

Quero 2.º/110

TRATADO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA PIEL

AJUSTADO Á LAS DOCTRINAS

DE M. BAZIN,

POR

EL DR. E. BAUDOT,
ANTIGUO INTERNO DEL HOSPITAL DE SAN LUIS:

TRADUCIDO

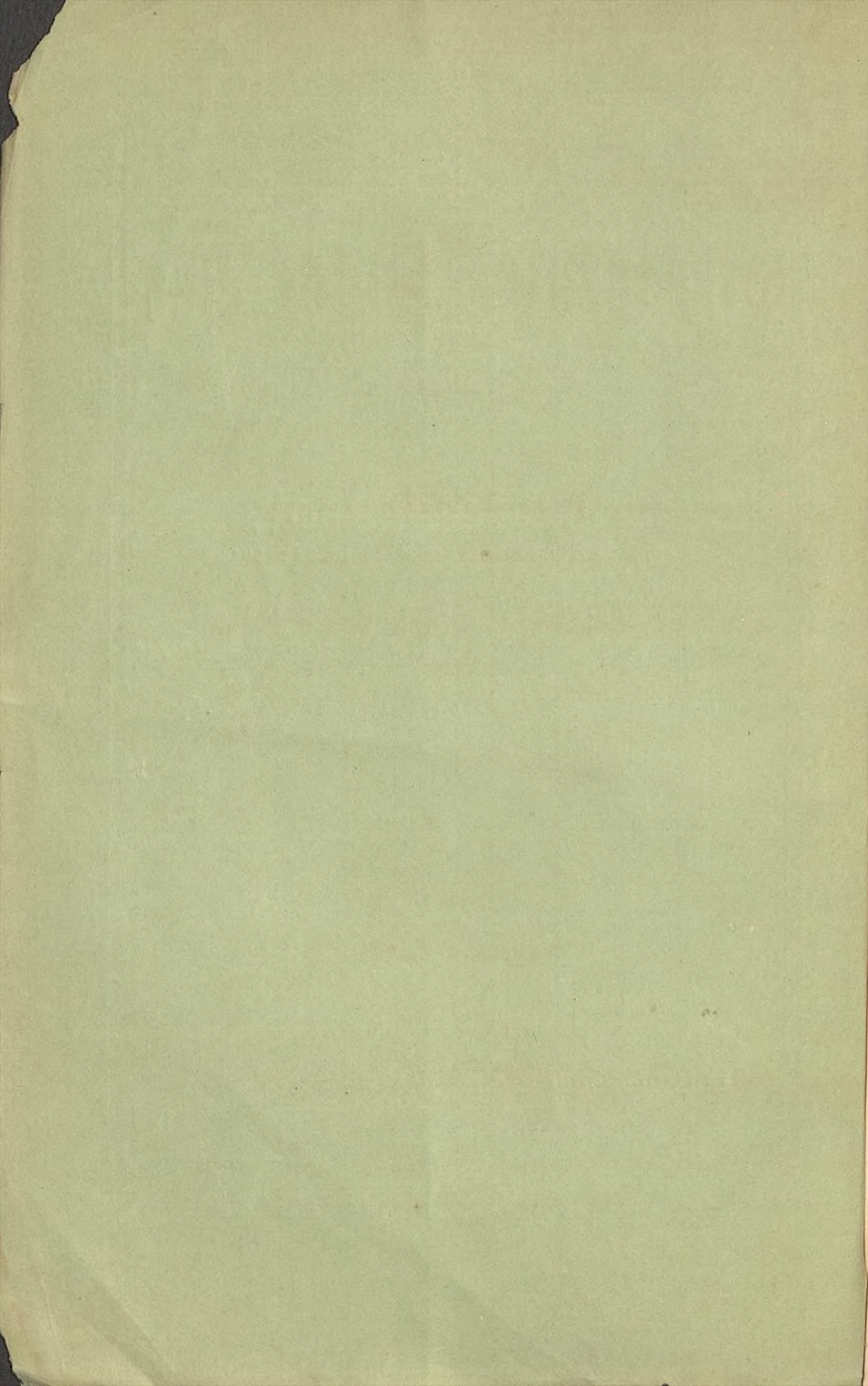
POR D. VICENTE SAGARRA Y LASCURAIN,
LICENCIADO EN MEDICINA,
EX-INTERNO POR OPOSICION, DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID,
ETC. ETC.



MOYA Y PLAZA,
LIBREROS DEL MINISTERIO DE FOMENTO,
DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA, DE LA DE MEDICINA DE MADRID,
DEPÓSITO HIDROGRÁFICO.
Carretas, 8.—MADRID.

1873.

2.529



25-3^a (611)

47-3093

4529

TRATADO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA PIEL.

ENFERMEDADES DE LA PIEL

TREATISE

Handwritten signature or scribble

TRATADO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA PIEL

AJUSTADO Á LAS DOCTRINAS

DE M. BAZIN,

POR

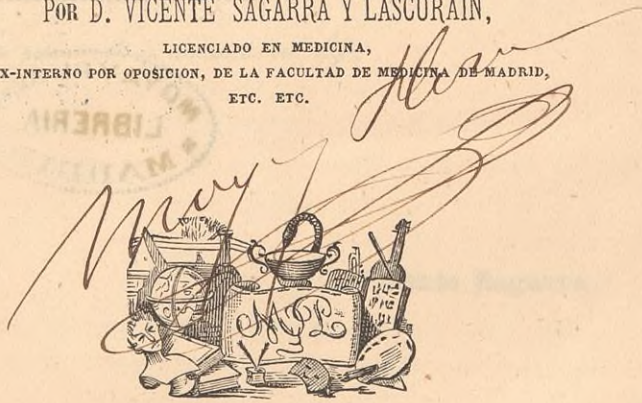
EL DR. E. BAUDOT,

ANTIGUO INTERNO DEL HOSPITAL DE SAN LUIS:

TRADUCIDO

POR D. VICENTE SAGARRA Y LASCURAIN,

LICENCIADO EN MEDICINA,
EX-INTERNO POR OPOSICION, DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID,
ETC. ETC.



MOYA Y PLAZA,

LIBREROS DEL MINISTERIO DE FOMENTO,
DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA, DE LA DE MEDICINA DE MADRID,
DEPÓSITO HIDROGRÁFICO.
Carretas, 8.—MADRID.

1873.

Esta obra es propiedad de los Señores MOYA Y PLAZA. Serán considerados como ilegales los ejemplares que carezcan del siguiente sello.



MADRID: 1873.

Establecimiento tipográfico de Eduardo Cuesta.—Rollo, 6, bajo.

PROLOGO DEL TRADUCTOR.

A MI PADRE.

A ti, que has contribuido á mi educacion con tus desvelos, padre queridísimo, te dedica este pequeño trabajo, infusa recompensa á tu cariño,

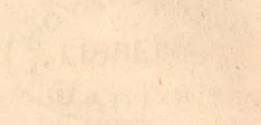
Tu reconocido y amantísimo hijo,

Vicente Sagarra.

A MI PADRE

Querido Padre
Recibe de tu hijo
un abrazo y un
saludo de tu hijo

Con amor y respeto



Vicente Ferrer

PRÓLOGO DEL TRADUCTOR.

Al publicar el *Tratado de las Afecciones de la piel*, nos hemos propuesto dar un libro de inmensa utilidad para la juventud escolar y aun para la clase médica en general.

Los escolares encontrarán en él las teorías mas aceptadas hoy en dermatología, pudiendo considerarle como un guia fiel para sus estudios, en defecto de las explicaciones que con tanta necesidad se hacen sentir de una especialidad como esta, tan poco conocida en España.

De la misma manera, los médicos tendrán en la presente obra un consultor para los casos prácticos que tan á menudo se presentan en el ejercicio de su profesion.

En una palabra, este libro encierra, en un pequeño volumen, todas las doctrinas de M. Bazin, doctrinas que en la obra clásica de este autor requerian mucho tiempo para poderlas estudiar; mientras que en esta con poco trabajo se consigue el mismo resultado.

Además, siendo las especialidades por sí tan útiles como interesantes, creo haber hecho un buen servicio, ó por lo menos tales han sido los deseos del que por espacio de algun tiempo viene dedicándose á esta clase de estudios.

V. SAGARRA.

PROLOGO DEL TRADUCTOR.

Al publicar el Tratado de las Afecciones de la piel, nos hemos propuesto dar un libro de inmensa utilidad para la juventud escolar y aun para la clase medica en general.

Los escritos encontrados en el las teorías mas aceptadas hoy en dermatología, pudiendo considerarse como un guia fiel para sus estudios, en defecto de las explicaciones que con tanta necesidad se hacen sentir de una especialidad como esta, tan poco conocida en España.

De la misma manera, los médicos tendrán en el presente obra un consultor para los casos prácticos que tan a menudo se presentan en el ejercicio de su profesion.

