas particularmente en los borrachos. Además, se concibe fácilmente que las repetidas congestiones hácia la cabeza, determinan á la larga dilataciones vasculares, cuya desaparicion es imposible obtener, y no puede desconocerse que el uso de licores fuertes entretiene y exaspera la enfermedad, despues que esta ha estallado.

La continencia ha sido señalada como una causa activa de desarrollo del acné. Esta influencia de la funcion espermatica en los folículos sebaceos no nos parece destituida de todo fundamento. En efecto, es digno de notarse que el *acne juvenillise* en

cuentra sobre todo en los jóvenes de quince á diez y ocho años, cuando la disciplina de las escuelas pone un freno á sus pasiones, y si esta afeccion desaparece cuando son dueños de sí mismos, tambien persiste durante mucho mas tiempo en aquellos que continúan en aquel estado, por ejemplo en los jóvenes que se destinan para el estado eclesiástico.

¿Qué conclusion puede deducirse de los hechos que hemos pasado en revista y de las opiniones que hemos discutido? Que el acné, lejos de ser una enfermedad general y diatéctica, constantemente ligada á un desórden de la economía, es por el contrario una afeccion local y accidental, que al parecer depende de un vicio de los folículos sebáceos. Nosotros añadiremos que todas las causas que determinan una congestion sanguínea hácia la cabeza nos parece que tienen una influencia real sobre el desarrollo de esta enfermedad.

Tratamiento. Desde hace algunos años el tratamiento del acné ha hecho grandes progresos. En efecto, si se consultan los trabajos relativos á las enfermedades cutáneas de MM. Rayer, Gibert, Cazenave, Schidel y Devergie, se vé que los medios terapéuticos que estos autores emplean contra el acné se reducen á simples reglas higiénicas, á saber: un régimen suave y moderado, la abstencion de los alcohólicos y de toda especie de escitantes y el restablecimiento de la menstruacion y de las funciones digestivas; esos medios constituyen todo el tratamiento, siguiendo la enfermedad su curso muy tranquilamente.

Hoy día, gracias á la idea que hemos tenido de considerar al acné como una afeccion local, podemos esperar, en la mayoría de los casos, una curacion radical, empleando los preparados sustitutivos, como lo venimos practicando todos los días con buen resultado.

Ciertos empíricos han adquirido cierta reputacion con el uso de pomadas irritantes en el tratamiento de esta afeccion, pero ninguno de esos preparados posee una virtud específica contra el acné. Lo mismo podemos decir del ioduro de cloruro mercurioso, que, segun M. Rochard, ejerce sobre los folículos

una especie de acción electiva; en efecto, nosotros obtenemos los mismos resultados con los demás preparados de ioduro de mercurio, y en todos los casos, podemos esplicarnos perfectamente su acción terapéutica, por la irritación que determinan en la piel, irritación que siempre precede á la mejoría de la afección; esta acción constituye una verdadera medicación sustitutiva. En efecto, una afección crónica sin tendencia á la curación es reemplazada, en este caso, por una inflamación artificial y simple, que debe desaparecer espontáneamente desde el momento en que cesa la acción irritante de la pomada.

— Cuando se trata de emprender el tratamiento del acné, antes que todo es preciso alejar todas las causas que pueden entretener la afección; así que se prohibirán las bebidas escitantes, los alimentos que contengan especias, y se evitarán cuidadosamente las emociones morales vivas y todas las causas que producen un aflujo de sangre hacia la cabeza. Luego si la enfermedad es ligera y reciente, se podrá, como ya lo hemos indicado, recurrir á las lociones escitantes practicadas con una agua aromática ó alcoholizada, ó ligeramente amoniacal. No somos partidarios del uso de las lociones de agua fria, las cuales tienen el inconveniente de determinar una fuerte reacción en partes ya demasiado congestionadas; el líquido al cual nosotros damos la preferencia, tiene la siguiente composición:

Agua destilada.....	100 gramos.
Bieleruro de mercurio.....	1 —
Alcohol.....	c. s.

Se echa una cucharada de café de este líquido en un vaso de agua tibia, y se practican lociones por la mañana y tarde.

Los preparados astringentes tales como las disoluciones concentradas de alumbre, las pomadas hechas con las sales de hierro, sobre todo con el peróxido, han sido suficientes algunas veces para conseguir la curación, pero sea cual fuere el preparado terapéutico al cual se recurra, se obtiene un resultado mas pronto y mas favorable, administrando baños de vapor ó baños sulfurosos, y dirigiendo sobre las partes enfermas chorrores ya simples, ya sulfurosos.

En los casos más graves, y cuando la afección es tenaz, los medios que acabamos de enumerar son insuficientes; entonces es cuando los agentes sustitutivos nos han dado excelentes resultados, habiendo tenido ocasión de felicitarnos de la revulsión que hemos obtenido en la piel por medio de los preparados mercuriales. Tres son las sales de mercurio con las que principalmente hemos obtenido curaciones en el tratamiento del acné, el proto-ioduro, el bi-ioduro y el ioduro de cloruro mercurioso. Nosotros damos la preferencia á las dos primeras, á causa de la facilidad con que pueden procurarse, y por la poca fiijeza que en su composición tiene el cloruro mercurioso.

Si la afección es reciente, es preferible recurrir á dichos preparados en pequeña dosis, que causan siempre un dolor menos vivo; entonces se emplea la pomada siguiente:

Manteca..... 30 gramos.

Proto-ioduro de mercurio.. 0, 10 á 0, 50 ó hasta 1 gramo.

Bajo la influencia de esta preparacion, con la que se practica una uncion todas las noches, la epidérmis se agrieta y al cabo de cierto tiempo, sucede que los tejidos no experimentan ninguna modificacion. Entonces se establece una especie de tolerancia de la cubierta cutánea, y si la curacion no es definitiva, es preciso aumentar la dosis de la sal mercurial. Los mismos resultados se obtienen tambien empleando el bi-ioduro en pequeña dosis, por ejemplo, 0, 0 5 á 0, 50 gramos de sal por 30 gramos de manteca.

En ciertos casos rebeldes de acné, hay muchas veces necesidad de aumentar la dosis de la sal mercurial y hasta puede emplearse una pomada compuesta de partes iguales de manteca y de bi-ioduro; la aplicacion de una sola capa de esta pomada determina una erupcion artificial formada de costras blandas y amarillentas, bastante semejantes á las costras del impétigo, y produce durante los primeros dias en las partes inmediatas un aflujo sanguíneo que modifica profundamente su vitalidad. El uso de esas pomadas en altas dosis está indicado especialmente en los casos de acné tuberculosa ó hipertrófica, porque la irritacion que determinan va siempre seguida de una

atrofia mas ó menos marcada de la piel y del tejido celular sub-cutáneo.

El ioduro de cloruro mercurioso no posee mas accion que la que acabamos de describir; en pequeña dosis produce simplemente rubicundez, pero á dosis mas elevada determina una erupcion artificial semejante á la que ocasionan los demas preparados mercuriales.

Todas esas pomadas substitutivas determinan, despues de su aplicacion, una sensacion de comezon muchas veces muy dolorosa, la cual persiste durante muchas horas; si al cabo de ocho ó diez dias, las partes enfermas no han experimentado la modificacion conveniente, se practica de nuevo otra aplicacion de la pomada, teniendo cuidado de aumentar la dosis de la sal mercurial, si se conoce que la piel no es muy impresionable.

Despues del uso de los medios que acabamos de describir, si la curacion se hace esperar, se obtendrá con mas prontitud una terminacion favorable, recurriendo al empleo de las aguas minerales, aconsejando especialmente aquellas que producen una escitacion en la piel.

Mencionaremos particularmente las aguas sulfurosas de Bareges, de Bagnères-de-Louchon, de Aix (en Saboya) empleadas en baño ó en chorro; indicaremos sobre todo la saludable accion de las aguas de Lónesche (en Suiza) que dan resultados verdaderamente notables en el tratamiento de un gran número de enfermedades cutáneas. Su accion es la misma que la de las pomadas irritantes y substitutivas; en efecto, todos los dias el enfermo permanece en el baño cinco ó seis horas y al cabo de algun tiempo se desarrolla una verdadera erupcion eritemato-pustulosa, que determina en las partes enfermas las mismas modificaciones que las erupciones artificiales.

CAPÍTULO VIII.

Pémfigo.

La etimologia de la palabra pémfigo viene del griego *πυρρῆ*, que significa ampolla ó elevacion epidérmica. Pare-

ce que esta afeccion ha sido conocida por los autores mas antiguos; así que Hipócrates, Galeno y Aetius han dado de la misma descripciones que parece se refieren verdaderamente á la enfermedad que hoy día observamos; pero Sauvages ha sido el primero que ha dado el nombre de pémfigo á una afeccion caracterizada por la presencia de varias ampollas en la superficie de la piel. Willan, Bateman, Bielt y mas particularmente Gilibert, han aplicado despues dicha palabra á una afeccion caracterizada, ya por ampollas llenas de un líquido seroso ó sero-purulento, ya por unas escamas que se desprenden de la piel de una manera particular. De este modo han comprendido en el cuadro del pémfigo la variedad foliácea.

Las ampollas del pémfigo presentan un volúmen variable; algunas veces son tan grandes como un guisante ó como una avellana, otras pueden adquirir el volúmen de una nuez ó de una naranja, y tambien se han visto casos en que igualaban á una cabeza de niño. Algunas veces son redondeadas, muchas ovaladas, y tambien en ciertos casos presentan un contorno mas irregular; ordinariamente contienen una serosidad trasparente, citrina, poco plástica, que apenas endurece los lienzos; muchas veces se encuentran en dichas ampollas falsas membranas análogas á las que se forman en los derrámenes pleuríticos, y por último en ciertos casos muy raros se encuentra en su interior una mezcla de serosidad y de pus, y hasta á veces un líquido completamente purulento.

El número de ampollas es muy variable cuando solo existe una, lo cual es muy raro: sucede ordinariamente que se forma otra nueva cuando la primera ha desaparecido, cuya variedad ha recibido el nombre de *pémfigo solitario*. En los casos mas frecuentes se desarrollan simultáneamente varias ampollas, de las cuales cada una presenta un período de evolucion semejante, pero sucesivo.

La ampolla pemfigoide se anuncia ordinariamente por la rubicundez de la piel, aunque esta rubicundez puede faltar algunas veces; exista ó no, la epidérmis se arruga, se eleva poco á poco y se forma la ampolla. Entonces se observa una

verdadera ampolla enteramente semejante á la producida por la aplicación de un vegigatorio, de modo que esta afección ha sido designada por algunos autores con el nombre de *morbus vesicularis*.

En los casos de erupción aguda, la ampolla está rodeada por una areola rojiza, y va acompañada de una sensación de escozor ó de comezón bastante soportables; éstos caracteres faltan cuando el curso es crónico.

Sea pus ó serosidad lo que la ampolla contenga, al cabo de algunos días ya espontáneamente ó por efecto del roce, la ampolla se rompe y el líquido se derrama; los fenómenos que pueden entonces efectuarse son tres diferentes; en efecto, algunas veces sucede que la epidérmis queda otra vez aplicada sobre el dérmis y le preserva del contacto del aire, formándose la cicatriz debajo de la escama epidérmica: al cabo de algunos días la epidérmis que formaba la ampolla, se desprende, y solo queda una mancha de color violáceo. En otros casos, al romperse la ampolla, se cae también la epidérmis, que deja al descubierto una superficie rojiza, de la cual mana un líquido seroso y poco plástico; bien pronto esta superficie desnuda de epidérmis se seca y es reemplazada por una mancha violácea, como en el caso precedente.

Cuando la ampolla pemfigoide contiene un líquido plástico, se forma, después que se ha roto la epidérmis, una costra amarillenta, en general poco gruesa, que cae al cabo de siete ó ocho días y deja al descubierto una superficie rojiza, la cual presenta los mismos cambios que en los casos acabados de describir.

Raras veces la ampolla del pemfigo requiere mas de cuatro ó cinco días para llegar al término de su evolución; pero en los casos crónicos el curso es mas lento y la alteración persiste durante algunos días después de haberse roto la ampolla.

En el pemfigo foliáceo, la epidérmis se rompe antes de ser distendida por el líquido, y se desprende bajo la forma de escamas delgadas, arrolladas sobre sí mismas, semejantes á ciertas cortezas de árbol y deja al descubierto una superficie

rojiza, lustrosa, de la cual maná un líquido poco plástico: apenas se reforma la epidérmis, cuando empieza á esfoliarse.

El aspecto del pémfigo es bastante singular; en efecto, cuando está generalizado, se observan ampollas, cuyas épocas de formación son diferentes; en unos puntos se vé una superficie rojiza cuya epidérmis empieza á arrugarse, en otros la ampolla empieza á formarse; aquí la ampolla se presenta ya formada, allá la epidérmis se esfolia y deja debajo de ella ya unas manchas violáceas, ya ulceraciones que son siempre superficiales, estén ó no cubiertas de costras.

El sitio del pémfigo merece algunas consideraciones; en efecto, ya sea en el estado de ampolla, ya en el estado escamoso, se ha observado dicha afección en todas las partes del cuerpo: las escamas se observan en todas las regiones; respecto de las ampollas, diremos que son raras en el cuero cabelludo, en la palma de las manos y en la planta de los pies, pero en cambio pueden invadir las mucosas. Ultimamente hemos tenido ocasion de observar en nuestros enfermos del Hospital un excelente ejemplo; una enferma presentaba ampollas en los órganos genitales esternos é internos; la boca y la faringe fueron invadidas por la erupcion, y en ciertos momentos una sensacion de calor y de escozor hácia lo largo del esófago parecia demostrarnos que este conducto membranoso no estaba al abrigo de la afección. Alibert ha descrito un pémfigo intestinal, pero se fundó para admitirlo en simples hipótesis que no se han confirmado por la autopsia. En efecto, una sensacion de calor en el estómago ó en los intestinos, una diarrea mas ó menos intensa son los únicos síntomas en los que se apoyó para establecer su descripción, y estos datos no son suficientes para admitir un pémfigo gástrico ó intestinal.

Los fenómenos que acompañan á la formación de las ampollas del pémfigo son variables, segun que la enfermedad siga un curso agudo ó crónico; así que, nosotros distinguiremos dos especies y describiremos el pémfigo agudo y el pémfigo crónico.

§. I.—PÉMPIGO AGUDO.

El pémfigo agudo nos presenta dos variedades: el pémfigo de los *adultos* y el pémfigo de los *recien nacidos*.

1.º—Pémfigo de los adultos.

Gilibert, á principios de este siglo, ha descrito esta afeccion en una monografía que está lejos de merecer todos los elogios que se la han prodigado. En efecto, este autor oscureció considerablemente su objeto emitiendo en diferentes pasajes consideraciones mas ó menos hipotéticas acerca de las causas y del modo de produccion del pémfigo; sin embargo, contiene muchas observaciones interesantes que establecen cierta semejanza entre esta enfermedad y las fiebres eruptivas.

A menudo en el adulto el pémfigo agudo vá precedido de fenómenos generales, tales como malestar, quebrantamiento de huesos, cefalalgia, inapetencia y un movimiento febril mas ó menos pronunciado. Estos síntomas se prolongan raras veces mas de veinticuatro horas y van seguidos de la aparicion de manchas rojas, que empiezan por lo general á manifestarse en los miembros, pero que pueden tambien invadir el tronco; la epidérmis se arruga insensiblemente en su superficie y se eleva bajo la forma de ampollas, comunmente redondeadas, algunas veces ovals, y de ordinario poco voluminosas. Distendidas por una serosidad trasparente, esas ampollas se rompen ó se deprimen despues de la reabsorcion del liquido, pero algunas veces no adquieren un completo desarrollo, se detienen en la mitad de su curso y parece que abortan; en estos casos los caracteres de la afeccion se parecen á los del eritema papuloso.

Ordinariamente una ampolla no dura mas que siete ú ocho dias, aunque no obstante la enfermedad puede prolongarse durante muchos meses, cuando se manifiestan varias erupciones sucesivas; entonces llega un momento en que las ampollas cesan de formarse, las manchas desaparecen y sobreviene la curacion; pero en ciertos casos desdichados, las erupciones son continuas y la enfermedad pasa al estado crónico.

2.º—*Pémfigo de los recién nacidos.*

El pémfigo de los recién nacidos (*pemfigus neo-natorum*) se manifiesta ordinariamente en el acto mismo del nacimiento ó bien en los primeros días despues del mismo. Cuando invade las estremidades, los pies y las manos, se anuncia por una elevacion epidérmica, llena de un líquido citrino y rodeada por una coloracion violácea de naturaleza particular. Estas ampollas no tardan en romperse, dando lugar á ulceraciones superficiales que se agrandan por medio del desarrollo de nuevas ampollas.

Al mismo tiempo sobrevienen fenómenos generales de estremada gravedad; en efecto, es un error el decir que el pémfigo de los recién-nacidos solo afecta á individuos débiles y no viables. En un principio los niños comunmente presentan una muy buena constitucion, pero con el curso de la enfermedad todas las funciones se deterioran y entonces es cuando se ponen flacos, se vuelven amarillentos, llenos de arrugas y presentan, en una palabra, el aspecto de un viejo; tambien sobrevienen desórdenes digestivos, vómitos, diarrea y la muerte no tarda en llegar. Es verdad que en algunos casos puede obtenerse la curacion, reabsorbiéndose el líquido y cesando de formarse nuevas ampollas.

El diagnóstico de esta afeccion es fácil, y, al decir de todos los patólogos, su pronóstico es estremadamente grave. No obstante, en los recién-nacidos el pémfigo no siempre se presenta con los caracteres que acabamos de indicar; así que hemos tenido ocasion de observar muchas veces, que pocos días despues del nacimiento, se desarrollaban una ó muchas ampollas del volumen de un guisante ó mayor aun, que contenian un líquido gris, y cuyo sitio estaba en los hombros, el cuello ó el pecho. Esas ampollas se rompen con bastante prontitud y dan lugar á ulceraciones muy superficiales cubiertas de costras amarillas; al cabo de algunos días estas costras se desprenden y solo queda una pequeña mancha violácea. Esta especie de pémfigo, parecido al pémfigo de los adultos, no va acompañado de ningun desórden funcional especial, y termina

por la curacion, á menos que coincida con alguna otra grave afeccion.

Es, pues, muy esencial el conocer su benignidad y no confundirlo con el pémfigo de los piés y de las manos, el cual es siempre grave y todos los autores están acordes en este punto, siquiera estén distantes en entenderse acerca de las causas de su produccion. En efecto, segun algunos, el pémfigo es siempre la espresion de un pésimo estado general del niño, y segun otros, entre los cuales se encuentra M. Pablo Dubois, anuncia siempre una sífilis en la madre.

Estas ideas no son admitidas por todos, y muchas veces se han podido observar casos de pémfigo en niños cuyos padres jamás padecieron ninguna enfermedad venérea. Además, habria en esa manifestacion de la diátesis sífilitica de los recién nacidos una cosa muy singular; en efecto, jamás en el adulto la sífilis reviste la forma ampollosa; ¿por qué habia de presentar en el niño esa forma exclusiva?

Para dar una explicacion, M. Ricord ha emitido una hipótesis muy ingeniosa; partiendo del hecho, de que en el adulto el pémfigo se desarrolla sobre todo bajo el influjo de malas condiciones higiénicas, compara, en esas circunstancias, al útero de la madre á una habitacion insalubre para el niño. Pero para que esta explicacion fuese admisible, seria preciso que el niño naciera enclenque y flaco, y nosotros hemos visto que el estado caquético solo aparece despues del desarrollo de las ampollas del pémfigo.

§ II.—PÉMFIGO CRÓNICO.

El pémfigo crónico presenta tres variedades, á saber, el pémfigo ampolloso sucesivo, el pémfigo foliáceo y el pémfigo pruriginoso.

1.º Pémfigo ampolloso sucesivo.

El pémfigo ampolloso sucesivo ó continuo, *diutinus*, está caracterizado por la aparicion de unas ampollas de forma y volumen variables, que se suceden con una tenacidad muchas veces desesperadora; en efecto, apenas algunas empiezan á disminuirse cuando inmediatamente se forman otras nuevas y casi

cada dos ó tres dias se presenta una nueva erupcion; no obstante, en algunos casos un intervalo mas largo separa una erupcion de otra y hasta muchas veces el enfermo pudiera creerse completamente curado, si no sobreviniera una nueva manifestacion eruptiva.

Especialmente en esta variedad es en la que se observa la propagacion de la enfermedad á las mucosas, y el desarrollo de fenómenos generales los mas graves; estenuados por la abundancia de la secrecion, los enfermos se debilitan, enflaquecen, se declaran en ellos vómitos y una diarrea incorregible y no tardan en sucumbir.