En una palabra, este libro, escrito en un pequeño volumen, todas las doctrinas de M. Bazin, doctrinas que en la obra clásica de este autor reproducian mucho tiempo para poderlas estudiar; mientras que en esta con poco trabajo se consiguen el mismo resultado.

Además, siendo las especialidades por sí tan útiles como interesantes, creo haber debido un buen servicio, ó por lo menos talos por sí los datos del que por espacio de algun tiempo viene dedicándose a esta clase de estudios.

PREFACIO DEL AUTOR.

Todo libro debe tener por objeto hacer conocer ideas nuevas ó propagar y vulgarizar opiniones ya emitidas: este segundo fin me he propuesto alcanzar publicando la presente obra.

M. Bazin ha emitido, en una enseñanza justamente célebre (1), y á la que debe la legítima reputacion que á su nombre va unida, un conjunto de ideas doctrinales y deducciones terapéuticas que han cambiado completamente la faz de la dermatología, pudiendo afirmarse que ha hecho experimentar á esta parte de las ciencias médicas mucho mas progreso en el espacio de algunos años que el que habian realizado en el trascurso de los siglos precedentes.

El ilustre médico del hospital Saint-Louis ha enriquecido sucesivamente la literatura dermatológica, desde 1850, con Tratados acerca de las afecciones artificiales, parasitarias, escrofulosas, artríticas, herpéticas, sifilíticas, genéricas de la piel; y en la actualidad el médico ó el alumno que desee conocer sus doctrinas se ve obligado á recorrer ocho tomos. Ahora bien; uno y otro retroceden con frecuencia ante semejante tarea.

He pensado que haria un verdadero servicio resumiendo las doctrinas de M. Bazin y permitiendo, de este modo,

(1) El Dr. M. Constantin Paul ha dicho en su leccion de apertura del Curso de clínica de la Charité: «M. Bazin, uno de los mas esclarecidos timbres de gloria de la clinica francesa, por su enseñanza, ha llegado á ser jefe de una escuela que puede llamarse clínica, en oposicion á la fisiológica y organícista».—(N. del A.)

al práctico ocupado y al discípulo conocerlas en breve tiempo.

Por otra parte, antiguo interno de M. Bazin, autor de una tesis inaugural en que he defendido las opiniones de mi maestro con esa energía que solo da la convicción de que se defiende la verdad, redactor del primer tomo de las lecciones sobre las afecciones genéricas de la piel, asiduo oyente de las clínicas del hospital Saint-Louis desde hace ocho años, me he identificado—por decirlo así—con las doctrinas de M. Bazin, y al difundir sus ideas, son las mías las que propago.

Por lo demás, M. Bazin es completamente extraño á la redaccion de esta obra, cuya publicacion tan solo ha aprobado y alentado, y unicamente yo soy responsable de todas las opiniones vertidas en ella.

Me he esforzado por hacer este Tratado tan completo y tan clásico como sea posible; espero que con él podrán poseer el médico y el alumno un perfecto conocimiento de las afecciones de la piel, y no dudo de que el exámen de los enfermos confirmará las opiniones enunciadas en él (1).

He consagrado la primera parte á consideraciones generales sobre la enfermedad, la afeccion, el síntoma, la lesion, las causas de las afecciones de la piel, los desarreglos funcionales y las lesiones cutáneas.

En la segunda he descrito las afecciones genéricas de la piel, es decir: el eritema, la roseola, el eczema, el líquen, etc. He considerado cada afeccion en sí misma é indicado sus caracteres generales, su marcha, su dura-

(1) Aconsejo vivamente á los médicos y á los alumnos sigan la visita de M. Bazin en el hospital Saint-Louis, todos los martes; se convencerán de que las doctrinas de este médico descansan en la observacion de los enfermos. Del mismo modo, les aconsejo visiten el Museo patológico creado por el inteligente director de la asistencia pública, M. Husson, con motivo de un regalo de láminas coloreadas hecho por M. Devergie, Museo donde M. Bazin ha depositado láminas y modelos, muchos de los cuales retratan con gran felicidad algunas afecciones especiales descritas en la presente obra. Este Museo está enriquecido además con otras piezas entregadas por MM. Hardy, Hillairet, Laillet, Guibout, A. Guerin.—(N. del A.)

cion, sus causas, su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento.

La tercera comprende la historia de las afecciones especiales, es decir, de las afecciones por causa interna y de las por causa externa; el lector encontrará aquí la descripción de las afecciones por causa mecánica (eritema solar, sabañón) de las provocadas no parasitarias, parasitarias y patológicas y de las afecciones sintomáticas de los pseudo-exantemas, de las enfermedades constitucionales (artritis, herpe, escrófula, sífilis), de las enfermedades diatésicas.

La cuarta está consagrada al estudio de las deformidades.

En la quinta parte, por último, he indicado rápidamente qué aguas minerales convienen para las diversas afecciones de la piel.

que en consecuencia se han producido en el país.

La tesis comienza la historia de las aldeas de los
valles, desde las aldeas de las montañas y de las
por causas externas. Al factor humano que la historia
de las aldeas por causas internas y externas, esta
dentro de las aldeas no solamente, sino también y
gestión y de los aldeanos en las aldeas de los
exámenes de las aldeas en las aldeas.
La tesis comienza el estudio de las aldeas.

En las aldeas por causas humanas, se han producido
mucho por causas humanas, como por causas
de las aldeas.

La tesis comienza el estudio de las aldeas de los
valles, desde las aldeas de las montañas y de las
por causas externas. Al factor humano que la historia
de las aldeas por causas internas y externas, esta
dentro de las aldeas no solamente, sino también y
gestión y de los aldeanos en las aldeas de los
exámenes de las aldeas en las aldeas.

La tesis comienza el estudio de las aldeas de los
valles, desde las aldeas de las montañas y de las
por causas externas. Al factor humano que la historia
de las aldeas por causas internas y externas, esta
dentro de las aldeas no solamente, sino también y
gestión y de los aldeanos en las aldeas de los
exámenes de las aldeas en las aldeas.

La tesis comienza el estudio de las aldeas de los
valles, desde las aldeas de las montañas y de las
por causas externas. Al factor humano que la historia
de las aldeas por causas internas y externas, esta
dentro de las aldeas no solamente, sino también y
gestión y de los aldeanos en las aldeas de los
exámenes de las aldeas en las aldeas.

La tesis comienza el estudio de las aldeas de los
valles, desde las aldeas de las montañas y de las
por causas externas. Al factor humano que la historia
de las aldeas por causas internas y externas, esta
dentro de las aldeas no solamente, sino también y
gestión y de los aldeanos en las aldeas de los
exámenes de las aldeas en las aldeas.

La tesis comienza el estudio de las aldeas de los
valles, desde las aldeas de las montañas y de las
por causas externas. Al factor humano que la historia
de las aldeas por causas internas y externas, esta
dentro de las aldeas no solamente, sino también y
gestión y de los aldeanos en las aldeas de los
exámenes de las aldeas en las aldeas.

La tesis comienza el estudio de las aldeas de los
valles, desde las aldeas de las montañas y de las
por causas externas. Al factor humano que la historia
de las aldeas por causas internas y externas, esta
dentro de las aldeas no solamente, sino también y
gestión y de los aldeanos en las aldeas de los
exámenes de las aldeas en las aldeas.

TRATADO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

CONSIDERACIONES GENERALES.

La enfermedad es un estado accidental y anormal del hombre, que produce y desenvuelve un conjunto de desórdenes funcionales y orgánicos, aislados ó reunidos, simultáneos ó sucesivos.

La escrófula, la sífilis, etc., son enfermedades, puesto que son estados anormales del hombre, bajo la influencia de los que nacen sucesivamente y se desenvuelven afecciones de la piel, de los gánglios linfáticos, de los huesos y de las vísceras.

La enfermedad es producida por la combinacion de la accion de las causas exteriores al organismo y de las predisposiciones individuales. No nace bajo la influencia de una misma causa en todos los individuos. ¡Cuántas personas que toman copáiba no presentan roseola copáica! Si existen *ácarus* en un individuo que no tiene aptitud morbosa, se observarán surcos; pero ningun vestigio de erupcion cutánea, y en este caso no existirá enfermedad parasitaria, sino tan solo una lesion. Una sustancia irritante aplicada sobre la piel de muchas personas, determinará en éste una erupcion local, efímera, que desaparecerá en cuanto se aleje la causa, y en aquel, por el contrario, una erupcion artrítica ó herpética, por haber despertado el agente irritante la predisposicion que el enfermo presentaba al artritismo ó al herpetismo. Es preciso, pues, para que sobrevenga una enfermedad, además de una causa provocadora, una aptitud especial.

Nosotros admitimos, con M. Bazin, enfermedades por causa externa y enfermedades por causa interna.

Las primeras, es decir, las fiebres, las flegmasías, las enfermedades constitucionales ó diatésicas, etc., nacen bajo la influencia de causas cuya accion íntima nos es desconocida (sífilis, producida por el virus sífilítico) ó aparecen sin que podamos determinar su etiología.

Las segundas son debidas á la accion de agentes físicos, á la existencia de parásitos ó á la ingestion de sustancias tóxicas.

Bajo la influencia de las enfermedades aparecen las *afecciones*. Estas son estados morbosos de uno ó muchos órganos, caracterizados por una simple perturbacion funcional ó por una lesion, y experimentando los desórdenes que de aquí resultan (estados morbosos) una evolucion especial.

El eczema es una afeccion, puesto que se halla constituida por rubicundez de la piel al principio, vesículas en su período de estadio y escamas en su declinacion; en una palabra, por una lesion cutánea de evolucion especial.

Siendo la enfermedad un estado del hombre y no de los órganos, no hay enfermedades de la piel; pero siendo la afeccion un estado morbozo de los órganos, existen afecciones de la piel.

Las afecciones cutáneas nacen bajo la influencia de la accion de agentes físicos, de parásitos, etc.: afecciones por causa externa; ó constituyen manifestaciones de un estado anormal, de una enfermedad: afecciones por causa interna.

Existen afecciones que no aparecen mas que bajo la influencia de una sola enfermedad y la caracterizan; tales son el acné varioliforme, la placa mucosa, determinadas únicamente por la escrófula ó la sífilis: *afecciones propias*.

Otras hay, por el contrario, que traducen muchas enfermedades; el eczema, por ejemplo, puede ser manifestacion del herpetismo, del artrismo, del escrofulismo, etc.: *afecciones genéricas*. Toda afeccion genérica tiene especies (1).

En fin, las erupciones cutáneas se dividen en: afecciones en vía de evolucion (eczema, liquen) y afecciones detenidas en su evolucion (deformidades congénitas ó adquiridas).

(1) Un género, en patología, es una afeccion que presenta caractéres especiales que lo separan de los géneros próximos; especie es la afeccion que presentando caractéres del género, posee algunos que la diferencian de las otras especies.—El eczema es un género, una afeccion genérica, puesto que tiene caractéres que lo separan del eritema, del acné, etc.; y el eczema escrofuloso es una especie, puesto que, además de los del género, ofrece caractéres particulares que lo separan del eczema herpético, escrofuloso, etc.

Con el nombre de *síntoma* se designa una perturbacion funcional de los órganos, ó un cambio, perceptible á los sentidos, en las cualidades físicas del órgano ó de las materias excretadas.

Podemos, pues, admitir tres clases de síntomas:

- 1.^a Los que están caracterizados por una perturbacion funcional;
- 2.^a Los que consisten en una modificacion de las cualidades físicas de los órganos;
- 3.^a Los que están constituidos por modificaciones de las materias excrementicias..

Siendo el *síntoma* localizado, existe una sintomatología cutánea.

Se llama *lesion* toda alteracion material de los órganos; ahora bien, pudiendo estar lesionada la estructura de la piel, hay una anatomía patológica de la piel.

En definitiva, existen síntomas, lesiones y afecciones de la piel; la afeccion cutánea está constituida por una lesion de la piel, y los desórdenes funcionales que trae consigo, es el efecto, la manifestacion de una enfermedad; así, el médico en presencia de ella, debe establecer el siguiente triple diagnóstico, única base de una sana terapéutica.

¿Cuál es la lesion elemental de la piel (vesícula, pápula, pústula, etc.) que caracteriza la afeccion?

La afeccion, ¿es propia, ó genérica?

Si se trata de una afeccion genérica, ¿qué especie presenta el enfermo? Si se trata, por ejemplo, de un eczema, ¿es un eczema herpético, artrítico, escrofuloso ó sífilítico?

Si se trata de una afeccion propia, el diagnóstico de la afeccion trae consigo el de la enfermedad. Decir que la afeccion es una placa mucosa, ¿no es diagnosticar la sífilis?

De las enfermedades que determinan afecciones cutáneas.

Hemos dicho que existen afecciones por causa externa y por causa interna.

Causas de las afecciones de origen externo.—Las afecciones por causa externa se dividen en mecánicas y provocadas ó artificiales.

Las afecciones *mecánicas* son debidas á agentes cuya accion es instantánea y determina una lesion inmediata. Tales son las afecciones producidas por instrumentos punzantes, cortantes ó

contundentes, mordeduras, etc. El efecto sigue entonces inmediatamente á la causa.

Las afecciones *provocadas* se subdividen en directas y patogenéticas.

Las primeras resultan de la accion de sustancias irritantes, parásitos, etc., sobre la piel. Las segundas nacen á consecuencia de la absorcion de principios morbíficos, copáiba, alcohol, almejas.....

Las afecciones provocadas directas ó patogenéticas, no aparecen sino al cabo de un tiempo variable despues de la aplicacion de la sustancia irritante, de la existencia del parásito ó de la absorcion de la sustancia dañosa; parece que es necesaria una elaboracion, una reaccion vital, despues de la impresion causada por el agente morbífico, para que se produzca una afeccion.

El estado anormal del organismo originado bajo la influencia de las causas precedentes, y en virtud del cual aparecen las afecciones provocadas directas ó patogenéticas, es la enfermedad por causa externa.

Las afecciones patogenéticas se aproximan á las provocadas directas por su modo de produccion: unas y otras son debidas, en efecto, á un agente exterior que obra sobre el organismo. Mas las afecciones provocadas directas, resultan de la aplicacion inmediata de un agente especial sobre los tegumentos, mientras que las patogenéticas son consecutivas á la absorcion de una sustancia especial, á su presencia en la sangre.

Las afecciones patogenéticas se asemejan tambien á las patológicas ó por causa interna; unas y otras son precedidas de una impresion del organismo, siendo esta seguida de una reaccion que, en las afecciones patogenéticas, se traduce por una erupcion variable segun la sustancia ingerida; pero estas últimas son consecutivas á la absorcion de un principio morboso, mientras que las primeras son el resultado de una impresion espontánea, hereditaria, innata ó adquirida, cuya causa escapa con frecuencia á nuestras investigaciones, y cuyas manifestaciones, lentas para desenvolverse y para desaparecer, resisten muchas veces á nuestros medios terapéuticos.

Las afecciones provocadas ó patogenéticas no nacen, por otra parte, fatalmente bajo la influencia de la accion de una sustancia irritante, de la existencia de un parásito ó de la absorcion de un principio morbífico. Es preciso que las precedentes hallen en el organismo una aptitud morbosa.

Causas de las afecciones de origen interno.—Las afecciones

por causa interna nacen bajo el influjo de las pirexias, de los pseudo-exantemas, de las flegmasias, de las enfermedades hemorrágicas, constitucionales, diatésicas, caquéticas.

Pirexias.—Las fiebres son enfermedades agudas, febriles, contagiosas, epidémicas, de evolucion regular y duracion fija, y que confieren la inmunidad á las personas atacadas por ellas. Son exantemáticas ó no.

Las fiebres exantemáticas están caracterizadas por una erupcion que ocupa toda la superficie del tegumento externo y una parte del interno (viruela, sarampion, escarlatina).

Ciertas fiebres no exantemáticas presentan tambien erupciones en su curso, pero limitadas, en general, á una parte del cuerpo, y no ofrecen la marcha regular de las erupciones exantemáticas (fiebre tifoidea, sínoca, etc.).—Estando bien descritas en los tratados de patología interna las fiebres y las erupciones que estas producen, no les consagraremos ningun capítulo.

Pseudo-exantemas.—Con este nombre designamos las enfermedades agudas, ordinariamente febriles, no contagiosas, epidémicas, caracterizadas por una erupcion de marcha regular, terminando siempre por resolucion en el espacio de tres á cinco semanas.

Los pseudo-exantemas difieren de las fiebres exantemáticas por los caractéres siguientes: su periodo prodrómico no está constituido por síntomas tan característicos y no tienen una duracion tan fija; su marcha no puede compararse, bajo el punto de vista de la regularidad, con la de las pirexias, que evolucionan en un espacio de tiempo preciso, mientras que los pseudo-exantemas recorren sus periodos en un tiempo variable, desde tres á seis semanas; no son contagiosos. En fin, si con frecuencia constituyen una entidad morbosa, pueden ser tambien manifestaciones de otra enfermedad, artritis ó herpes, y presentar entonces caractéres especiales.

Existen, pues, pseudo-exantemas idiopáticos, artríticos y herpéticos.

En la primera edicion de sus Lecciones sobre la artritis y el herpetismo, M. Bazin habia referido á la artritis: el eritema nudoso, la urticaria, la pitiriasis rubra aguda, el herpes flictenoides, el zona, el pénfigo; y al herpes: la roseola, la urticaria febril, la pitiriasis rubra aguda, el eczema rubrum generalizado, el herpes, el zona, el pénfigo agudo.