Esta afeccion tiene una duracion muy variable, y del mismo modo que puede terminar al cabo de algunos meses, puede tambien prolongarse durante muchos años; en todos los casos es muy raro que tenga una terminacion favorable, pudiendo considerarse siempre la curacion como una escepcion. El único fenómeno particular que se observa en esta variedad, consiste en observarse algunas veces en lugar de ampollas unas costras delgadas, secas, amarillas ó grises, que dejan en su lugar, cuando se desprenden, una ulceracion superficial, que siempre es menos profunda que la que se observa en el eczema ó en el impétigo.

2.º *Pémfigo foliáceo.*

El pémfigo foliáceo está caracterizado por unas escamas delgadas, amarillas ó grises, arrolladas en sus bordes, desprendidas hasta la mitad, y que tienen invadida la totalidad de la cubierta cutánea; á nada pueden compararse mejor que á pedazos de pergamino, ó mejor aun á hojas de papel viejo.

Su estension puede variar entre dos y cinco centímetros y cubren toda la superficie de la piel; el cuero cabelludo, la palma de las manos y la planta de los pies no se encuentran tampoco al abrigo de esta afeccion. El número de escamas es tan considerable, y su produccion se efectua con tanta actividad, que la cama de los enfermos se llena en el espacio de algunas horas. Debajo de estas escamas se encuentra una superficie

roja, ligeramente ulcerada, de la cual mana una corta cantidad de un líquido poco plástico.

Esas ulceraciones, ordinariamente superficiales, pueden no obstante adquirir en ciertos casos una profundidad mayor producida por los enfermos que se rascan, ó por una presión demasiado prolongada, como se observa algunas veces en las rodillas, en los codos y sobre todo en las nalgas. Las comezones son ordinariamente poco vivas, pero la piel es constantemente el asiento de una abundante secreción de sudor, que tiene un olor particular, nauseabundo y fétido.

Esta especie de pémfigo puede revestir desde su principio, la apariencia foliácea, pero, en la mayoría de los casos, la erupción empieza por el desarrollo de ampollas, despues estas aparecen menos pronunciadas y concluyen por abortar enteramente; la enfermedad toma entonces el carácter propio que ya no debe cambiar mas; solo cuando hace largo tiempo que se ha establecido la enfermedad, pueden aparecer aun ampollas que recorren aisladamente su periodo de evolución. La manifestación de esas ampollas tardías ha contribuido, lo mismo que el modo como principia la enfermedad, á que se diera á esta el nombre de pémfigo, y á que fuese considerada como una de las formas verdaderamente ampollosas.

3.º Pémfigo pruriginoso.

En esta enfermedad, la piel nos presenta unas pequeñas ampollas, cuyo volúmen no pasa generalmente del de un guisante, y que contienen en el interior ya serosidad, ya pús. Estos caracteres no serian suficientes para establecer una variedad; pero lo que dá á la afección un carácter propio, es la existencia de atroces comezones, bastante intensas para ocasionar el insomnio. Los enfermos se rascan entonces con una especie de furor, y la piel conserva las señales de las escoriaciones bajo la forma de surcos ó de pápulas negras pruriginosas. Además, del mismo modo que en todas las afecciones hiperestésicas, la secreción pigmentaria se activa, y la cubierta cutánea toma un tinte mas oscuro.

Al propio tiempo mana un líquido particular, de olor fétido.

do, nauseabundo, que humedeció la piel de los enfermos á la que dió un aspecto untuoso, y hace semejante á la piel de las limazas. Entonces el aspecto es tan característico, que es imposible confundir esta enfermedad con otra, y basta haberla visto una vez ó bien estar enterados de su descripción para no desconocerla jamás.

El pémfigo pruriginoso es una afección bastante rara, por lo que recordaremos aquí en pocas palabras la historia de una enferma que permaneció por espacio de algun tiempo en nuestra clínica. Era una mujer de treinta y cinco años de edad, que habia tenido nueve hijos y habia llegado al último mes de su décimo embarazo. No vivia en buenas condiciones higiénicas; sin embargo, aseguraba que en el intervalo de sus embarazos su salud era excelente. Presentaba la siguiente particularidad singular: desde el embarazo de su segundo hijo, algunas semanas despues de su concepcion, la sobrevino una erupción pruriginosa en todo el cuerpo, acompañada de ampollas, cuyo volumen no era mayor que el de una avellana; al mismo tiempo la piel se iba oscureciendo y era el asiento de una secreción viscosa. Estos fenómenos fueron en aumento hasta el momento del parto, despues del cual se extinguieron insensiblemente; pero durante cada nuevo embarazo, se manifestaban con mayor intensidad. Los niños que iba dando á luz siempre gozaban de la mejor salud.

Nosotros pudimos enterarnos de la realidad de dichas aserciones, porque esta mujer parió en nuestras salas del hospital, y en efecto, la erupción continuó su curso durante algun tiempo despues del parto, apareciendo varias erupciones de ampollas, solo que el intervalo que las separaba era mayor en cada una de ellas, disminuyendo su número, y un mes despues de parto esa mujer se encontraba en vias de su curación.

Complicaciones. La curación del pémfigo crónico, es siempre una escepcion. No obstante, por sí misma esta afección raramente ocasiona la muerte; pero como determina el enflaquecimiento y una debilidad general, la economía se vuelve mas apta, al cabo de cierto tiempo, para contraer otras en-

enfermedades mas graves que concluyen por agotar todas las fuerzas.

Una de las afecciones concomitantes mas frecuentes es la *enteritis crónica*, que se anuncia por dolor de vientre, cólicos, deposiciones diarreicas abundantes, y en la autopsia se manifiesta por ulceraciones; y por la rubicundez de la mucosa intestinal, y algunas veces, solamente por la decoloracion y el adelgazamiento de esta última membrana.

Al lado de la afeccion precedente, y muy frecuentemente complicada con ella, encontramos la *tisis pulmonal*. Las hemoptisis mas ó menos repetidas, una tos frecuente y una expectoracion de esputos purulentos, anuncian la invasion de la enfermedad, y la auscultacion y la percusion vienen á confirmar la existencia de tubérculos pulmonales en diversos grados de su evolucion.

Señalaremos tambien como complicacion bastante comun, la *anasarca sin albuminuria*. Bajo la influencia de las pérdidas ocasionadas en la economia por la secrecion continua, ya sea de serosidad, ya sea de epidérmis, la cantidad de albumina disminuye en la sangre y se forman derrames serosos en el tejido celular y en las cavidades cerradas.

Por último, como complicacion mas rara, mencionaremos la *bronquitis aguda* y la *bronquitis crónica*, que muchas veces hemos observado. Añadiremos que pueden sobrevenir en la piel *ulceraciones* profundas complicadas con escaras y en ciertos casos hasta una verdadera gangrena.

En resumen, la muerte es la terminacion casi constante. Es verdad que algunas veces el pémfigo desaparece en las últimas semanas de la vida; pero entonces parece que todas las fuerzas morbosas se han agotado en el periodo terminal, y que la economia ya no se encuentra con las condiciones necesarias para determinar una nueva erupcion.

Diagnóstico. El diagnóstico del pémfigo es en general fácil, porque es la única enfermedad que presenta como lesion elemental, una erupcion de ampollas. Es verdad que se le encuentra en todos los tratados de patologia cutánea, que la *rupia*

principia por ampollas; pero nosotros hemos demostrado que en esta última afeccion, que nosotros hemos confundido con razon con el *eczema cachecticum*, la epidérmis es elevada por una mezcla de sangre y de pús, y este fenómeno está lejos de estar acorde con la definicion que se dá de la ampolla. Los síntomas consecutivos son además muy diferentes en ambas enfermedades; así que el *eczema* se cubre de una costra gruesa, dura y negra, debajo de la cual se encuentra una ulceracion profunda y á menudo de mala naturaleza; estos caractéres no se encuentran jamás en el pémfigo.

Algunas veces pudiera confundirse el pémfigo con una variedad del *eczema*, el *eczema manual*, en el que las vesículas se reúnen unas con otras, y forman ampollas de un volúmen á menudo considerable. Pero haremos notar que esta afeccion solo se observa en las manos, sitio que solo escepcionalmente ocupa el pémfigo; además, en la mayoría de los casos, se puede ver la formacion de las vesículas que aumentan poco á poco de volúmen, y solo forman una ampolla por efecto de la reunion de las que se encuentran inmediatas; por el contrario, en el pémfigo, la ampolla se forma de repente.

El *eczema impétigo* pudiera algunas veces dar lugar á un error de diagnóstico, sobre todo cuando no se ha podido observar el principio de la enfermedad; pero en este caso la coincidencia de una ampolla vendria á disipar todas las dudas. Igualmente podemos observar que en el pémfigo las costras son siempre mas delgadas, menos adherentes y tardan mas en desprenderse que en el *eczema*.

El pémfigo foliaceo pudiera tambien confundirse algunas veces con el *eczema*, con la *psoriasis* ó con la *pitiriasis rubra*. Pero en el *eczema*, las escamas son menos anchas, menos abundantes y jamás la enfermedad se estiende á toda la superficie del cuerpo. La *psoriasis* y la *pitiriasis rubra*, presentan una diferencia capital, y es que la piel conserva siempre su sequedad, mientras que el pémfigo vá acompañado siempre de untuosidad.

El pémfigo pruriginoso no puede confundirse con ninguna otra enfermedad, y su diagnóstico es siempre facil de esta-

blecer; descansa en la presencia de unas ampollas acompañadas de hiperestesia y de coloracion oscura de la piel, síntomas que no se encuentran reunidos en ninguna otra afeccion.

Pronóstico. El pronóstico del pémfigo es muy variable segun que la enfermedad siga un curso agudo ó bien que tienda á pasar al estado crónico. En efecto, el pémfigo agudo de los adultos termina ordinariamente por la curacion, mientras que se puede considerar como un resultado desfavorable su paso al estado crónico. Hemos dicho ya que, en este último caso, la muerte era la terminacion mas ordinaria, y lo mismo diremos del pémfigo de los recién nacidos, que tiene por asiento las estremidades.

El pronóstico es mas favorable cuando la erupcion se manifiesta aisladamente en el cuerpo del niño, y cuando sobreviene en una mujer durante el curso de su embarazo; al contrario, casi siempre es el preludio de una desgraciada terminacion, cuando aparece durante el curso de enfermedades graves, durante una fiebre tifoidea, por ejemplo.

Etiología. La etiología del pémfigo está hoy dia en la mas completa oscuridad. En el estado agudo se observa sobre todo en los jóvenes, en los adolescentes ó en el primer periodo de la edad adulta. Su frecuencia parece ser mayor en la primavera.

Respecto de las causas ocasionales, las ignoramos completamente.

El pémfigo crónico parece que se desarrolla bajo la influencia de la humedad y del embarazo, y en este último caso, unas veces persiste despues del parto y otras desaparece para reaparecer algunas veces en otro nuevo embarazo.

Todos los autores admiten la influencia de las malas condiciones higiénicas, de una mala nutricion y de pesares prolongados: pueden encontrarse estas circunstancias, pero es preciso confesar que en algunos casos, lejos de estar sometidos á todas esas causas debilitantes, los individuos afectados se encontraban en las mejores condiciones, siendo la debilidad general, que mas tarde sobreviene, un efecto de la enfermedad y no una causa de la misma.

Tratamiento. El tratamiento del pémfigo no se halla muy adelantado. Sabemos sí los medios que perjudican á esta afeccion, pero ignoramos los que pueden curarla. En el pémfigo agudo, la enfermedad tiene una tendencia natural á terminar favorablemente, aunque se puede acelerar la curacion, espolvoreando las partes enfermas con polvos de almidon, administrando algunos purgantes y algunos baños emolientes asociados á una dieta moderada.

En el pémfigo de los recién nacidos es inútil emplear una terapéutica activa. Hemos dicho que en una de las variedades la curacion espontánea era la regla; en la forma grave, si sobrevienen complicaciones de las vias digestivas, es preciso combatirlas con los medios apropiados; hay que administrar por bebida el cocimiento blanco de Sydenham, y por la mañana y tarde una lavativa amilácea adicionada con una gota del áudano de Sydenham. En todos los casos en que haya duda es necesario abstenerse con cuidado de emplear una medicacion mercurial que los niños apenas podrian soportar impunemente; el uso de un tratamiento anti-sifilítico no podrá justificarse mas que por la coincidencia de otros síntomas que vengan á demostrar claramente la naturaleza de la enfermedad.

En el pémfigo crónico, es preciso abstenerse cuidadosamente de baños, de cataplasmas y de purgantes: los baños y las cataplasmas, aumentando el aflujo de la sangre hácia la piel, favorecen el desarrollo de las ampollas y los purgantes predisponen á esa inflamacion intestinal que tan á menudo viene á complicar al pémfigo.

El tratamiento general del pémfigo aun no se ha encontrado; se han empleado sin éxito los preparados arsenicales, los mercuriales, los alcalinos, los sulfurosos, los preparados de cantáridas, etc. Los medios que parece que producen mas alivio consisten en el uso de polvos inertes, con los cuales se espolvorea la piel de los enfermos, tales como los polvos de almidon ó de licopodio, de corteza de roble y de madera vieja, los cuales han sido usados indiferentemente; si las comezones son demasiado vivas, se calman añadiendo á dichos polvos un

tercio de óxido de zinc. Por último, si los enfermos se hallan muy debilitados, se pueden mezclar con los polvos inertes, polvos de quina. Es fácil concebir que este tratamiento es únicamente paliativo, y que su eficacia, contra la causa desconocida que produce la afección, es completamente nula.

Si sobrevienen complicaciones, es preciso combatirlas por medio de los remedios indicados; así que se tratará de levantar las fuerzas con una buena alimentación ó con una higiene mas conveniente y se administrarán los preparados de hierro ó de quina; en una palabra, se usarán todos los medios posibles para combatir el deterioro general de la economía y para oponerse al decaimiento progresivo.

TERCERA CLASE.

ENFERMEDADES PARASITARIAS.

CONSIDERACIONES GENERALES.

La piel nutre cierto número de parásitos que pertenecen los unos al reino vegetal y los otros al reino animal. Entre los primeros encontramos diversas especies de hongos que son el origen de afecciones que se designan con el nombre de *tiñas*. El segundo nos presenta diferentes variedades de *piojos* que determinan el prurigo, tales como las *pulgas* y los *chinches* que es apenas útil mencionar, el *acarus scabiei* que produce la sarna y otra especie de arácnido, designado con el nombre de *lepte autumnal* (*Acarus autumnalis*, Shan.), que aparece en el campo durante la época del otoño y da lugar á síntomas bastante leves.

Aunque los parásitos que acabamos de examinar son de naturaleza muy diferente, dan lugar á un conjunto de síntomas que tienen una fisonomía enteramente especial y se encuentran en todas las enfermedades que determinan; tiene, pues, un fundamento razonable el establecimiento de la clase de enfermedades cutáneas que hemos distinguido de las demás

bajo el nombre de enfermedades parasitarias. Esta division nos parece tanto mas lógica cuanto que, además de su causa comun, esas afecciones presentan alguna cosa de particular en su curso y requieren para su curacion el uso de medios terapéuticos muy poco variables, que han sido designados bajo el nombre de agentes parasiticidas.

Hemos dicho que todas las enfermedades parasitarias presentan una causa comun, el *parásito*, es decir, un ser que vive á espensas de la sustancia propia de otro; en cada caso su existencia es demostrable. El ojo, solo ó armado con un lente alcanza ordinariamente á percibir los seres que pertenecen al reino animal; solo que, como es difícil encontrarlos, será bueno recordar que cada especie ocupa sus sitios de predileccion; el acarus, por ejemplo, habra sus surcos y establece su morada en los puntos en que la epidérmis es mas delgada, en los intervalos digitales, en el pene en el hombre, y en el pezón en la mujer.

Respecto de los parásitos pertenecientes á la clase de las criptógamas, es necesario el microscopio para examinar sus órganos de vegetacion y de reproducción, pero cada especie se manifiesta ordinariamente por los síntomas propios á cada una de ellas y que hacen por lo comun inútil el empleo de lentes aumentativos. Así que las costras amarillas, secas y deprimidas en forma de vaso anuncian el acorion del favus; un círculo redondeado, pitiriásico con pelos rotos, denota la presencia del tricofiton y la pelada se manifiesta por unas manchas blancas cubiertas por un vello particular.

Los caracteres precedentes son, por decirlo así, patognómicos de una afeccion parasitaria, pero raras veces existen solos, sino que van frecuentemente acompañados de erupciones diversas que dan siempre un gran valor al diagnóstico y que siempre lo facilitan cuando hay ausencia de los demás signos. Así que las pústulas del ectima en las manos ó en las nalgas revelan la existencia de la sarna, el favus viene siempre acompañado del ectima y del impétigo del cuero cabelludo y el tricofiton determina á menudo una erupcion de vesículas,

de pústulas y hasta de tubérculos. En ciertos casos mas raros se ven manifestar complicaciones mas graves; es así como sobrevienen linfagitis, flemones y abscesos. Pero esas enfermedades difieren por su naturaleza de la afección parasitaria, y en esos casos el parásito juega simplemente el papel de cuerpo irritante como pudiera hacerlo cualquiera otro cuerpo extraño.

Las enfermedades parasitarias siguen un curso esencialmente crónico y, abandonadas á sí mismas, su duración es ordinariamente indefinida; el parásito estiendo progresivamente su propagación, ya por el camino de la contigüidad, ya por el efecto del transporte directo de los esporos reproductores sobre las diversas partes del cuerpo. No obstante, en ciertos casos se observa la curacion, pero lo repetimos, esos casos son muy raros y comunmente los individuos que no se someten á algun tratamiento eficaz, continúan siendo presa de los parásitos durante años enteros. Lo propio sucede en algunos países en los que ciertas afecciones parasitarias, por ejemplo, la sarna, son, por decirlo así, endémicas; así que, en algunos cantones de la Suiza y en una parte de la baja Bretaña, esta última afección se apodera del individuo algunos dias despues de su nacimiento, le acompaña durante toda su vida y no lo abandona hasta la muerte.

Tambien encontramos algo de comun en la etiología de las enfermedades parasitarias, y es su carácter contagioso. El contagio se efectúa en el reino animal por el transporte de los animales ó de sus huevos, mientras que los esporos de los vegetales constituyen el único medio de transmision.

Cuando el contagio se efectúa directamente del individuo enfermo al individuo sano sin ningun intermedio, se llama entonces *inmediato*; así es como se propaga muchas veces el herpes circinado, y como se contrae casi constantemente la sarna acostándose con una persona infectada. Por el contrario, el contagio es *mediato* cuando el transporte de los órganos reproductores se efectúa por un intermedio cualquiera; de este modo es como se comunican comunmente los parásitos vegetales; los esporos reproductores son unas granulaciones ligeras y

ténues que el viento arrastra con facilidad y que el sudor y el polvo retienen en la superficie de la piel, en la que germinan cuando encuentran condiciones abonadas para ello.

De este modo se concibe el por qué las afecciones que determinan son mas frecuentes en los artesanos y en aquellas personas que cuidan poco de su persona, mientras que, por el contrario, son mucho mas raras en las clases aseadas que cuidan minuciosamente de su limpieza. A esta especie de contagio mediato es á la que deben atribuirse las *sycosis*, que originan las navajas de afeitarse de los barberos y las diversas especies de tiñas que se transmiten por medio de sombreros ó gorras infectados.

Pero, lo debemos repetir aun, para que esos parásitos puedan germinar es preciso un terreno propio, y del mismo modo que los vegetales tampoco crecen en todos los terrenos y los animales no viven en todos los climas, así tambien no todas las constituciones son aptas para nutrir á los parásitos; así la sarna no se desarrolla con la misma facilidad y no dá lugar á los mismos síntomas en todos los individuos, y si se inocula una enfermedad parasitaria, se observa frecuentemente que el parásito se estingue y desaparece al cabo de algunas semanas.

Los individuos que parecen ofrecer las mas favorables condiciones de germinacion, y que se hallan mas espuestos á contraer esas enfermedades son los que están estenuados por la miseria ó por las enfermedades, los escrofulosos, por ejemplo; no está destituido de razon el haberlos comparado á esos troncos de árboles viejos que con preferencia son el asiento de los parásitos vegetales.

Las afecciones parasitarias presentan todas una misma indicacion terapéutica, la destruccion del parásito, que es una condicion que indispensablemente debe llenarse para lograr la desaparicion de las erupciones que le acompañan; esos medios que la esperiencia nos ha señalado son casi siempre los mismos, sea cual fuere el parásito que debe combatirse, y descansan especialmente en el empleo de los preparados de azufre y de mercurio. Los daremos á conocer mas detalladamente, al

ocuparnos de cada especie de parásito en particular. Las sucintas consideraciones que acabamos de presentar justifican suficientemente la distinción de una clase de enfermedades cutáneas distintas bajo el nombre de *enfermedades parasitarias*.