En su segunda edicion, describe en el número de los pseudo-exantemas idiopáticos: la urticaria aguda, el herpes flictenoides

agudo, la pitiriasis rubra aguda, el pénfigo agudo, el zona; y refiere solamente á la artritis: el eritema nudoso, el eritema pápulo-tuberculoso, la urticaria hemorrágica, el herpes circinado, el hidroa vesiculoso, la pitiriasis rubra aguda; y al herpes: la roseola y el eczema rubrum generalizado.

M. Bazin ha separado, pues, de la artritis y del herpes: la urticaria, el herpes flictenoides, el zona y el pénfigo agudo; y del herpes solo la pitiriasis rubra aguda.

No obstante, en muchos casos las afecciones precedentes poseerian, segun M. Bazin, caracteres que militan en favor de su origen artrítico ó herpético; pero no estando siempre marcados con toda claridad estos caracteres diferenciales, desapareciendo espontáneamente tales pseudo-exantemas y no reclamando, por tanto, ningun tratamiento, su distincion en muchas especies no tiene ninguna utilidad real, bajo el punto de vista práctico, y el médico del hospital Saint-Louis ha preferido, para simplificar su estudio, considerarles siempre como pseudo-exantemas idiópáticos.

Flegmasias.—Una flegmasía, la erisipela, da origen á una afeccion cutánea; si es que la erisipela puede ser considerada como una flegmasía y no como una fiebre, una pirexia.

Hemorragias.—Una enfermedad hemorrágica, la púrpura, produce una erupcion caracterizada por manchas sanguíneas, debidas á la extravasacion de la sangre en el tejido celular.

Enfermedades constitucionales.—Llámase así toda enfermedad constitucional, hereditaria, aguda ó crónica, pirética ó apirética, continúa ó intermitente, por lo regular de largos períodos, contagiosa ó no y caracterizada por la existencia de lesiones de naturaleza variada, ocupando indistintamente los diversos sistemas orgánicos.

Cuatro enfermedades constitucionales determinan afecciones de la piel, á saber: la escrófula, la sífilis, la artritis y el herpes. Estas enfermedades presentan síntomas particulares y síntomas comunes.

Las manifestaciones particulares especiales de las enfermedades constitucionales son numerosas, diferentes segun cada enfermedad, y se suceden generalmente en un orden regular; así pueden admitirse cuatro períodos para cada una de estas enfermedades.

Estas manifestaciones caminan de la piel hácia las mucosas, de la periferia al centro, de suerte, que se observan erupciones cutáneas, afecciones óseas y, en fin, afecciones viscerales. Las afecciones

ciones de un período no reaparecen nunca en el siguiente, y son:

Especiales ó propias, es decir, peculiares de una enfermedad y que bastan para caracterizarla;

Genéricas, es decir, comunes á muchas enfermedades, pero ofreciendo entonces caracteres objetivos, variables con la enfermedad que les ha dado nacimiento;

Accidentales, es decir, que no reciben de la enfermedad constitucional ningun sello especial y que pueden sobrevenir en todos los períodos (berrugas, pólipos mucosos en la escrófula; vegetaciones, vitíligo en la sífilis; hemorragias de la piel y de las mucosas en la artritis; hidropesías en el herpe).

Relativamente á los síntomas comunes, pueden dividirse en dos épocas.

En la primera, llamada de periodicidad, las manifestaciones, ligeras por lo general, son intermitentes, separadas unas de otras por intervalos variables, aparecen y desaparecen segun su orden de sucesion y alternan algunas veces con afecciones de otro sistema (alternativas de las afecciones herpéticas, cutáneas y mucosas).

En la segunda, ó de continuidad, las afecciones adquieren derecho de domicilio, se hacen permanentes y sobreviene una caquexia, á la cual concurren las lesiones de uno ó mas órganos y que conduce al sepulcro á los enfermos.

Generalmente, la marcha es muy lenta, y solo en casos excepcionales ofrecen una marcha aguda las enfermedades constitucionales.

Puede, no obstante, verificarse la curacion de estas enfermedades, pero despues de un tiempo bastante largo y solo cuando la enfermedad ha recorrido sus cuatro periodos, puede existir certidumbre de su curacion.

Las enfermedades constitucionales presentan diversas formas: una benigna y otra maligna, en las que las afecciones presentan una intensidad mayor ó menor; una forma fija, caracterizada por la localizacion de la enfermedad en un sistema de la economia, el óseo, por ejemplo, en la escrófula fija; y una forma comun, en la cual las afecciones se suceden en un orden regular.

En la produccion de las enfermedades constitucionales, como en la de todas las enfermedades, es preciso admitir una predisposicion, ó causa interna, y una causa provocatriz.

La escrófula y la sífilis hereditaria comienzan de ordinario en la infancia; el herpe y la artritis aparecen en la adolescencia, la edad viril ó la vejez.

El herpe es más comun en las mujeres y la artritis en los hombres.

Todos los temperamentos están sujetos á las enfermedades constitucionales, y solo influyen sobre la forma de las manifestaciones.

Todas las enfermedades constitucionales son esencialmente hereditarias; la sífilis tan solo es contagiosa é inoculable.

Las causas físicas ó morales, como el frio, las emociones, las caidas, los golpes, los parásitos... no dan nacimiento á las enfermedades constitucionales, pero despiertan la predisposicion hasta entonces latente. Así obra el frio para la artritis, la emocion moral para el herpe, la caida para la escrófula. Estas son causas provocadoras incapaces de producir por sí mismas una enfermedad constitucional, pero que determinan su aparicion cuando obran sobre individuos predispuestos.

Por otra parte, estas causas provocadoras pueden originar una forma especial de la enfermedad; si un niño predispuesto á la escrófula, de padres escrofulosos, da una caida sobre la rodilla podrá ser afectado de tumor blanco escrofuloso, sin haber experimentado ningun accidente de los dos primeros periodos. Entonces se hallará afectado de la forma fija primitiva de la escrófula.

Si un niño contrae la sífilis ó la escrófula en el seno materno, podrá presentar afecciones viscerales desde su nacimiento ó algo mas adelante.

Despues de estas consideraciones acerca de las enfermedades constitucionales, debemos indicar los caractéres especiales de cada una.

Artritis.—La artritis es una enfermedad constitucional, no contagiosa, caracterizada por manifestaciones variadas en diversos sistemas orgánicos, y especialmente por afecciones de la piel, manifestaciones articulares y formacion de un producto morboso particular, el tofo.

M. Bazin admite que el reumatismo y la gota son dependencias, son dos ramas emanadas de un mismo tronco; no obstante, la observacion demuestra que hay erupciones cutáneas especialmente reumáticas (artrítides pasajeras) y especialmente gotosas (artrítides fijas, irregulares y malignas): podrian, pues, admitirse, bajo el punto de vista de la patología cutánea, artrítides reumáticas y gotosas, pero la distincion entre estas dos erupciones, es muchas veces dificil de establecer y no conduce á ningun tratamiento particular; M. Bazin la ha desechado, por tanto.

La artritis presenta prodromos y cuatro periodos:

El artrítico es sanguíneo ó linfático-sanguíneo, ofrece un sistema muscular desarrollado, tendencia á la gordura, rostro coloreado, transpiracion fácil, sobre todo, en las extremidades, caída prematura de los cabellos, constipacion, orinas rojas y encendidas, tendencia á las congestiones encefálicas y á las hemorragias.

En el primer período de la artritis se observan erupciones ligeras y pasajeras de la piel, eritemas, hidroa, inflamaciones catarrales de las mucosas pituitaria, ocular, faríngea, bronquial..., dispepsia, accesos de fiebre efímera ó reumática, congestiones cefálicas, etc.

En el segundo período existen afecciones propias ó especiales de la artritis: el reumatismo articular agudo ó la gota aguda, la hidroa vacciniforme y numerosas afecciones genéricas: mialgias, neuralgias, erupciones cutáneas (eczema, acné, pitiriasis).

Entonces se observa la ley de la compensacion entre las afecciones cutáneas, las articulares y las de las mucosas, y en general, cuanto más afectado se halla el sistema articular menos enferma está la piel.

En el tercer período desaparecen las afecciones cutáneas, y las articulares adquieren fijeza y permanencia, observándose depósitos de sustancia tofácea, alteraciones de los huesos y de los cartílagos, anquilosis.

El cuarto período está caracterizado por afecciones viscerales (cáncer del estómago, de los intestinos, del hígado; afecciones orgánicas del corazón ó de la médula y del encéfalo).

La artritis presenta las cuatro formas que hemos señalado mas arriba.

Herpe.—El herpe es una enfermedad constitucional, no contagiosa, no inoculable, que se traduce por afecciones especiales de las membranas tegumentarias, de los nervios y de las vísceras, y cuyas manifestaciones cutáneas son tenaces y recidivan con frecuencia.

El herpético presenta un temperamento bilioso y melancólico, sequedad bastante considerable de la piel, que es asiento de un prurito más ó menos intenso, irascibilidad, tendencia á la diarrea ó á las alternativas de diarrea y constipacion, propension á las neuralgias, á la hemicránea, un apetito bastante desarrollado y, á pesar de esto, ninguna aptitud á la gordura y á la produccion de grasa.

En el primer período del herpe se observan afecciones superficiales, móviles, de la piel y de las mucosas: erupciones pseudo-

exantemáticas, tales como la roseola y el eczema rubrum, coriza, angina granulosa, bronquitis, leucorreas ó blenorreas.

En el segundo período, la piel y las mucosas son todavía asiento de las manifestaciones del herpe, pero entonces son estas tenaces, rebeldes, alternan unas con otras y recidivan fácilmente. Obsérvanse, además, neurálgias y viscerálgias é hidropesías.

El tercer período está caracterizado por afecciones cutáneas que tienden á invadir la mayor parte de la superficie de la piel, á permanecer fijas ó dar lugar á afecciones viscerales del hígado, del estómago, del pulmon...

En el cuarto período se halla, por lo general, afectada la piel en su totalidad, y de ordinario existen simultáneamente degeneraciones de los órganos internos; entonces sobreviene una caquexia profunda y bien pronto una terminacion fatal.

Escrófula.—La escrófula es una enfermedad constitucional, frecuentemente hereditaria, no contagiosa, caracterizada por afecciones variables de sitio y de modalidad patogénica, pero que presentan como caracteres la fijeza y la tendencia ulcerosa y por asiento los sistemas tegumentario, óseo y linfático.

Las personas predisuestas á la escrófula presentan un hábito exterior especial.

Existe, como lo ha descrito M. Bazin, una exageracion ó una disminucion de las fuerzas orgánicas; el escrofuloso tiene una estatura gigantesca ó una pequeña talla, desproporcionada con su edad; una gordura extrema ó una delgadez considerable; un precoz desarrollo de la inteligencia, ó es idiota; es colérico ó apacible; tiene bulimia ó inapetencia; deseos venéreos muy desenvueltos ó frialdad.

Tan pronto está el rostro coloreado, los ojos vivos, tan pronto el rostro es pálido, la mirada lánguida.

El abultamiento del labio superior no constituye uno de los rasgos de la constitucion escrofulosa, sino uno de los síntomas de la escrófula confirmada.

En los escrofulosos se observa generalmente el temperamento linfático, mas no constituye una predisposicion á la escrófula.

El primer período de esta enfermedad aparece, de ordinario, entre la primera y la segunda denticion, y está caracterizado por una erupcion secretoria del cuero cabelludo (eczema é impétigo,) ó por erupciones secas eritematosas ó papulosas de la piel; al mismo tiempo ó ulteriormente, aparecen catarros de la conjuntiva, de la pituitaria, de la membrana faríngea, etc., y como efecto consecutivo ó como manifestacion directa de la escrófula,

adenitis supurativas que determinan ulceraciones especiales de lenta curacion y que dejan cicatrices características.

En el segundo período se observan escrofulídes profundas, malignas, que nacen despues de la desaparicion de las erupciones benignas del primer período ó resultan de la trasformacion *in situ* de las escrofulídes benignas en malignas (inflamatorias, fibro-plásticas, tuberculosas).

El tercer período está caracterizado por lesiones del sistema óseo y el cuarto por lesiones viscerales (periostitis, osteitis, cáries, tumores blancos, tuberculizacion de las vísceras).

La eserófula es regular, incompleta, benigna, maligna, fija, ulcerativa y, en fin, larvada.

Sífilis.—La sífilis es una enfermedad constitucional, contagiosa, inoculable, continúa ó intermitente, de larga duracion, en general, que se traduce por afecciones que proceden de la periferia al centro, resolutivas por una parte, ulcerosas por otra, que consisten principalmente en alteraciones de la sustancia conjuntiva y una de las que la goma le es especial.

La sífilis presenta cuatro períodos:

El primero comprende los accidentes llamados primitivos: muchos sífilígrafos modernos admiten que la sífilis no comienza mas que por un chancro (1) particular (infectante).

M. Bazin cree que en la sífilis regular normal, el accidente primitivo es un chancro indurado ó una placa mucosa inicial;

Que en ciertos casos excepcionales de sífilis irregular el accidente primitivo puede ser el chancro blando ó la blenorragia;

Que en la sífilis hereditaria los accidentes que primero se manifiestan son los secundarios.

A los accidentes secundarios preceden con frecuencia prodromos que consisten en malestar general, pandiculaciones, accesos febriles intermitentes y nocturnos, vértigos, desvanecimientos, cefalea nocturna, dolores reumatoides, etc.

Estos prodromos faltan, generalmente, cuando la sífilis es consecutiva á un pseudo-chancro indurado (placa sífilítica inicial).

Son seguidos de lesiones que tienen su asiento en el tegumento externo ó interno, el sistema linfático, el iris y el testículo (sífilides cutáneas, mucosas; hipertrófia é induracion de los gán-glios y vasos linfáticos, iritis, albuginitis).

(1) Aunque sea un galicismo conservamos esta palabra por hallarse autorizada por el uso.—(N. del T.)

Los accidentes terciarios siguen inmediatamente á los secundarios ó aparecen cierto tiempo despues de la cesacion de estos; en todo caso, nunca sobrevienen antes del sexto mes, á contar desde el accidente primitivo, y los hechos en los cuales se han observado exóstosis antes de la curacion del accidente primitivo, son enteramente excepcionales.

El período terciario comprende afecciones de los huesos, del tegido celular (gomas), de los gánglios linfáticos, de los músculos, del sistema fibroso, las gomas de la lengua y del testículo y la tisis laríngea.

El cuarto período comprende las afecciones de las vísceras.

De las diátesis.—Desígnanse con el nombre de diátesis unas enfermedades agudas ó crónicas, piréticas ó no, continuas ó intermitentes—con mas frecuencia lo primero—contagiosas ó no, caracterizadas por la formacion de un solo producto morboso, que puede tener su asiento en todos los sistemas orgánicos indistintamente.

Las diátesis difieren de las enfermedades constitucionales por los caractéres siguientes:

Una diátesis no da origen mas que á un solo producto morboso, mientras que una enfermedad constitucional determina muchos. La diátesis cancerosa no engendra mas que cáncer; bajo la influencia de la escrófula aparecen lesiones inflamatorias, fibro-plásticas, tuberculosas.

Las enfermedades constitucionales presentan largas intermisiones y una marcha regular. Despues de haber determinado afecciones ligeras en la infancia, la escrófula, por ejemplo, permanece latente durante diez ó veinte años; sus períodos se suceden en un orden constante, las lesiones marchan de la periferia al centro. Las diátesis, por el contrario, tienen una marcha continua ó proceden por brotes. Si hay intervalos de reposo, son cortos, y es raro observar intermisiones de diez, quince ó veinte años.

Las manifestaciones diatésicas ocupan ya un órgano, ya otro, y no pueden ser previstas con anterioridad. Tienen indistintamente por asiento primitivo la piel, el estómago, el tejido óseo, el cerebro. Por el contrario, las manifestaciones de las enfermedades constitucionales se encadenan en un orden regular, que nunca varía; así, pueden fácilmente admitirse períodos que marcan los diversos estadios de las enfermedades en el seno del organismo.

Los fenómenos morbosos son de una extremada sencillez en

las diátesis, mientras que en el curso de las enfermedades constitucionales revisten las apariencias mas diversas y opuestas.

La duracion de las diátesis es menos larga, de un modo general, que las de las enfermedades constitucionales, y su gravedad es mayor (1).

Las diátesis son agudas ó crónicas. Si lo primero, son en general, adquiridas y caracterizadas por lesiones inflamatorias. Determinan fiebre, postracion y la muerte, despues de un espacio de tiempo muy corto. Algunas veces son sub-agudas é intermedias entre las diátesis agudas y crónicas; tales son, los lamparones y el muermo crónico.

Las diátesis crónicas ofrecen un primer período en el que no se observa mas que una ó muchas manifestaciones locales y ningun fenómeno general; y un segundo período caracterizado por fiebre y perturbacion de todos los actos orgánicos y funcionales (fiebre héctica y caquexia).

Las diátesis aparecen bajo el influjo de la herencia, algunas veces bajo el del contagio, y frecuentemente bajo influencias que nos son desconocidas.

Las causas físicas, á las cuales se atribuye tanta importancia bajo el punto de vista de la etiología, no tienen mas que un resultado: la localizacion de la enfermedad sobre tal ó cual punto y el despertamiento de la predisposicion diatésica, hasta entonces latente.

M. Bazin admite tres clases de diátesis: las inflamatorias (purulenta, gangrenosa, pseudo-membranosa); las homeomorfas (hemorrágica, serosa, albuminosa, calcárea, sacarina, grasosa, fibro-cartilaginosa); las heteromorfas (fibro-plástica, tuberculosa, fungosa, epitelial, cancerosa). Cierta número de estas diátesis se traducen por manifestaciones cutáneas que estudiaremos ulteriormente.