Entre las enfermedades debidas á la presencia de un parásito vegetal, estudiaremos sucesivamente: el *favus*, que es producido por el *achorion Schænleinii*, el *herpes tonsurante*, la *sycosis* y el *herpes circinado*, que son debidos á un mismo parásito, el *tricrofton*, y que por esta razón estudiaremos simultáneamente bajo el nombre de *tricroftia*; la *pelada ó porrigo decalvans*, que es debido al *microsporium Audouini*, las *grasas parasitarias* y la *pitiriasis versicolor*, que son producidas por el *microsporium furfur*.

En cuanto á los parásitos animales, á escepción del *acarus* que engendra la *sarna* y del *piojo* que es el origen del prurigo, sólo dan lugar á síntomas fugaces, que no merecen realmente una descripción especial.

PRIMERA SECCION.

Enfermedades cutáneas producidas por los parásitos vegetales.

CAPITULO PRIMERO.

FAVUS.

Gracia á los descubrimientos modernos, la historia de la tina favosa ha llegado hoy día á ser una de las mas sencillas y de las mejores conocidas de la Patología. No era lo mismo hace algunos años.

Parece que los antiguos ignoraban completamente la existencia de la *tina ó tinea*, palabra que figura por primera vez en los escritores árabes. La descripción que estos últimos dieron bajo este nombre, parecé que se refiere perfectamente á la enfermedad que nos ocupa, pero confundieron con esta de-

nomination todas las afecciones cutáneas del cuero cabelludo, del mismo modo que á principios de este siglo se dió el nombre de *herpes* á todas las erupciones del resto del cuerpo.

Willan y Bateman pusieron un poco de orden en la materia; pero no desenredaron completamente el caos, y es fácil ver que aun reina confusion en la historia de su *pórrigo*. Willan admite dos especies de *tiña*: el *pórrigo favoso* y el *pórrigo scutulata*. Bateman admite seis especies de *pórrigo*; las unas son semejantes al *favus*, y las otras se parecen á diferentes enfermedades: esas especies son: 1.º el *pórrigo larvalis*, que no es mas que un impétigo; 2.º el *pórrigo furfurans*, que es un eczema que ha llegado al período de descamacion; 3.º el *pórrigo decalvans*, que no es mas que la pelada; 4.º el *pórrigo lupinosa*; 5.º el *pórrigo scutulata*; 6.º el *pórrigo favosa*. Solo estas tres últimas especies pertenecen realmente á la historia del *favus*.

Se vé por esta sucinta esposicion que Willan y Bateman no han puesto completamente en claro la historia de las *tiñas*; en efecto, ellos dan el nombre de *pórrigo* á afecciones pustulosas y susceptibles de desarrollarse por contagio. Así, pues, su clasificacion comprende muchas enfermedades que no presentan jamas pústulas, tales como el *pórrigo decalvans* y el *pórrigo favoso*, y otras variedades de *pórrigo*, tales como el *pórrigo larvalis* y el *pórrigo furfurans*, que nunca son contagiosos.

Bielt simplificó la cuestion admitiendo solamente dos especies de *pórrigo*, el *pórrigo scutulata* y el *pórrigo favoso*; pero como seguia el método anatómico-patológico, admitia en los dos casos una pústula inicial, y dejó subsistir asi todas las dificultades. Esas ideas fueron adoptadas por toda su escuela y aun son hoy dia profesadas en el hospital de San Luis por los señores Cazenave, Gibert y Devergie.

Solo en 1839 fué cuando se efectuó una revolucion en la historia del *favus*; un autor aleman, Schenlein, fué el primero que, con la ayuda del microscopio, descubrió un hongo en las cápsulas *favosas*; otros micrógrafos, Link y Remak siguieron

el mismo camino y confirmaron sus investigaciones; M. Gruby fué el primero que trasmitió en Francia sus conocimientos ya populares en Alemania, y se atribuyó de este modo el mérito de este descubrimiento. Por último, durante estos últimos años muchos naturalistas, y entre otros. M. M. Lebert, Ch. Robin, etc., han estudiado los caracteres de este parásito criptógamo, han reconocido que pertenece á la tribu de las *oidias* de la clase de las *arthrosporeas*, y se han descripto bajo el nombre de *achorion Schanleinii*, nombre del micrógrafo que la descubrió.

Mas recientemente M. Bazin ha reconocido que el parásito no existe solamente en las cápsulas favosas, sino que penetra tambien en el espesor de los cabellos, cuyas fibras separa, deduciendo la siguiente consecuencia terapéutica, que la extraccion de los cabellos es una condicion necesaria para destruir todos los esporos del vegetal.

Después de este corto resumen histórico, podemos definir el favus diciendo que es una afeccion contagiosa caracterizada por unas costras secas, de color amarillo, pero que al principio presentan la forma capsular, debidas á la existencia en los cabellos y en el cuerpo de un parásito vegetal particular, descripto bajo el nombre de *achorion Schanleinii*.

La tiña favosa principia ordinariamente por comezones en cuero cabelludo y por una coloracion sonrosada de la piel, en la que aparece una descamacion furfurácea, la cual se estiene formando círculos. Al mismo tiempo los cabellos implantados en las partes enfermas, pierden su lustre y se vuelven mas secos y quebradizos.

Si en esta época de la enfermedad se somete al examen microscópico la descamacion epidérmica, será fácil encontrar en las escamas los caracteres del acorion, pero algunos dias mas tarde los signos son bastante marcados para hacer que este examen sea inútil para diagnóstico. En efecto, en varias partes del cuero cabelludo se ven aparecer pequeños puntos amarillos del volumen de una cabeza de alfiler, los cuales, á medida que aumentan en estension, se deprime su centro hasta el

punto de tomar la forma de una cápsula. El volúmen de esas pequeñas cápsulas raras veces es mayor que el de un guisante, y la coloracion es de un amarillo azufrado, característico; pero el carácter mas esencial, y en el que no podemos insistir demasiado, consiste en la depresion central de las incrustaciones atravesadas ordinariamente en su centro por un pelo, y que las hace parecerse á un hongo ó á un candilón.

El número de cápsulas ó incrustaciones favosas, es en general bastante considerable. Algunas veces están aisladas é independientes unas de otras, y constituyen entonces una variedad descrita bajo el nombre de *favus aislado*, *urceolar*, *lupinoso*. Por el contrario, cuando están bastante aproximadas, pueden, aumentando de volúmen, reunirse á las contiguas, conservando sin embargo su forma primitiva.

Sucedé ordinariamente que al cabo de cierto tiempo las costras se desprenden en parte y pierden su forma deprimida, en cuyo caso solo quedan unas placas amarillentas é irregulares, que cubren una superficie bastante considerable, á cuya variedad de tñia se la ha designado con el nombre de *favus escutiforme*, *abroquelado* en forma de placa. M. Bazin describe como una especie distinta esta variedad que solo es debida á una edad particular del parásito.

Mas tarde las costras favosas toman un nuevo aspecto, se descoloran, se vuelven blanquizas, desiguales y semejantes al yeso que data de algun tiempo: esta variedad, que ha recibido el nombre de *favus escuarroso*, no constituye una especie distinta á la precedente, sino que indica una época mas avanzada que la afeccion y hasta cierto punto el último término de la edad de la misma.

El exámen de los cabellos suministra en esta afeccion datos muy preciosos, así que, cuando se desarrollan las cápsulas, los cabellos se atrofian, caen en gran parte y determina su desprendimiento una alopecia parcial; los que quedan se vuelven grises, secos y vellosos como los de los negros. Esas alteraciones son debidas á la invasion de los folículos pilosos por el parásito y á la atrofia de las glándulas sebáceas destinadas á

lubrificar el pelo determinado por la materia favosa. Al mismo tiempo la cabeza exhala un olor fétido, que se ha comparado al de los ratones, al de los orines de gato, ó al de las sustancias animales puestas en maceracion, pero que es especial é imposible de confundir con ningun otro.

Los síntomas precedentes son propios de la tiña favosa, pero casi siempre á causa de la irritacion que ocasiona, favorece el desarrollo de varias erupciones concomitantes; asi es que se forman pústulas de ectima, y costras impetiginosas que se mezclan con las cápsulas favosas, viniendo á oscurecer el diagnóstico. Tampoco es raro observar al propio tiempo un número considerable de piojos que pululan sobre el cuero cabelludo, mientras que las gánglios linfáticos inmediatos se infartan, se inflaman, y algunas veces pasan al estado de supuracion.

Si sometemos al exámen microscópico las costras del favus, reconoceremos que están formadas casi esclusivamente de sustancia parasitaria, y que nos presentan; 1.º el *mycelium*, conjunto de filamentos, ya simples, ya ramificados, que representan al vegetal; 2.º unos tubos simples ó tabiques aislados ó enlazados los unos con los otros, de los cuales los hay que están vacios y otros que contienen los esporos; 3.º por último, unas granulaciones blancas, ovalares ó redondas, algunas veces irregulares, de un volumen variable y que son los esporos ó los órganos de reproduccion de un parásito cuyo origen vegetal han reconocido los naturalistas, los cuales le han dado el nombre de *achorium Schaeleinii*.

Los cabellos, como lo hemos dicho, se ven tambien atacados por la afeccion parasitaria; por medio de un aumento de 200 á 300 diámetros, se perciben numerosos esporos diseminados en el bulbo y en el tallo del pelo, encontrándose tambien filamentos tubulares. En algunos casos mas raros los cabellos se atrofian y sus fibras longitudinales son separadas por el parásito.

La afeccion favosa se desarrolla ordinariamente en el cuero cabelludo, pero puede tambien invadir otras partes en las que crezcan los pelos. Asi es que se han visto sobre el glande cápsulas que presentaban un pelo rudimentario en el centro de su

depression. Tampoco es raro observarlas igualmente en las uñas, y M. Bazin ha descrito perfectamente esta variedad que hasta ahora había escapado a la atención de los autores. (1) Por lo demás, sea cual fuere la región del cuerpo que ocupa el favus, este presenta el mismo aspecto que en la cabeza, y sus costras, deprimidas en forma de capsula, conservan siempre su coloración amarilla característica, parecida a la del azufre.

El curso de la tiña favosa es de un estudio muy interesante. Principia por un círculo rojizo, pitirosiaco, sobre el cual no tardan en manifestarse unos pequeños puntos amarillos atravesados por un pelo en su centro, que crecen, se deprimen en su centro en forma de capsula y se reúnen de modo que forman una placa continua. Al cabo de cierto tiempo estas costras pierden su carácter patognomónico, se vuelven blancas, desiguales, en parte se desprenden, arrastran a los cabellos en su caída, y dejan al descubierto superficies rojizas y desnudas completamente.

Al propio tiempo, casi siempre el cuero cabelludo se deprime y atrofia por efecto de la compresión ejercida por el parásito, y hasta algunas veces se forma una verdadera cicatriz, quedando entonces destruido el folículo piloso. No obstante, cuando la tiña es reciente y el cuero cabelludo no ha tenido tiempo de atrofiarse, los cabellos pueden volver a brotar en tan buen estado y tan numerosos como antes, de lo cual se desprende el precepto de emprender sin tardanza el tratamiento de la enfermedad y de continuarlo hasta que se ha obtenido una curación definitiva.

Abandonada a sí misma, la tiña favosa tiene una estremada tendencia a perpetuarse indefinidamente; así que no es raro encontrar adultos que la padecen desde la infancia. Con todo, la caída de los cabellos y la atrofia del cuero cabelludo van seguidas de una curación indispensable, puesto que el parásito no encuentra ya un terreno propio para su producción. En

(1) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, professées par le docteur Bazin, rédigées et publiées par A. Pouquet. 2^a edit., Paris 1862. A. Delahaye, p. 1842.

algunos casos mas frecuentes, cuando el favus desaparece de un punto, se estiende por otro lado y solo la curacion es definitiva cuando la alopecia es completa y general.

Diagnóstico. El favus se reconoce por la presencia de unas costras amarillas, secas, deprimidas en forma de cápsula, atravesadas por un pelo en su centro, que algunas veces presentan el aspecto del yeso, y por la alteracion de los pelos, los cuales están delustrados y decolorados y faltan en ciertos puntos; al propio tiempo, el exámen microscópico revela en todas estas partes la existencia de tubos vegetativos y de esporos reproductores; la reunion de estos signos existe raramente en las demás enfermedades. No obstante, aun se pudieran presentar algunas dificultades en el diagnóstico, en presencia de otra afeccion parasitaria ó de algunas otras enfermedades que no reconocen por causa un parásito.

Las enfermedades parasitarias con las cuales pudiera confundirse el favus, son: el *herpes tonsurante* y la *alopecia*.

En el herpes tonsurante no se observan costras, y sí unas escamas grises; es verdad que los cabellos son secos y decolorados, pero están rotos á poca distancia de su raiz, y rodeados por una vaina algodonosa y blanca; en el favus, por el contrario, los cabellos han caido completamente ó bien persisten totalmente con la sequedad y decoloracion que hemos indicado.

En algunos casos, el herpes tonsurante está complicado con una erupcion impetiginosa que es bastante difícil de diferenciar de las costras del favus. El diagnóstico se apoya entonces en el color de las costras, que no es el mismo en ambas afecciones, y en el aspecto diferente de los cabellos; si aun hubiese dudas, el exámen microscópico de las partes enfermas hará salir de ellas. Con todo, á los médicos poco habituados en esas investigaciones, no les es siempre fácil distinguir el acorion del tricofiton; no obstante, los esporos son mas gruesos y numerosos en el favus, y raramente las fibras longitudinales de los cabellos se encuentran tan alteradas como en el herpes tonsurante.

La *tiña pelona* es siempre mucho mas fácil de reconocer; así que, no presenta ni costras, ni erupciones concomitantes, sino que solamente está caracterizada por una decoloracion de los tegumentos y por una alopecia parcial, en la que los cabellos, despues que han caido, son reemplazados por pelos vellosos.

Las enfermedades parasitarias que presentan alguna semejanza con el favus son: el *eczema simple* ó *impetiginoso*, la *pitiriasis* y la *psoriasis*.

En el impétigo, las costras son de color oscuro, no tienen el aspecto cápsular y no exhalan olor de raton; los cabellos tampoco están decolorados, ni caen con la misma facilidad.

En la pitiriasis y en la psoriasis, se observan escamas y no costras que caracterizan la afeccion; sin embargo, la psoriasis muy antigua pudiera alguna vez confundirse con el favus escuarroso, y en ciertos casos hay entre ambas afecciones una semejanza muy grande. Entonces es útil recordar que las costras del favus son siempre menos adherentes que las de la psoriasis; por otra parte, la psoriasis de la cabeza se encuentra raras veces aislada y casi siempre existe simultáneamente en los codos y en las rodillas. Por último, si estos signos no permitiesen aun formar un juicio acertado, el uso del microscopio evitará todas las dudas.

Pronóstico. Hoy dia la *tiña favosa* no es una enfermedad grave, siempre puede asegurarse su curacion, y cuando se trata oportunamente desde su principio, las partes afectadas no conservan deformidad alguna; pero si hace ya largo tiempo que existe el acorion, determina este una atrofia del cuero cabelludo y una alopecia incurables.

A causa de sus propiedades eminentemente contagiosas, esta enfermedad es objeto de repulsion y disgusto por parte de los enfermos afectados por ella; esto es lo que constituye, no obstante, su único inconveniente. Raras veces va acompañada de fenómenos generales, y solo despues de una duracion de muchos años, es cuando causa el adelgazamiento, la palidez y una languidez análoga á la que experimentan las plantas.

atacadas por parásitos. En este estado de debilidad, los individuos tienen mas aptitud para contraer las enfermedades intercurrentes, su resistencia vital es menor, y pueden sucumbir mas fácilmente; pero en todos esos fenómenos patológicos, el favus, como se vé, juega un papel muy secundario.

Etiología. La etiología del favus comprende las causas pre-disponentes y las causas ocasionales.

El favus se presenta en todos los periodos de la vida y ninguna edad se encuentra al abrigo de esta enfermedad; no obstante, se desarrolla con preferencia en la infancia y en la primera juventud, y cuando se encuentra en las edades posteriores, casi siempre la época de su primera aparicion se remonta á una edad anterior. Los jóvenes se hallan mas espuestos á contraerla que las jóvenes; pero esto, sin duda, depende del género de vida de ambos sexos que hace que el contagio sea mas frecuente en aquellos. Por último, de todos los temperamentos, el linfático parece que es el que presenta las condiciones mas favorables para la reproduccion y vegetacion del parásito.

La tiña no ataca en las mismas proporciones á las diversas clases de la sociedad; invade con menos frecuencia á las personas que viven en la comodidad, mientras que se propaga con facilidad en la clase pobre. Esta diferencia depende del género de vida que siguen las primeras, de los cuidados de su limpieza que son mayores, y del contacto con los individuos infectados, que es menos frecuente.

Es digno de notarse que ciertas profesiones parece que están mas espuestas á contraer el favus, y son, sobre todo, aquellas que obligan al individuo que las ejerce á vivir ó dormir en las cuadras. Parece que bajo la influencia de un aire cargado de materias animales, los esporos de los parásitos adquieren mas facilidad en la germinación y en su reproduccion. Por lo demás, de un modo general, esas condiciones favorables á la reproducción de las criptógamas, son reconocidas desde hace mucho tiempo, y aun se ha pensado en utilizarlas. Basta estender una capa de estiércol en un lugar oscuro y húmedo, como en

una cuádrá, por ejemplo, para ver al cabo de algunos días una capa manifiesta de hongos.

El contagio es la única causa ocasional del favus. No volveremos á insistir en el modo como se verifica el transporte que puede ser mediato ó inmediato; pero en ambos casos, para que se desarrolle la enfermedad, es necesario que una costra favorezca ó un esporo de acorion pase de un individuo afectado á otro que esté sano. Ningun hecho puede explicarse por la generacion espontánea, y en el reino vegetal, lo mismo que en el reino animal, toda produccion es el resultado de un germen que proviene de un ser orgánico y semejante, que ha encontrado un terreno propio para su desarrollo.

La circunstancia de la necesidad de un terreno adecuado, es digna de ser tenida en consideracion por los resultados á qué conduce en el tratamiento. No es suficiente, en efecto, destruir los parásitos con los medios que luego indicaremos; sino que es preciso modificar el terreno de modo que se vuelva inapto para recibir nuevos gérmenes y servir á la nutricion de las criptógamas. Preciso es, pues, fortificar la constitucion por medio de los tónicos y de los amargos, prescribir una buena alimentacion, seguir una limpieza escésiva, cortar los cabellos lo más corto posible, á fin de que el aire circule con facilidad. Por no seguir estos consejos higiénicos, es por lo que la tiña es tan difícil de curar en las clases bajas de la sociedad, y se reproduce en las mismas de un modo tan notable.

Tratamiento: Hace muchos años que los médicos renunciaron á tratar la tiña, abandonando su curacion á los empiricos que hacian de su tratamiento un secreto, que explotaban con detrimento del enfermo.

El único medio de una eficacia real, que se vulgarizó, era conocido con el nombre de *tratamiento con el casquete*; pero los dolores atroces que ocasionaba hicieron que quedara desatendido casi completamente del dominio de la ciencia. Este medio consiste en aplicar sobre el cuero cabelludo un emplastro aglutinante, formado con pez mezolada con otras sustan-

cias, el cual se retira despues bruscamente de modo que arranque todos los pelos. De este modo se practicaba una epilacion brútal, que dejaba frecuentemente al descubierto una parte de la piel, operación que tiene el gran inconveniente de ser incompleta. En algunos hospitales de provincias se sigue aun este medio de tratamiento, pero en los mas, se han adoptado ya las modificaciones introducidas por los médicos de Lyon, no practicándose mas que una epilacion parcial y sucesiva, por medio de vendolètes de esparadrapo.

En los hospitales de París, á pesar de los esfuerzos de M. Bazin y nuestros, el tratamiento local de la tiña se halla aun hoy dia abandonado á gentes que no han divulgado su secreto. El tratamiento, llamado *de los Hermanos Mahon*, se ha perpetuado de padres á hijos, y de hijos á sobrinos, y hoy dia se halla esplotado por herederos indiscretos. Consiste en la aplicacion de pomadas y de polvos epilatorios, cuya composicion exacta se ignora; pero es probable que esos medios sean ilusarios, y hasta parece lo cierto, que los hermanos Mahon emplean principalmente la epilacion. Sea lo que fuere, debemos decir que han obtenido verdaderamente curaciones; que el tratamiento ha durado con frecuencia meses y años, y que á pesar del mismo ha habido muchas recidivas; pero tambien en ciertos casos la curacion ha sido radical.

El tratamiento de los hermanos Mahon era casi el único usado en París, cuando M. Bazin, despues de haber descubierto las alteraciones de los cabellos producidas por las parasitos, instituyó la epilacion como regla general é indispensable del tratamiento de la tiña. Desde esta época, este tratamiento fué aplicado con éxito en el dispensario que estableció en el hospital de San Luis, y nosotros mismos, en las salas de nuestra clinica, hemos reportado grandes ventajas de dicho método.