Enfermedades caquéticas.—M. Bazin ha admitido un grupo de enfermedades caquéticas, que son: el pénfigo crónico, el escorbuto, la raquitis, la enfermedad de Addison, etc. A estas enfermedades corresponden erupciones: el pénfigo, la púrpura.

Hé aquí, por otra parte, un cuadro que da clara idea de las enfermedades bajo cuya influencia nacen afecciones de la piel:

(1) Para mas detalles véase *Leçons sur les affections artificielles de la peau*, por M. Bazin. (N. del A.)

CLASIFICACION NOSOLÓGICA.	CLASIFICACION DERMATOLÓGICA.
A. Deformidades espontáneas ó provocadas.	Deformidades; nævi, ictiosis, vitiligo.
B. Enfermedades.	Afecciones (2).
1. Quirúrgicas, por causa externa.	1.º Afecciones cutáneas por causa externa.
	(a) Mecánicas: heridas, desgarramientos, quemaduras, equimosis.
	(b) Artificiales: directas ó patogénicas.
	(c) Parasitarias.
2. Médicas (1), por causa interna.	2.º Afecciones cutáneas por causa interna.
(a) Fiebres. { Pestilenciales. { Exantemáticas. { No exantemáticas.	(a) Erupciones de las fiebres. { Antrax maligno, carbunco, Sarampion, viruela, escarlatina. { Manchas rosáceas lenticulares, sudámina, miliar febril.
(b) Pseudo-exantemas.	(b) Erupciones pseudo-exantemáticas. { Roseola, urticaria, pitiriasis rubra aguda, pénfigo agudo, herpes, zona.
(c) Flegmasías.	(c) Erisipela.
(d) Hemorragias.	(d) Púrpura.
(e) Enfermedades constitucionales. { Escrófula. { Sífilis. { Artritis. { Herpe.	(e) Erupciones de las enfermedades constitucionales. { Escrofulídes. { Sífilides. { Artritides. { Herpétides.
(f) Enfermedades caquéticas.	(f) Erupciones de las caquéxias. { Pénfigo. { Púrpura.
(g) Diátesis.	(g) Erupciones diatésicas. { Epitelioma, carcinoma, cancroide, micosis, etc.

DE LAS PERTURBACIONES FUNCIONALES

Y DE LAS

LESIONES ELEMENTALES EN LAS AFECCIONES CUTÁNEAS.

(a). **Perturbaciones funcionales.**

La piel goza de una sensibilidad general en virtud de la que percibe las irritaciones mecánicas, químicas ó eléctricas; esta sensibilidad es propia de todos los tegidos que reciben nervios sensitivos; pero, además, es la piel el órgano del tacto y percibe

(1) Con objeto de hacer este cuadro importantísimo lo mas perfecto que sea posible, hemos añadido esta palabra, que no se halla en el original, siendo de este modo mas completo el paralelo establecido entre las enfermedades generales y las afecciones cutáneas.—(N. del T.)

(2) Ut supra.

las nociones de temperatura, sequedad, humedad, peso de los cuerpos, etc.

Solo nos interesa la sensibilidad general, que puede estar aumentada, disminuida ó abolida en las diversas afecciones de la piel. De aquí, la hiperestesia y la anestesia.

La hiperestesia se caracteriza ya por la exaltacion, ya por la perversion de la sensibilidad.

Hay exaltacion cuando una persona siente un dolor vivo bajo la influencia del menor contacto; hay perversion cuando el enfermo experimenta espontáneamente sensaciones de frio, de calor, de hormigueo, de punzadas, de prurito y de comezon.—Estas últimas debemos, sobre todo, estudiar, bajo el punto de vista de las afecciones de la piel.

Comezon.—Con este nombre se designa una sensacion especial, dolorosa y que induce al enfermo á rascarse sin cesar. La comezon se presenta bien bajo la forma de picotazos y punzadas, bien bajo la de escozor, calor vivo ó quemadura.—Tal persona cree que su piel está atravesada por miles de agujas; tal otra experimenta una sensacion de hormigueo, etc.

Para disminuir la intensidad de estas sensaciones, ordinariamente desagradables y dolorosas, el enfermo se rasca incesantemente, y muchas veces sustituye á la accion insuficiente de sus uñas con cepillos, con almohazas (1).—De esto resultan lesiones traumáticas de la piel, que se agregan á las ya preexistentes.

La comezon se exaspera bajo la influencia del calor en general, del de la cama en particular. De aquí insomnio, agitacion y algunas veces, tal escitacion cerebral, que su consecuencia es la locura y que los enfermos se suiciden para librarse de sus sufrimientos.

La comezon tiene gran valor bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial entre las afecciones genéricas y las enfermedades de que dependen.

Anestesia.—La anestesia está caracterizada por la abolicion de la sensibilidad táctil.—Se la observa principalmente en la lepra ó elefantiasis de los griegos.

No solamente es la piel el órgano del tacto; tiene además por funciones las de segregar el sudor, el humor sebáceo, la epidermis y sus anejos, los pelos y las uñas.

Sudor.—El sudor puede estar disminuido ó aumentado.—La disminucion de la traspiracion cutánea es un fenómeno casi

(1) Instrumento de hierro para limpiar á las caballerías.—(N. del T.)

constante en los viejos, y se observa en ciertas afecciones nerviosas y cutáneas (psoriasis, ictiosis). Determina la sequedad de la piel.

El aumento del sudor se halla limitado, por lo general, á la planta de los piés, palma de las manos, hueco de la axila, partes genitales, ano, etc.—Ciertas personas están especialmente dispuestas para las traspiraciones fáciles y abundantes: tales son los artríticos. Por otra parte, ciertas enfermedades determinan el aumento de la secrecion del sudor; tales son: el sudor miliar, el reumatismo articular agudo, la neumonía, la tísisis, etc.

Cuando el sudor es abundante y permanece entre dos superficies cutáneas en contacto mútuo—escroto y parte interna de los muslos, mamas y piel de tórax—vése, con frecuencia, sobrevenir erupciones eritematosas (intértrigo).

Algunas veces no puede el sudor salir al exterior, porque los conductos excretores de las glándulas están obstruidos y no pueden contener tan abundante produccion; entonces pasa el sudor bajo la epidermis alrededor de los orificios glandulares, los levanta y determina pequeñas vesículas llenas de un líquido transparente y de reaccion ácida (sudamina).

La existencia de sudores durante una noche, basta en ciertos individuos para que su cuerpo se cubra de estas vesículas.

Olor.—La piel exhala algunas veces un olor fétido y desagradable, que ya proviene de toda la superficie de la piel, ya de una parte limitada de los tegumentos.—¿Es debido á una alteracion de la secrecion sudoral ó de la sebácea? Hébra, fundándose en que estos olores recuerdan los de ácidos grasos, sustancias formadas en mayor proporcion por las glándulas sebáceas que por las sudoríparas, los considera como resultado de la exhalacion cutánea en su conjunto.

El olor fétido que se exhala de toda la piel de ciertas personas, sanas por otra parte, se relaciona algunas veces con una idiosincrasia, en otras circunstancias, con la absorcion de sustancias olorosas que se exhalan inmediatamente por la piel; por último, se le observa en ciertas enfermedades, tales como el sarampion, viruela, escarlatina. ¡Heim ha pretendido distinguir estas tres piréxias una de otra por el olor exhalado!

Las partes limitadas del cuerpo que dan nacimiento á olores desagradables son: los órganos genitales del hombre y de la mujer, el periné, la planta de los piés, las partes laterales de los dedos.—Estos olores son debidos entonces á la exagerada secrecion de las glándulas de estas partes.—Ciertas personas están

sujetas mas especialmente, á esta desagradable secrecion, á cuya supresion atribuyen algunos médicos la aparicion de afecciones mas ó menos graves, como bronquitis, dispepsias, etc.

Secrecion sebácea.—El aumento de la secrecion de la materia sebácea produce puntos negruzcos (acné punctata) cuando esta secrecion es retenida en las glándulas, costras ó un humor viscoso que impregna las partes afectadas cuando corre por la superficie (acné sebáceo).

Secrecion epidérmica y pelos.—El aumento de esta secrecion, origina escamas (psoriasis, pitiriasis).

La disminucion ó alteracion de la secrecion de los pelos ó de las uñas produce la alopecia, el cambio de color de los pelos, la caida ó diversas alteraciones de las uñas.

(b) **Lesiones ó erupciones cutáneas.**

Desígnase con el nombre de erupcion de la piel toda alteracion morbosa de esta membrana.

Nosotros admitimos con M. Bazin cuatro órdenes de lesiones de la piel: las manchas, los botones, las esfoliaciones y las úlceras.

Al estudio de estas lesiones se agrega el de las cicatrices, modificaciones de la piel consecutivas á una ú otra de las lesiones precedentes.

DE LAS MANCHAS.

Llámase mancha toda modificacion del color de la piel, acompañada ó no de una ligera elevacion de los tegumentos.