El tratamiento de la tiña, tal como se practica hoy dia, se compone de tres partes: 1.ª Se separan las costras favosas é impetiginosas que cubren la cabeza por medio de cataplasmas, de baños ó de lociones emolientes. Al cabo de cinco ó seis dias, las costras

caen y el cuero cabelludo presenta una coloracion roja y una ulceracion superficial bastante semejante á la que se observa después de la caída de las costras eczematosas. En seguida se practica la epilacion que forma la segunda parte del tratamiento.

2.º Para que la epilacion sea mas fácil se cortan los cabellos, dejándolos solamente de la longitud de dos ó tres centímetros; para que sea menos dolorosa, M. Bazin tiene la costumbre de estender de antemano una capa de aceite de enebro sobre las partes enfermas. Pretende, por este medio, disminuir la sensibilidad del cuero cabelludo y facilitar la estraccion de los pelos. Nosotros hemos usado este procedimiento sin obtener un resultado satisfactorio, por lo que lo hemos abandonado hoy dia. La epilacion se practica por medio de unas pinzas de bocado ancho, teniendo el cuidado de no coger á la vez mas que uno ó dos cabellos, á fin de evitar que se rompan; en seguida se ejercen tracciones siempre en el sentido de la implantacion del cabello; de este modo, el dolor es menos vivo y mas fácil la estraccion.

Deben arrancarse los cabellos de todas las partes enfermas, pero no es indispensable practicar esta operacion en una sola sesion. Cada dia puede hacerse la epilacion en una estension de tres ó cuatro centímetros cuadrados, y al cabo de algunos dias se llega á poner al descubierto todas las partes enfermas. A medida que se va practicando la epilacion, es indispensable practicar lociones sobre las partes enfermas con una disolucion de sublimato. La que nosotros empleamos tiene la siguiente fórmula:

Sublimato.....	1 gramo.
Agua.....	500 —
Alcohol.....	c. s.

Con esta disolucion se moja una compresa, un pincel ó una esponja, teniendo el cuidado de hacer penetrar el medicamento por el orificio del folículo piloso aun abierto. De este modo hay mas probabilidad de destruir el parásito y de hacer perder á los esporos la propiedad de reproducirse; durante

ocho días consecutivos debea continuarse por mañana y tarde esas lociones parasiticidas.

3.º Se ha propuesto, en la última parte del tratamiento de la tiña, establecer un contacto prolongado entre las partes enfermas y los agentes propios para la destrucción de los hongos. Se obtiene este resultado por medio de pomadas que tienen principalmente por base los preparados de azufre ó de mercurio. Así que se emplea la pomada siguiente:

Azufre 2 gramos.
Manteca 30

M. Bazin, empleaba al principio el acetato de cobre á la dosis de 50 centigramos; pero esta sustancia tiene el inconveniente de determinar frecuentemente erupciones, de modo que hoy día, prefiere el turbit mineral (sulfato de deutóxido de mercurio), que incorpora con manteca á la dosis de 50 centigramos.

Tal es el tratamiento completo de la tiña. Al cabo de algun tiempo, los pelos arracados vuelven á salir y hasta algunas veces toman un color mas subido; últimamente, hemos observado un niño, cuyos cabellos rojos, antes de la epilación, volvieron á nacer de color castaño despues de la curación de la tiña. Además, es raro que una sola epilación sea suficiente; si al cabo de seis semanas ó de dos meses los cabellos no han vuelto á tomar su carácter primitivo, si aun se presentan secos y quebradizos, si existen, en fin, costras ó pústulas en el cuero cabelludo, es preciso renovar la epilación y repetirla hasta que se ha conseguido una curación radical.

CAPITULO II.

TRICOFITIA.

Con el nombre de tricofitia designamos tres afecciones cutáneas, á saber: el *herpes circinado*, la *sicosis* y el *herpes tonsurante*, porque estas tres enfermedades están caracterizadas por la presencia de un mismo hongo, el *tricrofiton*. Con todo, antes de empezar su descripción, es necesario decir que nos-

Otros abandonamos la denominacion de *herpes* aplicada ordinariamente á dos de estas enfermedades.

Primitivamente se designaba con el nombre de *herpes* (*εργειν*, estenderse) un grupo de enfermedades cutáneas crónicas, que tienen una gran tendencia á estenderse y á recidivar; era el sinónimo de la palabra *dartros*, y aun en el lenguaje actual, el vicio herpético en nada difiere de la diátesis dartostrófica. Willan y Bateman, al publicar su nomenclatura dermatológica, precisaron un poco mas la definicion de la palabra *herpes* y dieron este nombre á una enfermedad caracterizada por unas vesículas reunidas en grupos que descansan sobre superficies rojizas y proeminentes. MM. Gibert y Cazenave, entre los dermatólogos modernos, han adoptado esta definicion; por el contrario, M. Devergie, olvidando el carácter vesiculoso como elemento anatómico-patológico, ha aplicado este nombre á una enfermedad caracterizada por unas placas de estension variable, pero que presentan todas el carácter comun de estenderse de un modo centrífugo y de tener una circunferencia redondeada, limpia, proeminente y perfectamente limitada. Despues de semejante definicion, M. Devergie pasa sucesivamente en revista, bajo el nombre de *herpes*, á todas las enfermedades comprendidas en el cuadro de Willan, y no causa poca admiracion verle describir despues un *herpes sictenoide*, en el que las vesículas, en lugar de estenderse formando círculos, crecen en forma lineal.

Entre tanto si pasamos en revista las diversas enfermedades que han recibido el nombre de *herpes*, veremos cuán difícil es establecer entre ellas una aproximacion. En efecto, desde luego encontramos el *herpes simple*, que es el tipo de la enfermedad, pero que no existe, puesto que solo es una abstraccion.

Despues sigue el *herpes zona*. Repetimos aquí que la zona es una enfermedad especial, que tiene sus caracteres propios, á saber, la frecuente coexistencia de una erupcion y de una neuralgia. La presencia de vesículas no es, pues, suficiente

para considerar á esta enfermedad como un herpes, y es preferible, para simplificar la cuestion, darla solamente el nombre de zona.

El *herpes flictenoide* presenta igualmente sus caracteres particulares y jamás afecta una forma circinada. Es una enfermedad caracterizada por unas vesículas diseminadas sobre un fondo rojizo, acompañada de dolores bastante vivos y cuya duracion no pasa de uno ó de dos septenarios. Hemos dicho ya que esta afeccion, para nosotros, no constituye una especie distinta, sino que es simplemente una zona desarrollada en los miembros. En efecto, para convencerse de la realidad de esta asercion, basta consultar las observaciones de herpes flictenoides, referidas por los autores que han admitido esta enfermedad, y se encontrarán en los bechos citados todos los caracteres de una verdadera zona, que sólo difiere de la zona vulgar por el sitio algo insólito que ocupa.

Entre las demás variedades de herpes, encontramos el herpes de los órganos genitales, ó *herpes progenial* de Alibert. En el hombre, la erupcion tiene su asiento en el glande ó en el prepucio, y está caracterizada por unas vesículas que unas veces se secan y otras se rompen, dando lugar á ulceraciones. En la mujer, la enfermedad presenta los mismos caracteres en las partes genitales esternas, y en los grandes y pequeños lábios. En ambos sexos esta afeccion es á menudo de muy difícil curacion, y tiene una estremada tendencia á recidivar; así creemos que, en la mayoría de los casos, reconoce un origen herpético, que no es mas que un eczema y que la sola diferencia de sitio dá á este eczema los caracteres particulares que presenta.

Tampoco es raro encontrar el herpes progenial en individuos que presentan, han tenido ó que padecerán mas tarde erupciones eczematosas; así que, hace poco, hemos visto un jóven á quien habiamos tratado por padecer un eczema del ombligo, y que algun tiempo despues reclamó nuestra asistencia por un herpes prepucial.

Sin embargo, no hay que creer que todos los herpes de

los órganos genitales sean variedades del eczema; en efecto, frecuentemente se vé aparecer en las partes genitales de la mujer, durante la época menstrual, un grupo de siete ú ocho vesículas, cuya duracion no pasa de cinco á seis dias. Esa erupcion del herpes vulvar, es siempre efímera y presenta los mismos caractéres que las que sobrevienen durante la misma en los lábios ó en las mejillas, y que dependen del estado menstrual.

El *herpes labialis* no siempre tiene su asiento en los lábios, como parece indicarlo el nombre, sino que tambien se encuentra en los párpados, en las mejillas, en el pabellon de la oreja, en la mucosa bucal y hasta en las amígdalas, como se vé en los ejemplos citados por M. Gubler. Esta erupcion vá siempre precedida de un movimiento febril ó de un desórden fisiológico; ordinariamente se la vé aparecer despues de una fiebre efémera, en la que á menudo juega el papel de fenómeno crítico; tambien vá ligada á la dismenorrea ó sobreviene durante el curso de una neumonia, pero jamás existe sola, sino que constantemente constituye un sintoma de otra enfermedad febril.

Las enfermedades parasitarias, tales como el herpes circinado y el herpes tonsurante, ¿deben conservar el nombre de herpes? Para la escuela de Willan, el elemento anatómico-patológico del herpes es la vesícula, y en el herpes circinado las vesículas son sumamente raras, solo aparecen escepcionalmente y seria necesario suponer, su existencia en la mayoría de los casos; tambien son igualmente raras en el herpes tonsurante.

Resulta claramente de todas las consideraciones precedentes, que la palabra herpes se aplica en la ciencia á varias afecciones que ninguna relacion guardan entre sí, y que no se debe continuar designando bajo este nombre un género particular.

Las enfermedades que reciben comunmente los nombres de herpes tonsurante y de herpes circinado están caracterizadas, lo mismo que la sicosis, por la presencia de un mismo hongo, el tricofiton: creemos, pues, que solo exigen una misma

descripcion, que nosotros daremos con el nombre de tricofitia. Así, pues, describiremos una tricofitia *circinada*, una tricofitia *sicósica* y una tricofitia *tonsurante*. Sin embargo, antes de pasar al estudio de su historia, investigaremos si en los tiempos antiguos se conocian algo esas afecciones.

Los antiguos conocian muy mal las afecciones parasitarias, que aun hoy dia se designan con el nombre de herpes. Bajo las denominaciones de *mentagra menti* y de *sicosis* los autores romanos nos han dejado la descripcion de una afeccion que se observaba especialmente en los individuos que llevaban barba, y que estaba caracterizada por pústulas, tubérculos, ulceraciones y caída de los pelos, síntomas todos que daban un aspecto repugnante á los que se veian atacados por dicha enfermedad. Esa afeccion se contagiaba con los besos, usados en otro tiempo para saludarse. Pero, Plinio y los demás autores, han trazado de esta enfermedad un cuadro tan afrentoso, que permite apenas reconocer en esas estensas ulceraciones á nuestra actual sicosis, siendo, probablemente, la enfermedad que describieron de una naturaleza del todo diferente.

Es preciso llegar á los tiempos modernos para hallar descripciones satisfactorias. Así, Willan y Bateman fueron los primeros que describieron el herpes circinado, y la sicosis fué colocada por ellos entre las enfermedades tuberculosas. Bielt, mas tarde, colocó esta última afeccion entre las enfermedades pustulosas, y sus ideas fueron enteramente adoptadas por MM. Gibert, Cazenave y Schedel.

M. Gruby ha sido el primero que ha descubierto en la sicosis un parásito criptogámico, al cual dió el nombre de *microsporion mentagrophytes*. M. Bazin y M. Ch. Robin, no tardaron en demostrar que este hongo no pertenecia á una especie particular, sino que era un tricofiton mas ó menos alterado. El nombre tricofiton, fué dado por primera vez al parásito de la tiña tonsurante en 1846, por el sueco Mahusten.

En 1840, M. Cazenave, llamado á un colegio de París, quedó admirado al ver la existencia, en un gran número de discípulos, de una afeccion del cuero cabelludo, en la que los

pelos estaban alterados, rotos por su base y rodeados por una vaina epidérmica, pero en espacios limizados y redondeados, formando una especie de coronas. Embarazado al principio para clasificar esta enfermedad según el cuadro de Willan, la dió el nombre de *herpes tonsurans*, en cuanto se apercibió de la presencia de algunas vesículas. Sin embargo, M. Cazenave no ha sido el primero que ha hablado de esta enfermedad; así que, M. Mahon (jóven) la había ya observado en el dispensario exterior del hospital de San Luis, y la describió en 1625 bajo el nombre de *tiña tonsurante*; Alibert, por otro lado, había también hecho mención de ella bajo el nombre de *porrigina tonsurante*.

Las afecciones que nosotros designamos con el nombre de tricofitia, á saber, el herpes circinado, la sicosis y el herpes tonsurante, fueron siempre consideradas como distintas é independientes unas de otras, cuando, hace ya algunos años que M. Bazin y nosotros, quedamos sorprendidos de la semejanza del herpes circinado y del herpes tonsurante. Observamos unas placas herpéticas situadas en parte sobre el cuero cabelludo, y en parte sobre la piel del cuello, las cuales tenían en un lado los caracteres del herpes tonsurante, mientras que en el otro presentaban todos los del herpes circinado. Era muy natural deducir que estas dos afecciones eran debidas á un mismo parásito, y que la diferencia del aspecto que presentaban dependía únicamente del sitio que ocupaban. M. Bazin probó mas tarde, por medio del microscopio, que no solamente estos dos parásitos eran idénticos entre sí, sino que ofrecían los mismos caracteres que ha descrito M. Gruby en el pórriigo decalvante, afección que, para este micógrafo, no era otra cosa que el herpes tonsurante. Por último, mas recientemente, el descubrimiento de M. Bazin ha sido confirmado por un médico de Berlin, M. Baerensprung, el cual ha encontrado el mismo hongo en el herpes inguinal.

Faltaba solo demostrar la identidad de la sicosis con las demás especies de herpes, y también pertenece á M. Bazin el honor de este descubrimiento. Considerando que la sicosis va

frecuentemente precedida ó acompañada del herpes circinado, y que el exámen microscópico demuestra en esta afeccion la frecuente existencia de mycelium y de esporos, que ofrecen todos los caracteres del tricofton, concluyó por deducir la identidad de esas dos enfermedades.

Nosotros hemos sometido esta opinion á un severo examen; y despues de haber repetido los esperimentos microscópicos y haber encontrado individuos afectados por la sicosis, que nos presentaban sus esposas y sus hijos padeciendo el herpes circinado, no hemos podido menos de admitir que el herpes circinado y la sicosis eran una misma afeccion producida por la presencia de un mismo hongo, el tricofton. La diferente estructura de los tejidos, sobre todo de aquellos en que el parásito crece, y algunas veces la idiosincracia del individuo pueden explicarnos, en todos los casos, los aspectos y variedades de esta afeccion.

En el hospital de San Luis, M. Bazin y nosotros somos los únicos que admitimos la identidad de las tres afecciones debidas á la presencia del tricofton; MM. Gibert, Cazenave y Devergie admiten únicamente la identidad entre el herpes tonsurante y el herpes circinado. Para M. Cazenave, la sicosis es el resultado de una accion mecánica, que reconoce comunmente por causa la irritacion producida por las navajas de afeitar en el folículo piloso; así que, el único tratamiento que aconseja, se reduce á aplicaciones emolientes, y uno de los grandes argumentos invocados por los que niegan á la sicosis un origen parasitario consiste en que los emolientes determinan curaciones, y que la epilacion no es tampoco necesaria. Nosotros responderemos, que la epilacion dá siempre resultados mas pronto, y que en los casos en que se ha obtenido la curacion sin su auxilio, ha sido debida al curso natural de la enfermedad. En efecto, esta terminacion favorable se observa algunas veces en la sicosis; á consecuencia de la inflamacion y de la supuracion del bulbo piloso, el pelo enfermo se elimina y esa especie de epilacion espontánea determina ordinariamente la curacion.

Tambien invocan los que niegan el parasitismo de la men-
tagra otro argumento, y es la dificultad, que se experimenta, de
percibir en el campo del microscopio, las vegetaciones erip-
togámicas; nosotros, haremos observar, respecto de este parti-
cular, que en la sicosis la enfermedad ha llegado á su fin, y
que si es necesario el exámen de un número bastante conside-
rable de pelos, para descubrir el tricofiton, depende de que
los esporos han sido destruidos y arrastrados por la supuracion;
esto nos explica el por qué el parásito no se encuentra siempre
con los mismos caracteres y por qué sus órganos reproducto-
res se encuentran á menudo alterados y deformados.

Por lo demás, estas dificultades en la investigacion del pa-
sásito se experimentan en las demás afecciones parasitarias;
así que, es á menudo muy difícil encontrar un acarus en las
sarnas antiguas, cuyo aspecto primitivo se encuentra desfigu-
rado por una porcion de afecciones concomitantes. Los argu-
mentos que se oponen al parasitismo de la sicosis carecen,
pues, de todo valor, y persistimos con M. Bazin en considerar
al tricofiton como la causa de las tres enfermedades que aca-
bamos de pasar en revista.

La tricofitia *circinada* es fácil de reconocer; está caracteri-
zada por una ó muchas manchas rojas, aisladas, ligeramente
proeminentes, cubiertas por pequeñas escamas blancas, y que
á medida que se estienden, se curan en su centro; entonces
se presentan bajo la forma círculos, ordinariamente redon-
deados, algunas veces irregulares, de dimensiones excesiva-
mente variables, pero que siempre van creciendo del centro á la
circunferencia.

Además de esas manchas rojas y de esas escamas, que son
constantes, el disco eritematoso se vé algunas veces cubierto
por pequeñas vesículas transparentes ó purulentas. Segun los
partidarios de Willan, esas vesículas no faltan jamas, sola-
mente que, en algunos casos, solo tienen una existencia efi-
mera, siendo reemplazadas prontamente por las escamas; de-
bemos decir respecto de este particular que, en la mayoría de
los casos, la observacion viene á contradecir este aserto y que

las escamas aparecen de pronto sobre la mancha roja, sin que sea posible, en ninguna época, comprobar el desarrollo de vesículas.

La tricofítia circinada va ordinariamente acompañada de una sensación de escozor y de una ligera comezon; jamás de termina fenómenos generales y se limita siempre á los síntomas locales.

Ordinariamente se la encuentra en la cara, pero al mismo tiempo que en el rostro, tambien puede observarse en las demas partes del cuerpo, como en el tronco y principalmente en la region inguinal; no es raro observarla en el dorso de las manos, á causa del contagio que se efectúa cuando los enfermos se rascan.

La tricofítia tonsurante ocupa el cuero cabelludo, en cuyo punto puede decirse que se encuentra casi exclusivamente, porque es muy raro que invada la barba; se manifiesta por placas ordinariamente redondas, semejantes en un todo á una corona, en las que los cabellos carecen de brillo, están secos y rotos próximamente á medio centímetro de su base; al mismo tiempo, la parte enferma se hincha, la epidérmis se eleva bajo la forma de escamas; y la piel presenta una coloracion azulada y un aspecto rugoso, sobre todo manifesto cuando intempestivamente se ha rasurado la placa tonsurante. Añádase á estos síntomas, la existencia ordinaria de comezons, de círculos únicos ó de placas dispersadas, y en ciertos casos, la presencia de vesículas ó de pústulas; por último, pueden desarrollarse costras impetiginosas, en cuyos casos se tendrán los diferentes aspectos del herpes tonsurante.

Es bastante frecuente observar placas tonsurantes en un niño, cuando su madre, que le cuida, tiene en las manos círculos de tricofítia circinada. Por último, hay casos, en que un mismo individuo presenta, en el límite en que faltan los cabellos, un disco de tricofítia que tiene el aspecto circinado en una mitad y el aspecto tonsurante en la otra.

La tricofítia sicósica se observa en la barba y en las partes genitales cubiertas por los pelos, con alteraciones especiales.

Generalmente principia por una rubicundez y por una pequeña y fina descamacion; despues el pelo se altera, se pone deslustrado, seco y quebradizo y se cubre de un vello blanquinoso que no es otra cosa que una capa de hongos; en ciertos casos, este vello cubre todo el pelo formándole una vaina completa.

A estas alteraciones iniciales suceden bien pronto fenómenos mas graves; las partes enfermas se hinchan, aumentan de volumen, y entonces se ven aparecer unas veces tubérculos rojos, redondeados y voluminosos, y otras pústulas aisladas ó reunidas, que se cubren de costras, las cuales aglutinan los pelos y hacen á la afeccion parecida al *impétigo granulata*. Mas tarde, estas costras caen y dejan al descubierto ulceraciones fungosas, proeminentes, bastante parecidas á las placas mucosas y que dan á la cara del enfermo un aspecto verdaderamente repugnante.

Por lo demás, las alteraciones no se limitan á la piel, sino que invaden el tejido celular sub-cutáneo, viéndose sobrevenir flemones, absesos é infarto de los gánglios sub-maxilares que puede ir seguido de supuracion. Al mismo tiempo los pelos se alteran profundamente, pierden su adherencia con los folículos pilosos, son fáciles de arrancar y hasta muchas veces caen espontáneamente.

Tal es la sicosis en sus diferentes aspectos, pero es raro que los presente todos reunidos en un mismo individuo. Algunas veces solo existen pústulas ó tubérculos, otras solo se encuentra una capa farinácea sin alteracion de la piel ó del tejido celular, y, en este último caso, los pelos ordinariamente conservan sus adherencias.

En ciertos casos, la sicosis está aislada, pero en otros, va acompañada de la tricofitia circinada, y, hasta muchas veces, cuando falta esta última afeccion, los mismos enfermos hablan de círculos rojos que en un principio han precedido á la mentagra. Esta sucesion y tambien frecuentemente la coexistencia de las dos afecciones son, pues, un motivo mas para hacernos admitir su identidad.

Entre las afecciones que tambien pertenecen á la tricofitia,

pudiéramos colocar la que los autores han descrito con el nombre de *herpes iris*; pero esta especie no es mas que una variedad del herpes circinado en la que se encuentran dos ó tres círculos concéntricos de color un poco diferente. Además, esta variedad es muy rara, y durante una práctica de diez ó veinte años quizás en el hospital de San Luis no se ha presentado á la observacion.

El exámen microscópico de los pelos afectados de tricofitia demuestra que son el asiento de afecciones especiales debidas á la presencia del parásito criptogámico. Especialmente los pelos del herpes tonsurante son los que presentan el tipo de esas alteraciones.

Si se arranca un cabello de una placa de tiña tonsurante y se pone en el campo del microscópio, lo primero que se nota es la alteracion que ofrece su raiz; en efecto, en lugar de tener el aspecto redondeado, que presenta en su estado natural, y que hace que se parezca á una planta bulbosa, está aplanaada, truncada y hasta algunas veces destruida. El cabello se presenta doblado, formando ángulo, y tiene en ciertos puntos nudosidades ó dilataciones olivares que no se encuentran cuando está sano; en estos puntos parece que está abierto, roto, y lejos de distinguirse las dos sustancias, no se percibe mas que un conjunto de esporos. Recuérdese que uno de los caracteres del herpes tonsurante es el de presentar los pelos rotos á algunos milímetros del cuero cabelludo; pero, en el punto en que esta rotura se presenta, el corte no es regular y limpio, sino que el cabello se parece á una espiga y su estremidad á un pincel, encontrándose sus fibras longitudinales separadas por los esporos.

Los órganos reproductores del parásito no se encuentran únicamente en la piel, si que tambien en las escamas y en el vello que cubre los pelos.

De todas las afecciones parasitarias, la tricofitia es la que presenta mayor número de esporos; son, por decirlo así, innumerables, muy regulares y comunmente existen solos. No obstante, en ciertos casos, se observan simultáneamente tubos va-

cios ó llenos de esporos, y en otros ramificaciones de mycelium existentes bajo la forma de líneas sinuosas, arrolladas algunas veces alrededor de los pelos, del mismo modo que una planta trepadora.

En el herpes circinado los pelos se hallan menos alterados, son menos quebradizos y por consiguiente mas fáciles de arrancar. Los esporos son mas pequeños, mas raros y mas irregulares; algunas veces no se encuentran mas que en las escamas epidérmicas, y muy comunmente van acompañados de ramificaciones de mycelium.

En la sicosis, la alteracion de los pelos ha llegado al último grado. Así que no se encuentra en ellos ni raiz, ni cápsula, pero es raro descubrir en los mismos esporos y tubos de mycelium; no obstante algunas veces se ven granulaciones pequeñas é irregulares que son al parecer despojos de los esporos, que M. Gruby ha descrito como si fueran los órganos reproductores de un hongo particular, el *microsporon mentagrophytes*; nosotros repetiremos que MM. Ch. Robin y Bazin han demostrado que son mas que un tricofiton alterado; nosotros adoptaremos su opinion, y por esta razon hemos descrito, bajo el mismo nombre, esas tres afecciones.

Una vez establecida, la tricofitia tiene una gran tendencia á persistir indefinidamente. Invade sucesivamente las partes inmediatas y las partes del cuerpo mas distantes que han estado espuestas al contagio. Así que no es raro encontrar el herpes circinado en el dorso de las manos de los individuos que tienen la cara invadida por la tricofitia sicósica ó circinada, y nosotros hemos señalado ya la frecuente existencia de placas herpéticas en las madres que cuidan de sus niños atacados por la tiña tonsurante.

Abandonada á los solos recursos de la naturaleza, la tricofitia termina algunas veces espontáneamente, y esto es lo que acontece ordinariamente cuando se presenta bajo el estado de herpes circinado en la mujer ó en los niños; esta terminacion es mucho mas rara cuando la enfermedad ha revestido la forma sicósica ó tonsurante. Sin embargo, en ciertos individuos

sin duda por carecer de un terreno apropiado para su desarrollo, el parásito se estingue y cesa de reproducirse; en la mayoría de los casos solo desaparece despues de haber destruido el folículo piloso y de haber producido una alopecia incurable. Es verdad que á menudo este resultado, por desfavorable que sea, solo se obtiene al cabo de un tiempo muy largo, y en ciertos individuos el parásito persiste durante diez, quince ó mas años.

Interesa mucho estudiar las relaciones que pueden existir entre las diferentes variedades de tricofitia. M. Bazin profesa la opinion de que esas tres afecciones no son mas que diferentes grados del desarrollo de los parásitos; así que, para él, el herpes circinado es el primer grado de la enfermedad; el herpes tonsurante el segundo; y la sicosis el tercero. Imposible nos es aceptar la opinion de nuestro colega acerca de este punto. En efecto, muy á menudo se observa que la sicosis se desarrolla cinco ó seis dias despues de la aparicion de una simple mancha roja y hasta algunas veces se la vé desarrollar de pronto sin haberla precedido ni el herpes circinado, ni el herpes tonsurante; en otros casos se observa que el herpes circinado tiene invadida durante meses enteros la barba, sin determinar la manifestacion de la sicosis; las diferentes edades del parásito no pueden, pues, servirnos para explicar los varios aspectos que presenta la enfermedad.

Si, por el contrario, comparamos las diversas manifestaciones bajo las cuales se produce la criptógama con los diversos sitios que invade, obtendremos quizás una esplicacion mas satisfactoria. Así que, el herpes circinado se encuentra con preferencia en las partes cubiertas por pelos vellosos; se halla especialmente el herpes tonsurante en el cuero cabelludo, y la barba es habitualmente el sitio de la sicosis. No obstante, esta regla no es general y sufre numerosas escepciones. Sin hablar de los casos en que el herpes circinado invade la barba y las partes genitales, los cuales hemos mencionado ya, el herpes tonsurante y la sicosis pueden encontrarse simultáneamente en el hombre y en la mujer, en todas las partes cubiertas de pelos.

De todos estos hechos resulta que las condiciones de reproducción y de germinación del tricofton están aun muy léjos de ser perfectamente conocidas. La edad del parásito y el terreno variado en que germina ejercen una influencia que aun no ha sido posible precisar.

El diagnóstico de la tricofitia dá algunas veces lugar á serias dificultades, sobre todo cuando sobrevienen erupciones concomitantes que desfiguran los caracteres del parásito. Así que, importa mucho recordar que el herpes circinado y el herpes tonsurante se presentan bajo la forma de discos redondeados, dispuestos de un modo centrífugo y cuya circunscripción se halla siempre perfectamente limitada. En el herpes tonsurante los pelos rotos á algunos milímetros de la superficie de la piel, están decolorados y son difíciles de extraer; en la sicosis, al principio de la enfermedad los pelos están igualmente rotos y rodeados por una vaina blanca, casi exclusivamente parasitaria, y sea cual fuere el grado de la afección es raro no encontrar siempre algunos pelos con estos caracteres; la epilación es además ordinariamente fácil.

Por último, si aun persistiera la duda, el exámen microscópico demostrará, en las escamas del herpes y en la vaina blanca que cubre los pelos, todos los caracteres del parásito, mientras que los pelos mismos presentarán esas nudosidades, esas dilataciones y esas diversas alteraciones debidas á las ramificaciones criptogámicas.

Las afecciones con las que pudiera confundirse la tricofitia son: el impétigo; las erupciones sifilíticas y las demás enfermedades parasitarias.

La sicosis y el impétigo presentan frecuentemente los mismos signos; en la sicosis los tubérculos están aislados y van acompañados de hinchazon sub-cutánea; debajo de las costras se encuentran ulceraciones, algunas veces fungosidades, y los pelos fáciles de extraer presentan vistos con el microscopio las alteraciones características; por el contrario, en el impétigo las costras son anchas, estensas, sin hinchazon sub-cutánea per-

sistente, los pelos son adherentes y no presentan, vistos con el microscopio, ninguna alteracion.

Es algunas veces difícil establecer el diagnóstico entre una enfermedad sifilítica y una enfermedad parasitaria, tanto mas cuanto que la sicosis se presenta á menudo bajo la forma de tubérculos rodeados por una areola cobriza, cuyo asiento está especialmente en las inmediaciones de la boca. Entonces es preciso interrogar al enfermo é investigar por sus antecedentes si la afeccion ha principiado por un herpes circinado, ó si las personas con quienes ha estado en contacto se hallan atacadas por esta última enfermedad; en los casos de afecciones sifilíticas es muy raro que no se encuentren en el cuerpo del enfermo erupciones concomitantes ó cicatrices antiguas. Por fin, como último recurso, el exámen microscópico disipará todas las dificultades.

En la práctica es de poca utilidad establecer el diagnóstico entre el herpes tonsurante y el favus, porque en ambos casos el tratamiento es el mismo. Cuando el acorion aparece con los caracteres escamosos, habiendo desaparecido las cápsulas características, es preciso dar importancia á la alteracion de los pelos; en el herpes tonsurante se quiebran con una facilidad extrema, mientras que por lo general en el favus la epilacion se efectúa sin mucha dificultad.

El *pronóstico* de la tricofitia no ofrece ninguna gravedad, porque puede existir con todos los atributos de la salud mas perfecta. No obstante, abandonada á sí misma, puede, bajo la forma del herpes tonsurante, determinar la alopecia por efecto de la atrofia de los folículos pilosos. Es preciso, pues, si se quiere evitar esta deformidad, recurrir con prontitud á los medios terapéuticos.

Las *causas* de la tricofitia son predisponentes y ocasionales.

El herpes tonsurante apenas se observa mas que en los niños; por nuestra parte, podemos decir que jamás lo hemos encontrado en el cuero cabelludo de los adultos, pero le hemos visto muchas veces en la barba.

La sicosis se manifiesta esclusivamente en el hombre, apar-

te de algunos casos escepcionales en que, sin embargo, se la ha visto en las partes genitales de la mujer. En cuanto al herpes circinado, se le encuentra indiferentemente en todas las edades, y en uno y otro sexo.

Mientras tanto, si examinamos la influencia ejercida por las posiciones sociales, no podemos menos de repetir lo que ya hemos dicho al ocuparnos de la tiña favosa, á saber: que el parásito se desarrolla sobre todo en la clase trabajadora, y en los individuos que, por efecto de su profesion, no pueden atender á todos los cuidados que reclama la limpieza; la piel, cubierta por el sudor é impregnada de polvo, retiene fácilmente los esporos de la criptógama y parece que, en este estado, presenta las circunstancias mas favorables para la germinacion del parásito.

La única causa eficiente de la tricofitia es el contagio; este se efectua, ya sea por medio del transporte, al través del aire, de los órganos reproductores, ya sea por el contacto directo. Así es que, la enfermedad se comunica á menudo por las navajas de afeitar, con un beso, y en ciertos establecimientos, los cambios de gorros es para los niños una poderosa causa de comunicacion. Además todas estas enfermedades son susceptibles de inocularse directamente, y M. Deffis ha logrado determinar el desarrollo de los esporos del tricofiton, introduciéndolos debajo de la epidérmis con la punta de una lanceta.

Las causas múltiples del contagio nos esplican perfectamente las epidemias de tiña tonsurante y de herpes circinado que se observan muchas veces en los colegios; tambien nos dan razon de la afluencia de la sicosis y del herpes circinado que actualmente tienen invadido el hospicio de Bicétre; la enfermedad ha principiado en el cuartel de los Ancianos, desde el cual se ha extendido, por medio de las navajas de afeitar, á los departamentos de los Alienados.

El *tratamiento* de la tricofitia es el mismo que el de todas las afecciones parasitarias. Si hay fenómenos inflamatorios muy manifiestos, tenemos la costumbre de combatir la enfermedad, desde un principio con aplicaciones emolientes, tales como:

baños de vapor, lociones ó cataplasmas emolientes, y algunos derivativos en el tubo intestinal. En seguida recurrimos á la epilacion, despues de la cual mandamos practicar, mañana y tarde, lociones con una disolucion de sublimado, cuya fórmula hemos indicado precedentemente.

En la sicosis la epilacion es en general fácil; mayores dificultades presenta el herpes tonsurante, pero, en este caso se epila lo que se puede y luego se practican las lociones con la disolucion de sublimado.

En el herpes circinado es muchas veces imposible arrancar los pelos vellosos, pero puede obtenerse la curacion sin la epilacion; es suficiente para destruir el parásito, practicar unciones con una pomada de turbit (manteca 30 gramos, turbit 1 ó 2 gramos). Nosotros empleamos con preferencia una pomada sulfuro-alkalina, lo mismo que en la sarna, si bien á menor dosis; esta pomada se compone de:

Manteca.....	30	gramos.
Azufre.....	1	á 1.50—
Sub-carbonato de potasa.....	0.25	á 0.50—

Aconsejamos el uso de estas unciones durante algun tiempo despues de la curacion de la sicosis ó del herpes tonsurante. En efecto, muchas veces cuando se cree que el parásito esta completamente destruido, quedan aun algunos esporos que no tardan en reproducirse, y para oponerse á su desarrollo, es por lo que es preciso continuar con la aplicacion de los medicamentos parasitocidas durante bastante tiempo.

CAPITULO III.

PÓRRIGO DECALVANTE Ó PELADA.

Willan describió, con el nombre de *pórrigo decalvans*, una especie de tiña en la que pretende haber observado pústulas en su principio; esas pústulas, que al decir del dematólogo inglés, no tienen mas que una existencia efimera, no han sido despues encontradas por los demas observadores. M. Cazenave ha trazado el cuadro de esta afeccion bajo el nombre de

vitiligo, confundiéndola de este modo con una enfermedad muy diversa, ó mas bien, con una deformidad de la piel, en la que los pelos se presentan decolorados, pero de ninguna manera alterados. Audouini y M. Gruby, han encontrado en esta afeccion un parásito vegetal que ha recibido el nombre de *microsporion Audouini*; M. Bazin ha confirmado, en sus investigaciones, la existencia de esta criptógama y ha designado la enfermedad que determina con el nombre de *tiña pelada*.

Podemos, pues, definir la *tiña pelada* ó *pórrigo decalvante*, como una enfermedad parasitaria, que afecta el sistema piloso en todos los puntos de la economía en que se encuentra y da lugar á diversas alteraciones especiales, de las cuales las mas importantes consisten en la caída de los cabellos y en la existencia de un vello algodonoso en la superficie del tegumento afectado. Las partes enfermas, examinadas con el microscopio, revelan la existencia de una criptógama particular, descrita con el nombre de *microsporion Audouini*.

El curso del *pórrigo decalvante* permite estudiar en él tres grados.

En el primero, los pelos se ponen deslucidos, secos y menos lustrosos; su coloracion es menos pronunciada y su extraccion es mas fácil. Entonces, ordinariamente, la piel de las partes enfermas se decolora, se hincha ligeramente y presenta en su superficie una sustancia blanca ó gris, que no es otra cosa que una aglomeracion de hongos pulverulentos.

En el segundo grado de la enfermedad, los pelos caen en una estension mas ó menos grande. El cuero cabelludo ofrece entonces una alteracion particular; se presenta hinchado, como edematoso, pero esta hipertrofia no es un verdadero edema, porque no conserva la impresión del dedo; casi siempre, al mismo tiempo la piel está decolorada, aunque esa decoloracion no es constante. M. Bazin, admite dos especies de *pelada*: la *pelada acromatosa*, cuando el cuero cabelludo ha perdido su coloracion, y la *pelada decalvante*, cuando la conserva; por lo demás, este fenómeno es de poca importancia. En el punto en que los pelos han caido es fácil observar un vello muy fino, en

el cual se percibe, mirándolo contra la luz, un polvo blanco formado por los hongos.

En el tercer grado, los pelos han desaparecido completamente y no se encuentran ni indicios de vello; la hinchazon tampoco existe, y la decoloracion entonces se ha hecho persistente, produciéndose una atrofia del cuero cabelludo y una alopecia irremediables.

A los síntomas precedentes puede añadirse que, en el primero y segundo grado se manifiesta ordinariamente un prurito poco intenso y una comezon fácil de soportar.

La tiña pelada existe habitualmente bajo la forma de discos redondeados, rodeados de partes sanas (en las que los cabellos no tardan en desaparecer por efecto de la tendencia invasora del parásito. El cuero cabelludo no es el sitio esclusivo de esta enfermedad, sino que puede tambien invadir todas las partes cubiertas de pelos, y hasta, en ciertos casos, se la ha visto producir una alopecia general; hace ya algunos años que tuvimos ocasion de observar un niño atacado por esta afeccion, que no presentaba un solo pelo en todo su cuerpo. Se comprende que, en estas condiciones, el pórriigo decalvante es una enfermedad grave, que si bien no influye directamente sobre la vida, produce al menos una deformidad muy repugnante.

Cuando la afeccion se estiende á la totalidad de la cubierta cutánea, se ven sobrevenir frecuentemente fenómenos generales bastante graves; así que, los niños pierden su alegría, enflaquecen y se detiene su desarrollo. En estas condiciones, es difícil determinar cuál es la causa que tan profundamente altera su organismo, en efecto, ¿es la estension desmesurada del parásito que invade una superficie demasiado grande y absorbe una cantidad muy considerable de jugos nutritivos con detrimento del individuo? ¿O bien la alteracion de la nutricion es primitiva y favorece solamente el desarrollo de la criptógama? Hasta el presente, estas cuestiones no han recibido aun una solucion satisfactoria.

La curacion de la tiña pelada sobreviene espontáneamente cuando los folículos pilosos quedan destruidos, de lo que re-

sulta una alopecia incurable; tal es, por lo demás, el último resultado de la afección en el tercer grado. En ciertos individuos, la enfermedad no pasa en su curso del segundo grado; los pelos vuelven á adquirir poco á poco su fuerza y primitivo aspecto, el parásito desaparece completamente y los cabellos crecen con su color natural; sin embargo, este resultado es mucho mas pronto y seguro, cuando los pelos vellosos pueden ser arrancados y puede hacerse una aplicación de los agentes parasiticidas de un modo continuo.

Las alteraciones criptogámicas que se observan con el microscopio son, poco mas ó menos, las mismas en esta afección que en las demás enfermedades parasitarias; se encuentran los esporos mas pequeños y menos numerosos que en la tricofitia, mientras que las ramificaciones de mycelium son mas abundantes en la tiña pelada. Los pelos se hallan igualmente alterados; el tallo presenta dilataciones formadas por agrupamientos de esporos, y la raiz, en lugar de ser bulbosa, se presenta alargada y fusiforme; por último, se observa que esta sustancia blanca, parecida á una aglomeración de pequeños hongos, que cubre los placas del pórriigo decalvante y rodea los pelos de vello, está formada por los esporos de un modo casi esclusivo.

El diagnóstico de la tiña pelada es, en general, bastante fácil, porque presenta esta afección dos caracteres patognomónicos, á saber, la caída de los pelos y la existencia de vello; además se encuentra frecuentemente la decoloración, la hinchazón y una completa ausencia de erupciones concomitantes.

Será muy raro que pueda confundirse esta enfermedad con el herpes tonsurante y con el favus; en efecto, en la primera de esas afecciones los pelos se encuentran rotos, y la piel de color oscuro y cubierta de escamas; en el favus hay costras, cápsulas y los pelos no se han desprendido en su totalidad.

¿Puede confundirse el pórriigo decalvante con el vitiligo? Es esta una confusión que ha padecido M. Cazenave. Por de pronto haremos observar que la tiña pelada puede existir sin decoloración, y luego, que en el vitiligo, si bien los cabellos han

perdido su coloracion, conservan por otra parte toda su longitud y grueso ordinarios; además, en esta última afeccion, el cuero cabelludo no presenta ninguna especie de hinchazon.