Son primitivas (manchas de la roseola ó del sarampion) ó consecutivas (á la sífilis tuberculosa); algunas veces constituyen la primera fase de otra lesion elemental, de una pústula ó de una pápula. La pústula de viruela, por ejemplo, es precedida por una mancha eritematosa.

Las manchas se dividen en sanguíneas y pigmentarias.

Las manchas sanguíneas reconocen como causa, ora el acúmulo de la sangre en los capilares del dérmis (manchas congestivas ó inflamatorias), ora la extravasacion de la sangre en el tejido celular (manchas extra-vasculares purpúricas ó petequiales).

Las manchas pigmentarias están constituidas por el aumento, la disminucion ó la alteracion del pigmento cutáneo (manchas hiper Cromatosas, acromatosas ó discromatosas).

Algunas veces no pueden explicarse las manchas por ninguna de estas causas; tales son: las de la pitiriasis versicolor ó de la tiña tonsurante, debidas á la mezcla de las células epidérmicas con el hongo (microsporon furfur ó trichophyton). M. Bazin da el nombre de caspa parasitaria á las manchas producidas por los vegetales epidermofíticos, es decir, que viven á expensas del epidermis.

Las manchas se reconocen siempre fácilmente, y no pueden confundirse con las modificaciones del color de la piel debidas á la aplicación de materias colorantes, si se presta un poco de atención al exámen del enfermo.

El color de las manchas es muy variable: son, en efecto, rosadas, rojo-vinosas, apizarradas, negruzcas, verdosas, etc.

Su tamaño no excede de las dimensiones de una lenteja ó presenta las de una pieza de dos reales, de una peseta y aun de un duro.

Son circulares, ovals ó irregulares; no ocupan mas que una parte del cuerpo ó están generalizadas; desaparecen ó no bajo la presión del dedo; son lisas, planas y no sobresalen del nivel de las partes circunvecinas, ó, por el contrario, presentan un ligero relieve.

DE LOS BOTONES.

Con el nombre de boton se designa toda elevación circunscrita de la piel y de las mucosas.

Los botones constituyen lesiones propias, es decir, que traducen una sola enfermedad, ó lesiones comunes, es decir, que son manifestaciones de muchas enfermedades.

Los primeros son: el favus, el acné varioliforme, la placa mucosa, el queloide, el cáncer, el tubérculo de la lepra (véase la descripción de estas lesiones en las afecciones genéricas y especiales).

Los segundos son los botones serosos, que comprenden las vesículas y las burbujas ó flictenas; los botones purulentos, que comprenden las pústulas, los forúnculos y los abscesos dérmicos; y los botones hipertróficos, que comprenden las pápulas y los tubérculos.

De los botones serosos.—(a) *Vesículas.*—Se designan con este nombre pequeñas eminencias líquidas debidas á la elevación del epidermis por serosidad. El volumen de las vesículas varía desde el de un grano de mijo al de una lenteja; son globulosas ó cóni-

cas, no persisten mucho tiempo, pues se rompen, y entonces se concreta el líquido que contienen y forma una escama ó una costra. No obstante, el líquido desaparece, algunas veces, por absorcion. El líquido de las vesículas es límpido, por lo general; algunas veces, sin embargo, es turbio y contiene algunos leucocitos.

La sudámina, la miliar, la varicela, el herpe, el eczema, están caracterizados por vesículas.

La sudámina consiste en pequeñas vesículas hemisféricas, transparentes, y que no descansan sobre una superficie roja.

La miliar roja está caracterizada por pequeñas manchas rojas, poco salientes, que desaparecen bajo la presión del dedo, y cuyo punto medio está elevado por serosidad.

La varicela consiste en la existencia de vesículas mayores que las de la miliar, descansando en un fondo rojo y precedidas de fenómenos generales.

El herpe está constituido por vesículas mas ó menos gruesas, pero siempre bastante voluminosas, agrupadas entre sí y separadas por intervalos de piel sana; estas vesículas descansan sobre la piel ó las mucosas, y persisten durante cierto tiempo. Distínguense dos variedades de herpe: el de vesículas grandes y el de vesículas pequeñas.

El eczema está caracterizado por pequeñas vesículas aglomeradas que descansan sobre una superficie mas ó menos roja, y que no tardan en romperse, dejando en su lugar una superficie exalante, cuyo líquido se deseca al cabo de algun tiempo convirtiéndose en escamas.

(b) *Burbujas ó flictenas*.—Designanse con este nombre pequeñas elevaciones de un volúmen variable entre el de un guisante y el de una nuez, elevaciones debidas al levantamiento de la piel por una serosidad trasparente.

Existen dos especies de burbujas: la del pénfigo y la de la rupia. A decir verdad, la rupia puede considerarse como constituida por una lesion intermedia entre la flictena y la pústula (pústula-flictena). En efecto, el líquido situado bajo la epidérmis levantada se hace pronto purulento, se concreta en una costra, que se espesa á consecuencia de una nueva exudacion en la profundidad y alrededor de la que se produce otro levantamiento de la epidérmis por serosidad, que, á su vez, se hace purulenta, es seguida tambien de otro levantamiento epidérmico periférico, y así sucesivamente. A consecuencia de esta evolucion especial, la costra adquiere la forma de una concha de ostra.

Las vesículas y las flictenas son debidas ordinariamente á

una perturbacion nutritiva congestiva ó inflamatoria limitada á la parte superficial del dérmis, determinando una exudacion serosa que levanta el epidermis.

Hemos dicho mas arriba que en las personas que tienen sudores abundantes podia infiltrarse este líquido bajo la epidermis, levantarla y determinar vesículas.

Botones purulentos; pústulas.—Se designan con el nombre de pústulas unos botones líquidos caracterizados por la existencia de pus debajo del epidermis. Como en las vesículas, hay al principio una exudacion serosa, pero al mismo tiempo se desarrolla un número considerable de células jóvenes que se mezclan á la serosidad, dándola un color blanco ó amarillento.

Hay dos clases de pústulas: fízáceas y psidráceas.

Las primeras son anchas, planas y con frecuencia purulentas desde la base al vértice. Tal es: el ectima.

Las segundas son mas salientes, mas puntiagudas, purulentas en su parte superior y duras en su base, constituidas por una elevacion inflamatoria del dermis. Tales son: el impétigo, la miliar blanca, el acné y la mentagra pustular.

La pústula del ectima consiste en un levantamiento del epidermis por un líquido que contiene células purulentas. Algunas veces se hace asiento el corion de la inflamacion, y existe entonces una ulceracion que deja cicatrices.

El impétigo está caracterizado por pequeñas pústulas agrupadas, que descansan en una superficie roja y cuyo líquido se concreta, despues de la ruptura de aquellas, y forma costras gruesas, blandas y de un color amarillento.

En la miliar las pústulas, cuyo volúmen no excede del de un grano de mijo, están esparcidas en una gran superficie, se rompen despues de cierto tiempo, producen una ligera supuracion y no dejan ninguna cicatriz.

El acné está caracterizado por pústulas puntiagudas, discretas ó confluentes, cuya base papulosa continúa frecuentemente indurada durante cierto tiempo despues de su desaparicion. Tienen por asiento anatómico los folículos sebáceos. Ora está alterado, inflamado el folículo solamente, ora sus paredes y las partes vecinas de la piel son tambien asiento de una inflamacion; de aquí la induracion tuberculosa que de ordinario se observa alrededor de la pústula.

La mentagra pustulosa consiste en la inflamacion de los folículos pilosos; el dermis circundante toma parte en la inflamacion y se indura é infiltra.

Forúnculo.—El forúnculo está formado por un tumor rojo, violáceo, cónico, que termina por supuracion y deja escapar un producto particular, raiz ó clavo; tiene por asiento un folículo piloso ó sebáceo.

Absceso dérmico.—Llámanse así pequeños tumores purulentos, cuyo asiento parece estar en los folículos sudoríparos (hidrosadenitis).

Botones hipertróficos.—Comprenden: las pápulas y los tubérculos.

Pápulas.—Se llaman así unas protuberancias macizas, no líquidas; de volúmen variable, pero que no excede, por lo general, del de una cabeza de alfiler; discretas ó confluentes y debidas á una exudacion circunstrita del dermis.

El órden de las pápulas comprende dos variedades: el liquen y el prúrigo (véanse estas afecciones genéricas). Las pápulas están constituidas ya por una hipertrofia de las papilas, ya por un exudado y una proliferacion celular del dermis (red mucosa de Malpighi); en fin, Hèbra pretende que en el liquen piloso es debida la elevacion dérmica á la produccion anormal y al acúmulo del epidermis alrededor del orificio de los folículos pilosos. Rodeando entonces á los pelos las vainas tubulosas epidérmicas son entonces retenidas en el conducto excretor y se agregan capas sucesivas hasta que se forma una protuberancia epidérmica atravesada por un pelo.