El *pronóstico* de la tiña pelada ofrece cierta gravedad, porque puede ocasionar la destruccion de los folículos pilosos, y la alopecia es siempre una cosa seria. No obstante, en ciertos casos, como lo hemos dicho ya, termina favorablemente sin el empleo de ningun medio terapéutico; es verdad que esos casos no son de los mas frecuentes, pero tambien es igualmente bastante raro que la enfermedad invada la totalidad del sistema piloso; entonces es cuando se observan especialmente esas alteraciones en la nutricion, que ocasionan desórdenes en la salud del individuo.

La tiña pelada es una enfermedad esencialmente contagiosa que, como todas las demás afecciones parasitarias, se transmite por el contacto mediato ó inmediato, y debemos insistir tanto mas en este contagio, quanto que aun hoy dia hay bastantes médicos que rehusan admitirlo: así que, últimamente, hemos podido observar un enfermo que, bajo la palabra de su médico, guardó para su servicio un criado atacado por la tiña pelada en el segundo y tercer grado, cuyo enfermo se vió despues afectado por un pórigo decalvante de la barba. Nada tenemos que decir respecto de las causas predisponentes; la edad, el sexo y el temperamento no parecen ejercer ninguna influencia; no obstante, la enfermedad parece ser mas frecuente en los niños.

El *tratamiento* de la tiña pelada descansa en las mismas indicaciones que el del favus y el de la tricofitia; hay que recurrir á la epilacion y á los agentes parasiticidas. En el primero y segundo grado de la enfermedad, se puede esperar la curacion de la misma, y el renacimiento de los cabellos en el estado que tenían precedentemente; pero en estos grados la epilacion es comunmente muy difícil y los pelos vellosos se rompen con una facilidad extrema; bajo la accion de las pinzas. En todos los casos, no hay que limitarse á epilar las partes denudadas, sino que se deben estirpar tambien los cabellos

inmediatos que, invadidos por la enfermedad, tienen generalmente una débil adherencia.

IV Si la enfermedad hubiera llegado al tercer grado, es inútil todo tratamiento, puesto que los cabellos ya no pueden renacer, á causa de la completa destruccion de los folículos pilosos.

CAPITULO IV.

GRASAS PARASITARIAS.

Entre las afecciones parasitarias, hay una que deja intacto el sistema piloso y que afecta esclusivamente la epidermis; las criptógamas que la producen han recibido el nombre de *vegetales epidermofíticos*. Las diversas lesiones producidas por estos parásitos han sido descritas y confundidas con los diversos nombres de *pitiriasis versicolor*, de *grasa parasitaria*, de *manchas hepáticas* de *cloasma de las mujeres embarazadas*, y de *efélides de las mujeres embarazadas*. Esta última denominacion se ha aplicado sin razon; en efecto, las mujeres embarazadas se ven atacadas por dos enfermedades; por el *cloasma*, en el que se observan escamas y comezones, y por las *efélides*, que son debidas á una simple alteracion pigmentaria sin ningun otro sintoma. Respecto de las demás denominaciones, todas serán, para nosotros, sinónimas de pitiriasis.

La pitiriasis parasitaria, llamada *versicolor*, se presenta bajo la forma de unas manchas de color moreno ó amarillo, ligeramente proeminentes respecto del nivel de la piel, y sobre las que la epidermis se levanta formando escamas, ya espontaneamente, ya por rascarse el enfermo. Estas escamas son, generalmente, bastante delgadas y finas, su color es casi siempre moreno subido, y seria mucho mas propio llamar á la afeccion *pitiriasis lútea*; en efecto, la pitiriasis es de color amarillo y es la piel la que ofrece el aspecto versicoloro. En algunos casos, las escamas son negras, constituyendo entonces una verdadera *pitiriasis nigra*; esta última variedad se observa sobre todo en las mujeres embarazadas.

Las placas de la pitiriasis versicolor no presentan solamente grandes diferencias relativamente á su coloracion, sino tambien segun su número y estension; así que en ciertos individuos son numerosas, poco estensas, se presentan aisladas y sus dimensiones no pasan de una moneda de cinco francos; por el contrario, en otros una sola mancha del color de café con leche es la que cubre el tronco entero. Además, los contornos de estas placas son en general sinuosos é irregulares y no ofrecen esa disposicion circinada que se observa en la mayor parte de las afecciones parasitarias.

El sitio de predileccion de los vegetales epidermofíticos es ordinariamente el cuello y el tronco, pero tambien hay casos en que, como el cloasma de las mujeres embarazadas, no se observan mas que en la cara. No obstante, este sitio no es esclusivo y es bastante frecuente encontrar la pitiriasis versicolor en los miembros, sobre todo en los miembros superiores.

Los vegetales epidermofíticos no determinan jamás el desarrollo de síntomas generales, sino que solamente van acompañados de un modo constante de comezones que en general son poco vivas.

Si se someten al exámen microscópico las escamas de la pitiriasis versicolor, se encuentran pocos esporos en estado libre, pero se observan, en cantidad considerable y mezcladas con numerosas células epidérmicas, varias ramificaciones, de las cuales las unas están vacías y las otras contienen esporos mas gruesos que los del *microsporon Audouini*. Los naturalistas han dado al hongo, cuyas ramificaciones se entrecruzan de este modo en todos sentidos, el nombre de *microsporon fufur*, ó de *epidermofiton*.

Una vez desarrollada, la pitiriasis versicolor goza de una gran tendencia en invadir las partes inmediatas, y si llega á desaparecer, recidiva siempre con la mayor facilidad. Así que en muchos individuos esta afeccion aparece todos los años al principio de la primavera; un tratamiento conveniente la hace desaparecer al cabo de algunas semanas, pero al año siguiente se reproduce con los mismos caractéres y hay indivi-

duos que hace veinte años se hallan sujetos á esas recidivas periódicas.

El cloasma de las mujeres embarazadas desaparece ordinariamente despues del parto; no obstante, en algunos casos se le vé persistir y hasta ofrecer una resistencia muy grande á los medios terapéuticos.

El diagnóstico de esta afeccion es fácil; se presenta bajo la forma de placas coloradas que son el asiento de comezones y descamaciones; el microscopio demuestra en ellas la existencia de pocos esporos y de muchas ramificaciones.

En las *efélides* no hay ni comezones ni descamacion; en la *pitiriasis herpética*, las escamas son de color blanco y no presentan ningun vestigio de parásitos. Por último, basta para evitar el error, señalar la posibilidad de confundir el *vitilogo* y la *pitiriasis versicolor* en los casos en que se pudiera tomar la parte sana por la parte enferma.

El pronóstico es poco grave porque la enfermedad cede ordinariamente con facilidad á los medios que se emplean para combatirla. No obstante, en algunos casos es difícil hacerla desaparecer, pero, como ordinariamente tiene su asiento en partes que no están visibles y ademas ocasiona pocas incomodidades, los enfermos pueden continuar soportándola sin muchos inconvenientes.

Poco tenemos que decir acerca de la *etiología* de la *pitiriasis versicolor*; solo sabemos que su frecuencia es mucho mayor durante la primavera. ¿Es esta una afeccion contagiosa como las demás enfermedades parasitarias? Esta cuestion es difícil de resolver, y en efecto, hasta ahora no hemos tenido ocasion de observar ningun ejemplo de contagio y hemos visto, por el contrario, varias veces acostarse juntos individuos de sexo diferente, sin que se haya comunicado la enfermedad.

El *tratamiento* es muy sencillo; los preparados sulfurosos bastan perfectamente para obtener la curacion. Se usan bajo la forma de baños ó de pomada; hé aquí la fórmula de la pomada:

Manteca..... 30 gramos.

Azufre sublimado..... 2

La pomada oxigenada ó nítrica produce los mismos resultados. Igualmente desaparece el parásito practicando lociones de sublimado ó tomando baños adicionados con este compuesto mercurial. Pocos individuos hay que sean rebeldes á la medicación que acabamos de indicar, sobre todo el cloasma de las mujeres embarazadas desaparece generalmente con una gran prontitud.

Antes de terminar la historia de las grasas parasitarias es útil averiguar cuál es la naturaleza de todos estos parásitos que gozan de color. ¿Son acaso enfermedades parasitarias del mismo modo que el favus y la tricofitia? Nosotros responderemos sin titubear de un modo negativo, porque el curso que sigue el hongo de las grasas parasitarias es del todo diferente del de las enfermedades que acabamos de enumerar.

En el curso y en la etiología de la pitiriasis se observa mas bien el carácter de una afección herpética, que el de una afección parasitaria. Así que se la vé recidivar siempre y casi en la misma época, la primavera, en los mismos individuos; su contagio es puesto en duda de un modo bastante decidido, mientras que es imposible negarlo en las otras afecciones. Estamos, pues, inclinados á creer que el parásito que nos ocupa se desarrolla secundariamente sobre las escamas de una enfermedad herpética. No es esta la primera vez que hacemos semejante observación; así que, en algunos casos de pitiriasis decididamente herpéticas y de eczemas llegados al tercer periodo, hemos podido observar ramificaciones de micelium, tan numerosas y tan abundantes como en la pitiriasis versicolor.

M. Bazin explica las recidivas tan frecuentemente de la enfermedad por el desarrollo de los gérmenes que han podido escapar á la acción de los agentes parasitocidas. Pero es muy difícil admitir que estos gérmenes hayan estado un año sin reproducirse, mientras que observamos que los gérmenes del herpes circinado permanecen latentes cuando mas dos meses. Nuestra opinión es, pues, que la enfermedad herpética es la que juega el principal papel, y que los hongos solo se desarrollan consecutivamente sobre las escamas por encontrar en ellas un terreno favorable para su producción.

SEGUNDA SECCION.

Enfermedades cutáneas producidas por los parásitos animales.

Como lo hemos dicho ya, entre los parásitos animales, dos solamente son los que dán lugar á enfermedades especiales y dignas de llamar nuestra atencion, á saber: el *piojo* que produce la pitiriasis ó enfermedad pedicular y el *acarus*, cuya presencia da lugar á la sarna.

CAPITULO PRIMERO.

PITIRIASIS Ó ENFERMEDAD PEDICULAR.

La pitiriasis ó enfermedad pedicular se presenta bajo diferentes aspectos que varían segun sea la especie de piojo que la produce; en efecto, estos animales están lejos de ofrecer idénticos caracteres en todas las partes del cuerpo en que se los encuentra.

Hoy día se conocen tres especies de piojos que pueden vivir en la superficie de la piel del hombre, que son: el *piojo de la cabeza*, el *piojo del cuerpo* y el *piojo del púbis*.

1.º El piojo de la cabeza (*pediculus capitis*) es de color ceniciento y tiene los lóbulos ó articulaciones del abdómen redondeados. Es frecuente, sobre todo en los niños, y dá á conocer su presencia por una ligera comezon que siempre obliga al individuo á rascarse un poco.

Cuando el número de estos animales es muy considerable, puede determinar una irritacion del cuero cabelludo y una produccion de pústulas y de costras impetiginosas; hay tambien una variedad de impétigo, el *impétigo granulata*, que va constantemente acompañado de piojos, de modo que en estos casos muchas veces es imposible decir si es el impétigo el que atrae á los piojos, ó si son los piojos los que determinan el impétigo.

En los casos en que los piojos son muy numerosos, la ca-

beza se halla casi constantemente bañada por una secrecion húmeda y viscosa que aglutina los cabellos. Al mismo tiempo no es raro ver, por efecto de la inflamacion local, pústulas de ectima y forúnculos, que se desarrollan en la superficie del cuero cabelludo y hasta formarse verdaderos abscesos en el tejido celular sub-yacente. Estos abscesos se abren espontáneamente y se cubren de costras amarillas; sucede algunas veces que cuando se levanta una de estas costras, se encuentra que la cavidad del absceso está llena de piojos.

Muchos autores, que han referido ejemplos de esta especie, han explicado la presencia de esos parásitos por medio de la generacion espontánea. Nosotros no creemos que pueda admitirse esta hipótesis en el estado actual de la ciencia, y hasta ahora no se ha probado de un modo suficiente, que los animales de especie inferior se engendren espontáneamente y por una generacion diferente de la que preside á la produccion de los seres de orden mas elevado. Además, al querer dar la explicacion de esos hechos, no se ha tenido en cuenta la rapidez con que se reproducen los piojos, y es preciso decir que en ciertos sujetos se multiplican con una facilidad tan asombrosa, que es imposible conocer el modo como se producen.

El piojo de la cabeza abandona raras veces el cuero cabelludo, en el que deposita sus huevos, llamados *liendres*, bajo la forma de unas pequeñas granulaciones grises y redondeadas, que se adhieren fuertemente á los cabellos; no obstante, muchas veces se encuentran en la nuca, pero raras veces bajan hasta la barba.

2.º El piojo del cuerpo (*pediculus vestimentorum seu corporis*) es de color blanco, sin manchas y presenta las articulaciones del abdómen menos salientes que las del piojo de la cabeza; su volúmen es bastante considerable y se reproduce con una rapidez mas grande aun que la especie precedente. Se encuentra en todos los puntos del cuerpo que no se hallan cubiertos por muchos pelos, y tambien se le observa frecuentemente en los pliegues de los vestidos, sobre todo en el cuello de la camisa.

Este parásito se desarrolla especialmente en los individuos de mucha edad y en los que viven en malas condiciones higiénicas, si bien la clase ascada no se halla al abrigo de él; historia pudiera suministrarlos mas de un caso célebre.

No nos estenderemos mas acerca de los accidentes causados por el piojo del cuerpo, porque los hemos indicado suficientemente al tratar de la historia del prurigo pedicular.

3.º El piojo del púbis (*pediculus pubis*) cuyo nombre vulgar de *ladilla* es conocido de todo el mundo, mas achatado que las dos especies precedentes, tiene el cuerpo redondeado y ancho, y el corselete muy corto, el cual se confunde con el abdomen. No pulula solamente en el púbis, sino que tambien se le encuentra en todas las partes en donde hay pelos, por ejemplo, en el pecho de los hombres velludos, en los sobacos, en las cejas y hasta en las pestañas.

Presenta de particular este piojo el adherirse fuertemente á la piel, en la que se fija por medio de sus chupadores, escogiendo la base de los pelos, lo cual hace que algunas veces se perciban con dificultad. Manifiesta su presencia por comezones y una erupcion particular que consiste en unas pequeñas manchas rojas, revestidas en su superficie por una pequeña costra del mismo color. Esta variedad de piojo no se multiplica con tanta facilidad como las precedentes.

Para hacer desaparecer los piojos de la cabeza, es preciso empezar por cortar los cabellos lo mas corto posible, y despues espolvorear el cuero cabelludo con polvos de estafisagria ó bien practicar uniones con una pomada mercurial.

No es raro en los niños ver pulular los piojos con una gran tenacidad, durante la convalecencia de una larga enfermedad; parece que entonces es imposible destruir todos los huevos; en tal caso, es preciso cambiar las condiciones higiénicas y levantar sus fuerzas por medio de un tratamiento general.

Los piojos del cuerpo desaparecen con facilidad por medio de baños sulfurosos ó de fumigaciones de cinabrio; se destruyen aun con mas prontitud, empleando simultáneamente polvos de estafisagria.

Si el desarrollo de los piojos depende, al parecer, de un estado general, se procurará modificar profundamente la constitucion; es verdad que á menudo es difícil obtenerlo, y la historia nos da cuenta de muchos personajes famosos que han sucumbido sin poderse librar de esta triste enfermedad.

Los piojos del púbis, se destruyen fácilmente por medio de fricciones mercuriales ó lociones de sublimado.

CAPITULO II.

SARNA.

La sarna es una enfermedad cutánea caracterizada por erupciones de diferentes especies, acompañadas de comezones y producidas por la presencia de un insecto particular designado con el nombre de *acarus*.

La sarna parece ser tan antigua como el mundo, y en efecto, si consultamos los textos hebreos, encontraremos en ellos la descripcion de una enfermedad contagiosa que parece ser la afeccion parasitaria que nos ocupa ahora. Hipócrates, nos ha dejado una descripcion de la psora, y Aristóteles ha descrito, bajo el mismo nombre, una enfermedad contagiosa por medio del contacto.

Entre los latinos, Plinio el Naturalista y los poetas satíricos de su época, se hablaba de una enfermedad que se adquiria por el contacto y vemos tambien que, muchos historiadores, entre otros Quinto-Curzo, han hecho igualmente mencion de ella. No obstante, es preciso llegar hasta los árabes para encontrar una buena descripcion de esta enfermedad; Rhazes y Averrhoes la han descrito de un modo imposible de desconocerla, y en los escritos de este último autor es donde por primera vez se hace mencion de la existencia de un animal particular: *Oriuntur parva animalcula*, dice en cierto pasaje, y despues añade: *Exeunt animalia tam parvumcula quam vix videri possint*.

Ambrosio Pareo, menciona este insecto con el nombre de

ciron de la sarna, y Rabelais, habla del mismo en su *Patagrúel* (1). Un autor italiano, Cestoni, en 1787, nos ha dejado una descripción muy semejante. Linneo indica igualmente la presencia del ciron de la sarna, pero, cosa singular, que debemos aquí mencionar; lo considera como idéntico con el gusanillo de la harina, y hasta dice que las nodrizas comunican muchas veces la sarna á los niños que crían, espolvoreando sus nalgas con harina. Mas tarde, algunos autores alemanes, entre otros Wichmann, han dado del *acarus* descripciones bastante exactas.

A pesar de todas esas descripciones, el *acarus* de la sarna era mal conocido, y su existencia era puesta en duda por la mayor parte de los médicos, cuando en 1812, un interno de farmacia del hospital de San Luis, Gales, pretendió haber descubierto el *acarus* de la sarna, y enseñó insectos que dijo haber encontrado en los sarnosos. Deseosos de conocer este parásito, los médicos del hospital de San Luis, entre otros Lugol, practicaron repetidas investigaciones, pero no llegaron á ningun resultado; esto dependia de que buscaban el *acarus* en las vesículas.

La memoria de Gales fué coronada por el Instituto, cuando M. Raspail vino á acusar á su autor de impostura, y pretendió que los insectos presentados y descritos por aquel, no eran otra cosa mas que gusanos del queso. A esa grave acusacion y á los numerosos ataques de M. Raspail, Gales jamás respondió, y tan obstinado silencio, unido á la pretension de haber descubierto el *acarus* en donde no existe, esto es, en las vesículas, dan al parecer la razon á M. Raspail. Pero es lo cierto que, á datar de esta época, la cuestion pareció definitivamente resuelta, teniéndose como una fábula la existencia de parásitos en la sarna.

Así las cosas, un estudiante de medicina de Córcega, M. Renucci, probó en 1834, de un modo evidente, en la clínica de Alibert, la existencia del *acarus*; demostrando que en su

(1) Filósofo epicureo que figura entre los personajes del libro de Rabelais.

pais, en que dicha afeccion es muy frecuente, este insecto era muy conocido de toda la clase pobre; que para buscarle, las madres esponian a sus niños al sol y estraiian el animalito con la punta de un alfiler, matándole luego entre sus uñas. Al mismo tiempo hizo un señalado servicio, llamando la atencion acerca del surco característico, y demostrando la existencia del acarus en una de sus estremidades.

Desde esta época, nadie dudó de la naturaleza parasitaria de la sarna; y un número bastante grande de autores han esclarecido despues la historia de esta afeccion. Entre los trabajos mas notables, mencionaremos los de MM. Albin-Gras Aube, Hebra (de Viena), y mas recientemente, los de M. Bourguignon y de M. Lanquetin, que ha dado noticias muy interesantes acerca de las costumbres del acarus. Con la ayuda de esos datos y de los trabajos terapéuticos que hemos emprendido juntamente con M. Bazin, nos será posible demostrar que la sarna es, hoy dia, una de las afecciones mejor conocidas, no solo en su naturaleza, si que tambien en su tratamiento.

La sarna se manifiesta en su principio por comezones que, siendo primero locales y limitadas al vientre ó a las manos, no tardan despues en hacerse generales. Ordinariamente faciles de soportar, adquieren, al cabo de cierto tiempo, una intensidad bastante grande para fatigar a los enfermos y ocasionarles el insomnio; por la noche es cuando las comezones se hacen insoportables, cuya recrudescencia se explica por las costumbres del acarus que es noctámbulo, y espera que sea de noche para salir de sus surcos. En ciertos sujetos, cesan las comezones despues de algunas horas de permanencia en la cama, y se reproducen por la mañana con una nueva intensidad; es raro que se hagan sentir durante el dia.

Juntamente con las comezones que anuncian la sarna, se ven aparecer diversas erupciones. La mas frecuente de todas ellas es, sin duda, el *prurigo*; en este caso, tiene éste sus sitios de predileccion y afecta especialmente los antebrazos, la parte anterior del abdomen y la cara interna de los muslos.

Segun las apreciaciones estadísticas que hemos hecho en nuestras salas, de cien sarnosos se encuentran noventa y nueve afectados por el prurigo.

Después de esta última afección, la lesión que acompaña mas constantemente á la sarna, es una erupcion de vesículas aisladas, ligeramente puntiagudas, y de volumen igual al de una cabeza gruesa de alfiler. Se encuentran, sobre todo, en las manos, en la cara lateral de los dedos y en las comisuras interdigitales; tambien pueden manifestarse en los piés. Segun los partidarios de Willan, las vesículas constituyen el elemento anatómico-patológico de la sarna; pero, cuando menos, de cada diez sarnosos, hay uno que no presenta esta erupcion.

El *ectima* es, juntamente con el prurigo y las vesículas, una de las erupciones que se manifiestan mas frecuentemente en la sarna, y se encuentra particularmente, cuando existe, en los piés y en las nalgas. Es, para nosotros, tan constante encontrar esas pústulas anchas, redondeadas y circunvaladas por una areola rojiza, bajo la influencia de la sarna, que la existencia del *ectima*, sobre todo en los sitios que acabamos de indicar, anuncia de un modo casi cierto la existencia del *acarus*. En efecto, de cada veinte casos de *ectima*, diez y nueve reconocen por causa á la sarna. En los niños de pecho existe especialmente en las nalgas, y este hecho se explica fácilmente por la costumbre que tienen las nodrizas de llevar los niños en sus brazos, y por el punto de partida de la enfermedad.

Por lo demás, estas erupciones adquieren todas una intensidad tanto mas grande, quanto mas antigua sea la sarna.

Las precedentes erupciones no son las únicas que acompañan á la sarna; se ven aparecer tambien *forúnculos* y hasta verdaderos *abcesos*; es mas raro el desarrollo del *liquen*, del *eczema* y del *impetigo*. En estos últimos casos, bueno es saber que el *acarus* no es el que ha determinado el herpes, sino que solamente obra como un cuerpo irritante y determina, por su presencia, la manifestacion de una diatésis preexistente.

Para terminar la sintomatología de la sarna, solo nos queda dar á conocer sus dos caracteres fundamentales y patognomóni-

cos, que son el *acarus* y el *surco* que este parásito ha practicado.

El *acarus scabiei* es un pequeño insecto de la clase de los Arácnidos, familia de los Acáridos, llamado Arador, que tiene cerca de un tercio de milímetro de largo y un cuarto de ancho. Su cara superior, generalmente es convexa y rugosa y está armada de pelos que se levantan y le impiden retroceder hácia atrás, cuando se halla encajado en el surco. Su cara inferior presenta ocho patas; las cuatro anteriores están armadas de chupadores en los dos sexos, y las cuatro posteriores se hallan guarnecidas de pelos en la hembra, mientras que en el macho dos solamente presentan estos apéndices; el último par tiene un ambulaero que debe servir sin duda para fijar al animal durante la cópula. La estremidad anterior está armada de una especie de ventosa.

En la hembra, cuyo volúmen, como en todos los animales de especie inferior, es mas considerable que el del macho, se percibe fácilmente la hendidura anal en su estremidad posterior. En el macho, en lugar de esta hendidura se ven unos apéndices que deben constituir los órganos de la generacion.

El macho, como acabamos de decirlo, es mucho mas pequeño que la hembra; pero no tiene las mismas costumbres; así que, mientras la hembra se abre un surco en el punto en que vive, el macho viaja libremente por la superficie de la piel, ocultándose muchas veces debajo de las costras de ectima ó de prurigo; por esto es mucho mas difícil de encontrar, y su descubrimiento solo se remonta á algunos años.

El *surco* característico de la sarna se presenta bajo el aspecto de una pequeña línea ordinariamente sinuosa, que tiene, con bastante frecuencia, la forma de una coma, de una S, ó de una herradura; habitualmente es gris, pero algunas veces se presenta de color blanco ó cubierta de puntos negros, que muy hipotéticamente se han atribuido á los excrementos del *acarus*; es muy raro encontrar surcos, cuya direccion sea la de una línea recta. Su longitud es muy variable, algunas veces solo tienen 5 ó 6 milímetros; raras veces pasan de un centímetro. En algunos casos escepcionales se han observado, no

obstante, algunos surcos que tenían 3 centímetros de largo.

Es muy importante saber en qué partes de la cubierta cutánea deben buscarse los surcos. Se encuentran especialmente en las manos, en las partes laterales de los dedos, y en la cara anterior de la muñeca: en las mujeres, que generalmente tienen la epidérmis mas fina, algunas veces se encuentran algunos en la palma de la mano. Por último, pueden encontrarse en los sobacos, en las nalgas, en las inmediaciones de los malleolos ó cerca de los dedos.

Las mujeres presentan, con bastante frecuencia, los surcos en los pechos, alrededor del pezón, y entonces, comunmente se desarrollan pústulas bastante gruesas y hay una complicación del eczema. En los hombres, es muy comun encontrar surcos en la cubierta del pene y en el glande; en este caso, descansan sobre una pequeña eminencia que simula una gruesa pápula: esto es debido á que, en estos puntos, el tejido celular es bastante laxo y la irritación, producida por la picadura del acarus, determina un aflujo de líquidos.

Si se examina un surco con alguna detención, se observan en él dos estremidades; una que está abierta, por la cual ha penetrado el acarus, y otra que está cerrada y presenta un punto blanco; este punto blanco es el acarus. Para extraerlo se destruye el surco con la punta de un alfiler, introducido en el sentido de la longitud del surco, luego se pasa rasando la estremidad del instrumento por la galería abierta, y se separa un pequeño punto de color blanco gris, que no es otra cosa mas que el acarus. Con un poco de hábito, se le reconoce fácilmente á simple vista, y por medio de un lente se puede distinguir, en el mismo, una estremidad negra que es la cabeza. Si la temperatura no es muy baja y se le calienta con el aliento, se pueden verle ejecutar movimientos, despues de haberle colocado en un plano mas oscuro. Por último, si se coloca en el campo del microscopio, puede ser examinado hasta en todos sus detalles.

Las relaciones que existen entre el surco y la vesícula, son muy variables; algunas veces, esta última, ocupa la estremi-

dad de un surco; en otros casos, el surco parece que se ha abierto en la pared superior de la vesícula; en fin, tampoco es raro ver estos dos elementos aislados y completamente independientes el uno del otro. Cuando existe el ectima, el surco puede igualmente encontrarse en el espesor de la epidérmis elevada por el pus.

La sarna tiene un período de incubación que es muy variable; no obstante, ordinariamente al cabo de cuatro, cinco, ocho ó diez días después del contagio, es cuando las comezónes empiezan á manifestarse. A medida que se multiplican los parásitos, estas aumentan de intensidad, pero, en general, solo después de quince días ó tres semanas, se ven aparecer las erupciones concomitantes debidas á la presencia del acarus.

Estas diversas complicaciones, ligeras al principio, se pronuncian tanto más, cuanto es más antigua la sarna, y al cabo de cierto tiempo, concluyen por enmascarar completamente los caracteres primitivos de la afección. Dichas complicaciones persisten ó se agravan hasta que se hace uso de un tratamiento conveniente, aunque, en ciertos casos, una enfermedad intercurrente puede detener su curso. Así es que, durante el curso de una bronquitis aguda, de una neumonía, de una fiebre tifoidea ó de cualquiera otra enfermedad de larga duración, las erupciones disminuyen de intensidad, hasta desaparecen completamente, las comezónes se calman, y los parásitos, ocultos en sus surcos, cesan en su trabajo de perforación.

En ciertos casos, la curación puede ser definitiva; pero, en general, durante la convalecencia, aun en los casos en que esta no empieza hasta después de seis semanas, se despiertan las comezónes, los surcos se reproducen, las erupciones renacen, y si entonces se examinan los parásitos, se vé que están más adelgazados, más aplanados, como si hubiesen ayunado durante algún tiempo; pero no tardan en adquirir su volumen ordinario.

El diagnóstico de la sarna es ordinariamente fácil. Es preciso saber, sin embargo, que esta enfermedad comprende dos cosas distintas: el acarus, causa primitiva de la afección, y las

erupciones concomitantes, que son el resultado de su presencia; el diagnóstico de la sarna debe, pues, descansar principalmente en la investigación del acarus y del surco.

Si un individuo acusa, durante algunos días, comezneso que son mas intensas por la noche y por la mañana, y que han sobrevenido á consecuencia de un contacto sospechoso, hay que pensar inmediatamente que pueden ser causadas por la sarna. Esta suposicion adquirirá mas fuerza, si se observan las erupciones que, por su sitio y por su naturaleza, son habitualmente propias de la sarna, por ejemplo, el prurigo del vientre ó de la cara interna de los muslos. El diagnóstico será aun mas probable, si se producen vesículas aisladas en la cara interna de los dedos y si se desarrolla el ectima en las manos y en los piés. No obstante, solo la existencia del surco denotará con certitud la presencia del parásito; este signo es tan característico, que no hay necesidad de encontrar el acarus, cuya investigación será únicamente necesaria cuando los surcos deformados ofrecieran un aspecto dudoso.

Inútil es establecer el diagnóstico diferencial de la sarna. En efecto, no se trata de saber en que difiere la sarna del prurigo, del eczema, del liquen y de las demás erupciones que pueden complicarse con ella, sino que la cuestion consiste en saber si la sarna existe al mismo tiempo que estas afecciones.

Es preciso saber, que las erupciones concomitantes oscurecen siempre considerablemente el diagnóstico de la sarna, y que hasta, muchas veces, pueden hacerle completamente imposible. Al principio de la afeccion, los surcos son raros y difíciles de encontrar, y en ciertas épocas del año, por ejemplo, en el verano, su número es siempre menos considerable. En todos los casos en que existiera alguna duda, será bueno suspender el diagnóstico, pudiendo un exámen posterior conduir al descubrimiento de los surcos, mas francamente manifiestos.

El pronóstico de la sarna no ofrece ninguna gravedad; estamos lejos del tiempo en que se atribuia á un vicio particular susceptible de causar una repercusion en los órganos. Su carácter mas grave reside en su propiedad contagiosa.

Etiología. La sarna reconoce una causa única, el contagio. Los ejemplos de sarna espontánea, descansan en hechos difíciles de observar y mal interpretados por sus autores. Así que, uno de nuestros colegas del hospital de San Luis, asegura haberla visto desarrollarse en un enfermo al cabo de seis semanas de permanencia en la cama de las salas y al abrigo de todo contagio; haremos observar que la sarna podía existir á la entrada del enfermo en el hospital, pero con signos poco evidentes y tanto mas difíciles de comprobar, cuanto que la atención no se habia fijado en ellos: al principio de la convalecencia, las cómezones pudieron despertarse y producirse las erupciones concomitantes. Añadiremos igualmente que, en la observacion de nuestro colega, la existencia de la sarna está basada en la presencia de vesículas en la mano y en los espacios interdigitales, y sabemos que este signo es completamente insuficiente para anunciar la presencia del acarus.

¿Cuáles son las condiciones mas favorables para el desarrollo de la sarna? Estas causas residen especialmente en las estaciones, en las posiciones sociales y en los hábitos que estas llevan consigo.

La sarna es mucho mas frecuente durante el invierno que en el verano. Así, mientras que en el invierno se nos presentan en cada una de las consultas, que tenemos semanalmente en el hospital de San Luis, unos ochenta sarnosos próximamente, en el verano apenas llegan éstos á diez. Esto depende de que en las estaciones frias, los obreros duermen juntos, mientras que en el verano procuran estar mas aislados.

La influencia de las profesiones es tal, que en París se encuentra la sarna esclusivamente en la clase pobre. Solo accidentalmente se observa en la clase aseada. Por lo demás, afecta indistintamente á todas las edades; es mas rara en el sexo femenino.

De todos los modos como la sarna se contagia, y es el mas frecuente el acostarse con una persona afectada por esta enfermedad; en efecto, este modo de propagacion se observa diez y nueve veces en cada veinte. En los demás casos, la afección

cion se comunica por medio del contacto de las manos, con el uso, en los talleres, de instrumentos que han servido á un sarnoso, ó mejor aun, dándose la mano uno á otro.

Las nodrizas comunican igualmente la sarna á sus niños, por medio de la mano con que los sostienen, así que, en ellos, principia ordinariamente la afeccion en las nalgas. Por último, para terminar, diremos que esta enfermedad parasitaria puede manifestarse despues de haber estado un individuo acostado entre sábanas que estuvieron en contacto con un sarnoso, y nosotros la hemos visto desarrollarse á consecuencia de un viaje hecho en un carruaje público, en el que se estableció un contacto prolongado con individuos que la padecian.

Si procuramos darnos cuenta del modo como se propaga el acarus, veremos que, al principio, los surcos son raros en las manos, mientras que existen casi constantemente en el pene del hombre. En efecto, este último órgano es el que ordinariamente empieza á ser atacado por el acarus, el cual escita con las comezónes que causa, y obliga al enfermo á rascarse, propagándose de este modo á las uñas, de las cuales pasa á las partes laterales de los dedos y á la cara anterior de la muñeca; así se comprende perfectamente por qué la sarna se manifiesta primeramente en las partes centrales del cuerpo, y como se propaga de este punto á las estremidades.

¿La sarna de los animales puede comunicarse al hombre? Esta cuestion se ha resuelto por la negativa; en efecto, segun los trabajos de M. Bourguignon, el acarus de los animales no presenta los mismos caractéres que el del hombre, y no puede vivir en un terreno tan diferente. No obstante, no es raro ver individuos afectados por el prurigo despues de haber estado en contacto con perros ó gatos sarnosos; pero en todos estos casos, el parásito no se reproduce durante mucho tiempo en la superficie de la piel, su existencia es efímera y la curacion se efectúa siempre espontáneamente.

Hace ya algunos años que en París, los leones de una coleccion de fieras ambulante, fueron invadidos por la sarna, y los individuos que los cuidaban presentaron diferentes erup-

ciones. Según M. Bourignon, el acarus del leon es muy semejante al del hombre, pero no fué necesario emplear ningun remedio para hacerlo desaparecer.

Tratamiento. Para curar la sarna basta destruir el parásito que la produce, y hoy dia puede decirse que el tratamiento ha llegado á su última perfeccion, puesto que nosotros hemos reducido su duracion á *menos de dos horas*.

¿Deberá temerse, empleando un tratamiento tan rápido, que se produzcan accidentes internos ó se determine lo que se llama una *sarna retropulsa*? Sin titubear, responderemos negativamente; jamás la curacion de la sarna ha producido repercusiones en los órganos.

En los casos en que ha ido acompañada ó seguida de erupciones de naturaleza herpética, debe únicamente admitirse que ha obrado como causa ocasional, y que ha causado el desarrollo de una diátesis que mas tarde se habria manifestado. Es, pues, siempre inútil, dar una medicacion interna destinada á combatir el virus psórico; una vez destruido el parásito, las erupciones que dependen de él desaparecen ordinariamente por si mismas, con la mayor facilidad.

Es preciso establecer en el tratamiento de la sarna dos categorías, segun sea simple ó complicada; en este último caso, se combatirán las erupciones inflamatorias concomitantes por medio de los antiflogísticos, de las lociones emolientes ó de los baños generales. Al cabo de algunos dias, cuando la agudeza de las erupciones ha desaparecido casi completamente, se podrán emplear los agentes parasiticidas.

Los preparados empleados mas frecuentemente en el tratamiento de la sarna, son los compuestos sulfuro-alcalinos, las pomadas de base mercurial, las esencias, sobre todo, la de trementina; pero lo mas importante no es la composicion del agente parasiticida, sino el método con que se emplean las lociones ó las fricciones. En efecto, las fricciones siempre deben ser generales y algo fuertes, de modo que los surcos queden destruidos á fin de que ninguno de los parásitos escape á la accion de la medicacion. Por esta razon, las recidivas de la

sarna eran en otro tiempo tan frecuentes, puesto que los médicos prescribían únicamente fricciones parciales en los puntos en que observaban que había vesículas.

Desde que M. Bazin estableció la necesidad de las fricciones generales, la curación de la sarna es más pronta y segura, y con este método pudo reducir á dos ó tres días la permanencia de los enfermos sarnosos en las salas del hospital.

Nosotros hemos hecho más aun; hemos establecido en el hospital de San Luis un tratamiento que permite curar la sarna en el espacio de *una hora y media*, tratando de este modo á los enfermos sin admitirlos en el hospital.

Este tratamiento comprende tres partes. En la primera, que dura media hora, los enfermos son frotados desde la cabeza hasta los piés con jabón negro; de este modo se separa de su cuerpo toda la porquería pegada á la piel. Después de esta fricción preparatoria, se introducen durante media hora en un baño simple, que reblandece su epidermis, practicando luego una fricción general con una pomada parecida á la de Helmerich, que hemos modificado, según la fórmula siguiente, á fin de hacerla menos irritante.

Manteca.....	300 gramos.
Azufre.....	50 —
Sub-carbonato de potasa.....	25 —

Como se vé, esta pomada contiene un sexta parte de azufre y una duodécima de sub-carbonato de potasa.

Los enfermos conservan la pomada hasta el día siguiente, de modo que se establece un contacto prolongado que concluye por destruir todos los parásitos, y sirve, al mismo tiempo, para desinfectar los vestidos. La desinfección de estos últimos, se puede obtener más fácilmente por medio de fumigaciones sulfurosas, ó bien haciendo llegar simplemente sobre los vestidos un aire de temperatura elevada, puesto que los animales inferiores no pueden soportar generalmente una temperatura superior á 80 grados.

En la práctica particular, es difícil seguir este tratamiento; en este caso, se pueden practicar fricciones con esencias dilui-

das en agua ó en la glicerina (*glicerina, 200 gramos; esencia de menta ó de espliego, 3 ó 4 gramos*), ó mejor aun, como nosotros acostumbramos á hacerlo, se pueden prescribir dos fricciones, hechas con doce horas de intervalo, con la pomada sulfuro-alkalina, cuya fórmula hemos dado anteriormente.

En todos estos diversos medios de tratamiento, lo esencial es siempre recurrir á las fricciones generales para alcanzar á todos los parásitos en cualquiera punto en que pudieran existir.

Como lo hemos dicho ya, todas las complicaciones de la sarna desaparecen despues de la destruccion del acarus; sin embargo, se puede facilitar su curacion por medio de baños simples ó bien adicionados con salvado ó almidon para hacerlos emolientes. Con estos medios, se consigue siempre la curacion de las erupciones que acompañan á la sarna, pero no siempre se obtiene la desaparicion de las comezons; hay individuos en que persisten por espacio de semanas, y hasta meses enteros, y algunas veces no se consigue calmarlas á pesar del uso de baños simples ó del empleo de baños alcalinos.

FIN.

INDICE.

	Páginas.
PRÓLOGO DE LA PRIMERA EDICION...	V.
PRIMERA CLASE.—Máculas y deformidades de la piel	1
<i>Deformidades del aparato pigmentario</i>	2
1.º Aumento de la coloracion	2
Nævus pigmentarios	2
Lentigo	3
Efélides	4
Nigrícia	5
2.º Decoloraciones	7
Albinismo	8
Vitiligo	8
<i>Deformidades del aparato vascular</i>	9
Manchas vinosas	9
Nævus vasculares	10
Tumores fungosos sanguíneos	11
<i>Deformidades de los folículos sebáceos</i>	11
Acné miliaris	12
Molluscum	12
<i>Deformidades de las papilas de la piel</i>	14
Verrugas	14
<i>Deformidades de la epidermis</i>	14

Ictiosis.....	15
Deformidades del dérmis.....	17
Queloides.....	17
SEGUNDA CLASE.—Enfermedades cutáneas	
accidentales.....	19
CAPÍTULO I.—Eritema.....	20
§. 1.º— <i>Eritemas por causa local.....</i>	23
Eritema simple.....	23
Eritema vesículo-pustuloso.....	24
Eritema intertrigo.....	25
§. 2.º— <i>Eritemas con fenómenos generales.....</i>	26
Eritema papuloso.....	26
Eritema nudoso.....	28
Eritema escarlatiniforme.....	30
Eritema mamelonado.....	32
Eritema producido por el copaiva.....	33
§. 3.º— <i>Eritemas sintomáticos y secundarios.....</i>	33
Eritema liso.....	34
Eritema paratrimo.....	34
Eritema pernion ó sabañon.....	35
CAP. II.—Urticaria.....	36
Urticaria simple.....	37
Urticaria tuberosa.....	39
Urticaria edematosa.....	39
Etiología de la urticaria.....	42
Tratamiento de la urticaria.....	44
Naturaleza de la urticaria.....	45
CAP. III.—Ectima.....	47
§. 1.º— <i>Ectima agudo.....</i>	48
1.º Ectima simple.....	48
Diagnóstico.....	50
Pronóstico.....	52
Etiología.....	52
Tratamiento.....	53

2.ª	Ectima gangrenoso.....	54
§. 2.ª	—Ectima crónico.....	55
1.ª	Ectima infantil.....	55
2.ª	Ectima caquético.....	56
CAP. IV.	—Zona.....	60
72	Zona gangrenosa.....	61
82	Diagnóstico de la zona.....	63
92	Pronóstico de la zona.....	64
68	Etiología de la zona.....	64
70	Tratamiento de la zona.....	65
80	Naturaleza de la zona.....	66
CAP. V.	—Estrófulo.....	67
§. 1.ª	—Estrófulo simple.....	67
10	Denominaciones diferentes con las que es conocido por los patólogos.....	68
§. 2.ª	—Estrófulo pruriginoso.....	69
10	Etiología del estrófulo pruriginoso.....	72
60	Tratamiento del estrófulo pruriginoso.....	73
CAP. VI.	—Prurigo.....	74
§. 1.ª	—Variedades segun la intensidad.....	76
20	Prurigo mitis.....	76
20	Prurigo formicans.....	76
§. 2.ª	—Variedades segun la causa.....	77
1	Prurigo de la sarna.....	78
21	Prurigo pedicular.....	78
21	Prurigo ligado al estrófulo.....	79
21	Prurigo ligado á una neurósis de la piel.....	79
§. 3.ª	—Variedades segun el sitio.....	80
30	Prurigo podicis.....	80
10	Prurigo scroti.....	81
20	Prurigo pudendi muliebris.....	81
80	Curso del prurigo.....	82
10	Diagnóstico del prurigo.....	82
20	Pronóstico del prurigo.....	82

	Causas del prurigo.....	83
	Tratamiento del prurigo.....	83
CAP. VII.—Acné.....		85
§. 1. ^o —Especies de acné debidas á una hipersecre-	cion de la materia sebácea.....	86
1. ^o Acné punteada.....		87
2. ^o Acné varioliforme.....		89
Etiología del acné varioliforme.....		91
Tratamiento del acné varioliforme.....		93
3. ^o Acné sebácea fluente.....		94
4. ^o Acné sebácea concreta.....		96
5. ^o Acné sebácea córnea.....		99
§. 2. ^o —Especies de acné debidas á una inflamación	de los folículos.....	101
1. ^o Acné simple.....		102
2. ^o Acné indurada.....		102
3. ^o Acné rosácea.....		104
4. ^o Acné hipertrófica.....		105
Curso del acné.....		405
Diagnóstico del acné.....		406
Pronóstico del acné.....		108
Etiología del acné.....		108
Tratamiento del acné.....		111
CAP. VIII.—Pémfigo.—Pémfigo solitario.....		114
§. 1. ^o —Pémfigo agudo.....		118
1. ^o Pémfigo de los adultos.....		118
2. ^o Pémfigo de los recién-nacidos.....		119
§. 2. ^o —Pémfigo crónico.....		120
1. ^o Pémfigo ampoloso sucesivo.....		120
2. ^o Pémfigo foliáceo.....		121
3. ^o Pémfigo pruriginoso.....		122
Complicaciones del pémfigo.....		123
Diagnóstico del pémfigo.....		124
Pronóstico del pémfigo.....		126

100	Etiología del pémgigo.....	126
101	Tratamiento del pémgigo.....	127
TERCERA CLASE.—Enfermedades parasitarias		
	rias.....	428
CONSIDERACIONES GENERALES.....		
		128
PRIMERA SECCION.—Enfermedades cutáneas producidas por los parásitos vegetales.....		
		132
CAPÍTULO I.—Favus.....		
		132
70	Favus ureeolar.....	135
	Favus escutiforme.....	135
80	Favus escuarroso.....	135
	Alteraciones microscópicas.....	136
	Diagnóstico del favus.....	138
00	Pronóstico del favus.....	139
00	Etiología del favus.....	140
00	Tratamiento del favus.....	141
CAP. II.—Tricofitia.....		
		144
17	De la palabra herpes y de las enfermedades	
17	diversas á que se ha aplicado esta pa-	
17	labra.....	145
27	Historia de la tricofitia.....	148
17	Tricofitia circinada.....	151
07	Tricofitia tonsurante.....	152
07	Tricofitia sicósica.....	152
27	Herpes iris.....	153
07	Alteraciones microscópicas.....	154
00	Diagnóstico de la tricofitia.....	157
20	Pronóstico de la tricofitia.....	158
	Etiología de la tricofitia.....	158
	Tratamiento de la tricofitia.....	159
CAP. III.—Pórrigo decalvante ó pelada.....		
		160
	Alteraciones microscópicas.....	163
	Diagnóstico del pórrigo decalvante.....	163

28	Pronóstico del pórriigo decalvante	164
27	Etiología del pórriigo decalvante	164
	Tratamiento del pórriigo decalvante	164
CAP. IV.—Grasas parasitarias 165		
28	Sinonimia	165
	Alteraciones microscópicas	166
	Diagnóstico	167
27	Pronóstico	167
28	Etiología	167
28	Tratamiento	167
28	Naturaleza de las pitiriasis que gozan de	
28	color	168
SEGUNDA SECCION.—Enfermedades cutáneas		
producidas por los parásitos anima-		
les 169		
CAPÍTULO I.—Pitiriasis ó enfermedad pedicular 169		
14	Piojo de la cabeza	169
14	Piojo del cuerpo	170
	Piojo del púbis	171
	Tratamiento	171
CAP. II.—Sarna 172		
24	Historia	172
12	Sintomatología	174
22	Del acarus	176
22	Del surco	176
23	Diagnóstico de la sarna	178
24	Pronóstico de la sarna	179
25	Etiología de la sarna	180
25	Tratamiento de la sarna	182
25 Etiología de la tricoftia	
25 Tratamiento de la tricoftia	
FIN DEL INDICE.		
180	—Pórriigo decalvante ó pelado	
181	Alteraciones microscópicas	
181	Diagnóstico del pórriigo decalvante	

ERRATAS MAS IMPORTANTES
DE LA PRIMERA PARTE.

Página.	Línea.	Dice.	Léase.
31	4	extenso	esterno
42	25	acumuladas	puntiagudas
53	28	disimula	simula
55	4	regiones	órganos
58	33	<i>nummular</i>	nummular
63	14	descarnacion	descamacion
96	7	desfoliacion	esfoliacion
119	26 y 27	2.º remedios gene- rales	2.º remedios locales
173	16	un caso favorable	un caso poco favo- rable.

DE LA SEGUNDA PARTE.

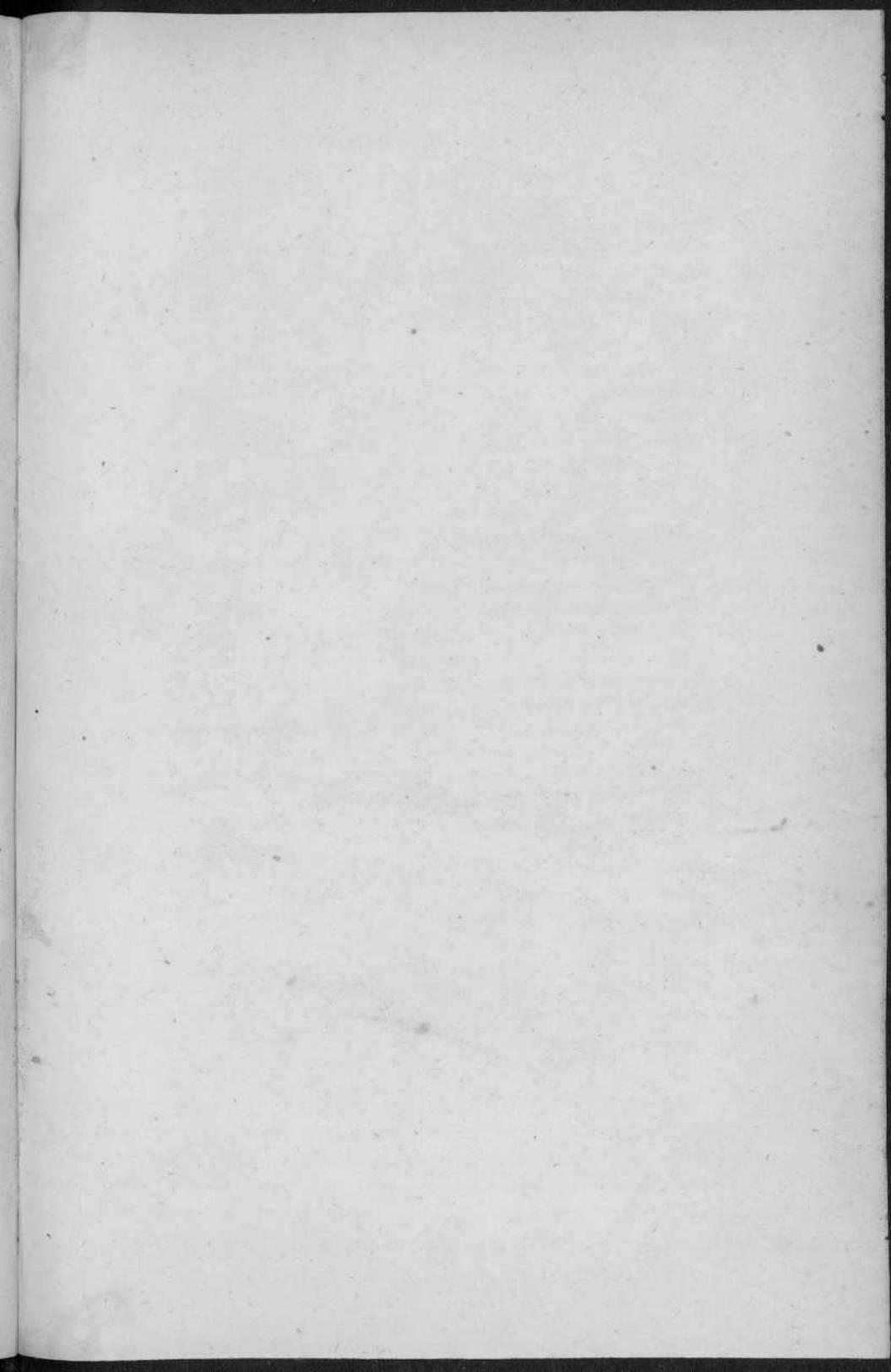
5	31	supra-venales	supra-renales
6	12, 17 y 23	id.	id.
8	15	en los ojos	en los objetos
49	17	nose haya agravado	se haya agravado
78	36	siempre difícil	siempre fácil
136	1	determinado	determinada
139	7	enfermedades pa- rasitarias	enfermedades no pa- rasitarias

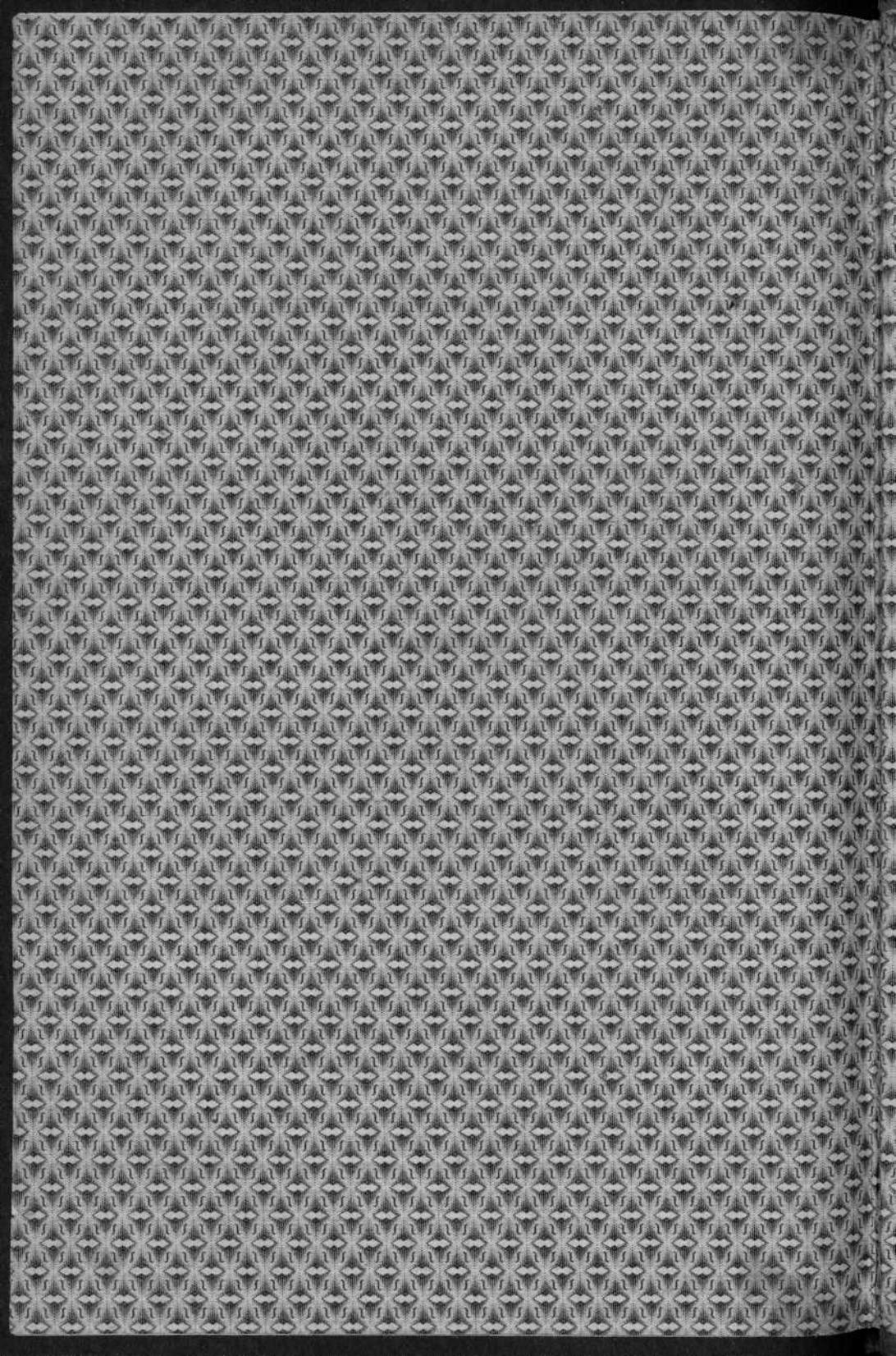
ERRATAS MAS IMPORTANTES
DE LA PRIMERA PARTE.

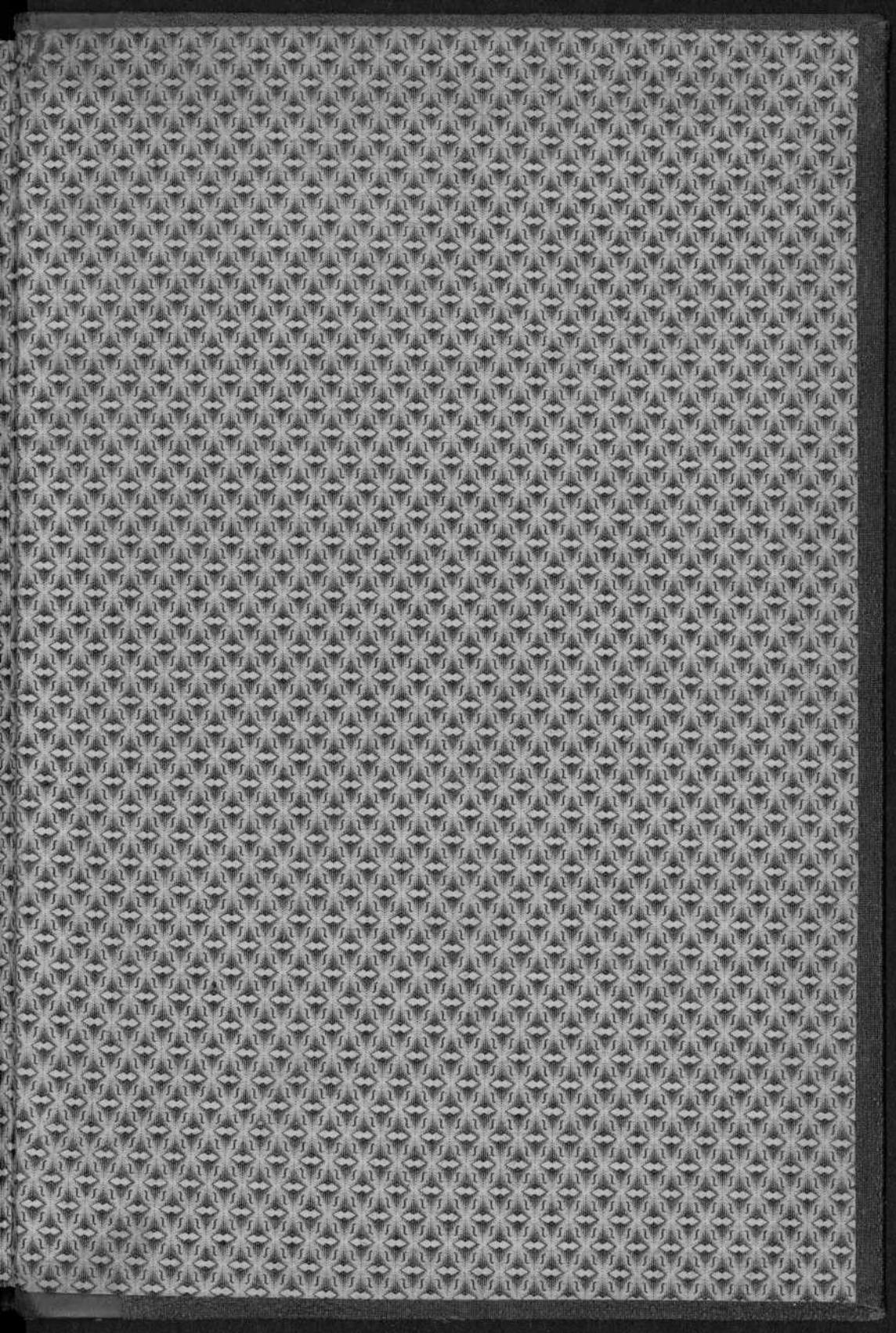
líneas	líneas	líneas	líneas
31	externo	4	externo
42	contingidas	25	contingidas
53	distintas	28	distintas
55	organos	4	regiones
58	numeral	33	numeral
63	determinacion	44	determinacion
97	estabilizacion	7	destabilizacion
119	2.º terminos locales	26 y 27	2.º terminos gene- rales
173	en caso favorable table	16	en caso favorable

DE LA SEGUNDA PARTE.

3	enfr-venales	31	enfr-venales
6	id.	12, 17 y 23	id.
8	en los objetos	13	en los objetos
49	se haya servado	17	no se haya servado
52	siempre difícil	36	siempre difícil
136	determinado	1	determinado
139	enfr-venales in- terestadas	7	enfr-venales in- terestadas

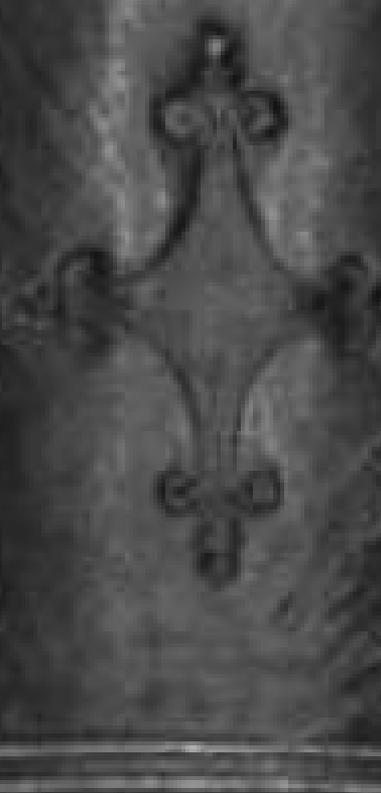






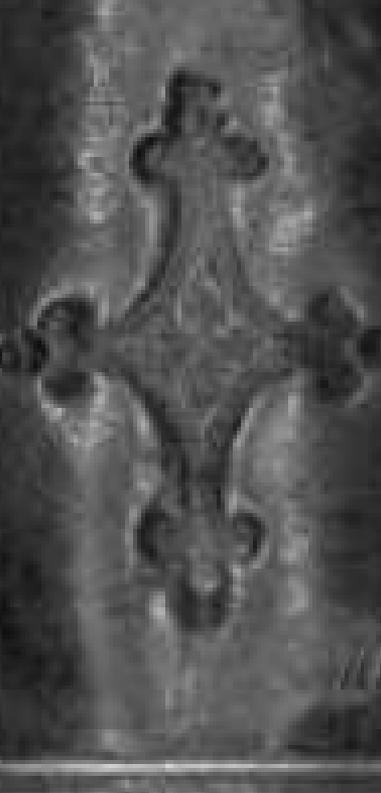
DE

15



HARDY

DERMATOLOGIA



15.941