Tubérculos.—Designanse con el nombre de tubérculos unas elevaciones voluminosas, indolentes, que se hunden por su base en el tejido sub-dérmico, que presentan gran tendencia á la ulceracion y están constituidas por la hipergénesis de los elementos preexistentes á la infiltracion inflamatoria de las partes enfermas.

Distínguense los tubérculos en escrofulosos, sifilíticos, elefantíacos (leprosos), cancerosos (epitelioma y cáncer), el molluscum, el boton de Alepo y el frambœsia.

El volúmen de los tubérculos varía desde el de una lenteja al de un guisante ó una avellana. Su color no difiere del de las partes circunvecinas, ó es rosado, rojo, ocráceo ó cobrizo.

Tan pronto se terminan por resolucion, como son seguidos de ulceraciones.

DE LAS ESFOLIACIONES.

Se designa con el nombre de esfoliacion una lesion caracterizada por la presencia, en la superficie de la piel, de abundantes lá-

minas epidérmicas, de costras mas ó menos gruesas formadas por la desecacion de líquidos ó por parásitos vivos ó muertos.

Definida así, comprende la esfoliacion propiamente dicha, que consiste en la existencia de láminas epidérmicas (producto de secrecion), y las costras debidas á la desecacion de un líquido sebáceo sero-albuminoso ó purulento.

La esfoliacion está caracterizada ora por la existencia de pequeñas laminillas parecidas al salvado—entonces es pulverulenta,—ora por largos colgajos de epidermis (escarlatina).

Algunas veces la esfoliacion es congénita (ictiosis), con mas frecuencia es accidental: ya se halla limitada, ya esparcida por toda la superficie del cuerpo.

Las escamas ó láminas de la esfoliacion presentan un tinte variado; ora cambiante nacarino, ora blanco como la nieve, ora, en fin, ligeramente amarillento.

Las costras son amarillentas, verdosas ó negruzcas, superficiales ó engastadas en la piel, secas ó húmedas, dispuestas en forma de ostras, etc.

La esfoliacion es bastante fácil de distinguir de las demás lesiones de la piel, y es preciso siempre tener cuidado de distinguir la esfoliacion primitiva de la consecutiva á una mancha, á una pápula... En este último caso ha sido precedida de fenómenos cutáneos que han persistido durante cierto tiempo. Muchas veces es difícil diferenciar á simple vista la esfoliacion epidérmica de la sero-albuminosa. No obstante, esta es mas húmeda y el microscopio demuestra que existen un gran número de glóbulos pióides y purulentos en medio de células epidérmicas, mientras que la esfoliacion epidérmica solamente está constituida por células pavimentosas.

La esfoliacion epidérmica resulta de la secrecion anormal y exagerada de escamas epidérmicas, que se desprenden sucesivamente en colgajos mas ó menos anchos. Estas escamas se hallan frecuentemente mezcladas con una exudacion poco abundante.

Las costras son el resultado de la desecacion de un líquido sebáceo, sero-albuminoso ó purulento.

DE LAS ÚLCERAS.

Con este nombre se designan unas soluciones de continuidad de la piel sostenidas por una causa interna ó externa.

Si la solucion de continuidad es superficial y determinada por el rascamiento ó la ruptura de los botones húmedos se llama es-

coriacion. Entonces se destruye el epidermis, dejando al descubierto la capa mucosa.

Si, por el contrario, es estrecha y superficial se llama fisura; el corion está generalmente alterado.

Se designa mas especialmente con el nombre de ulceracion una solucion de continuidad superficial, redondeada y que tiene por asiento predilecto las membranas.

La úlcera, propiamente dicha, consiste en una pérdida de sustancia mayor que la de las formas precedentes.

El diagnóstico de las úlceras de la piel no ofrece ninguna dificultad. No sucede lo mismo con el de las úlceras de las mucosas, frecuentemente inaccesibles á nuestros sentidos. El empleo de ciertos instrumentos, del laringoscopio, por ejemplo, nos permite, no obstante, percibir ulceraciones profundamente situadas.

El asiento de las úlceras es muy variable y muy importante bajo el punto de vista del diagnóstico; todas las partes de la piel pueden ser asiento de úlceras. Sin embargo, hay sitios de predileccion para cada enfermedad; el cuello para la escrófula, las partes genitales para la sífilis, etc.

La forma de las úlceras es muchas veces especial: es redondeada, oval ó irregular, los bordes son despegados y violáceos ó cortados á pico y rodeados de una aureola rosada, roja ó cobriza.

El número, la extension y la profundidad de las úlceras son excesivamente variables, y no se prestan á ninguna consideracion general.

El fondo de las úlceras es agrisado, negruzco, violáceo ó de un rojo vinoso; segrega un líquido variable, que de ordinario se concreta y forma costras amarillentas, verdosas ó negruzcas.

Las úlceras constituyen siempre lesiones bastante graves; pueden ser inoculables, resisten durante largo tiempo á los medios terapéuticos empleados, invaden, en ciertos casos, superficies muy extensas (úlceras fagedénicas), y dejan siempre cuando se curan una cicatriz, estigma indeleble de su existencia.

Por otra parte, el pronóstico varía segun el punto que ocupan, su número, su profundidad, y, sobre todo, segun la enfermedad de que son manifestacion.

DE LAS CICATRICES.

Se designa con este nombre el tejido de nueva formacion consecutivo á una pérdida de sustancia de los tegumentos.

Las cicatrices difieren de las señales que suceden á la evolu-

cion de una mancha ó boton en que aquellas son permanentes, mientras que estas señales acaban por desaparecer al cabo de mas ó menos tiempo.

Las cicatrices solo pueden ser desconocidas por un espíritu poco observador.

Pueden, como las úlceras, tener por asiento todos los puntos del cuerpo; pero, como las úlceras de que son consecuencia, tienen sitios de predileccion segun cada enfermedad, el cuello en la escrófula, las partes genitales en la sífilis.

Las cicatrices son redondas, ovales ó irregulares; algunas veces tienen la forma de una herradura ó una T.

Pueden ser lisas, planas ó con pliegues, abarquilladas y arrugadas, sembradas de elevaciones, de partes exuberantes, que resultan, ya de que no se han deprimido los botones carnosos, ya de la misma enfermedad durante cuyo curso han sobrevenido.

Algunas veces están profundamente deprimidas y aun adherentes á los huesos. Entonces constituyen una prueba de la alteracion de los huesos.

Ora es su coloracion enteramente blanca, ora blanca en el centro y violácea en la periferia, y solo despues de un tiempo bastante largo es cuando desaparece la coloracion oscura y la cicatriz se hace blanca por completo.

Ciertas sustancias empleadas para hacer las curas, por ejemplo, el tafetan negro de Inglaterra, pueden dar origen á cicatrices coloreadas (1).

Cuando un individuo se halla afectado de una quemadura producida por la pólvora, la cicatriz presenta puntos negros, debidos á los granos de pólvora incrustados en su tejido.

El tejido cicatricial puede hipertrofiarse, existiendo entonces un queloide cicatricial.

Las cicatrices son retráctiles, y de esta retraccion resultan con frecuencia deformaciones.

Las cicatrices se distinguen fácilmente de los tejidos vecinos por su aspecto liso y reluciente, su blancura, debida á la falta de pigmento, y la ausencia de pelos y de orificios glandulares en su superficie. Están formadas por tejido conectivo.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie.—Cicatrice.*

DE LAS AFECCIONES GENÉRICAS DE LA PIEL.

Hemos visto que existen afecciones genéricas y propias.

Es afeccion genérica, ó género dermatológico, la que presenta ciertos caracteres especiales que la diferencian de los géneros próximos y que ofrece especies, cada una de las cuales tiene, además de los del género, caracteres particulares que la separan de las especies vecinas.

El eczema es un género, puesto que está caracterizado por una evolucion anatómica y sintomatológica diferente de la del liquen, del acné..., y presenta especies, escrufulosa, sifilítica, artrítica, herpética, cada una de las cuales ofrece, á mas de los del género, caracteres especiales capaces de hacerla reconocer por un ojo ejercitado.

Existen afecciones genéricas eritematosas, vesiculosas, flictenosas, pustulosas, forunculosas, flegmonosas, papulosas, tuberculosas y escamosas.

El cuadro siguiente dará clara idea de las afecciones genéricas:

1.º Eritematosas.	}	Eritema. Urticaria. Roseola.
		Miliar.
2.º Vesiculosas.	}	Herpe. Eczema. Varicela.
3.º Flictenosas.	}	Pénfigo. Rupia.
		Acné.
4.º Pustulosas.	}	Ectima. Impétigo. Mentagra.
5.º Forunculosas.	}	Forúnculo. Antrax.
6.º Flegmonosas (inflamacion de las glándulas sudoríparas).	}	Hidrosadenitis.
7.º Papulosas.	}	Liquen. Prúrigo.
8.º Tuberculosas.	}	Lupus.
9. Escamosas.	}	Pitiriasis. Psoriasis.

AFECCIONES ERITEMATOSAS.

DEL ERITEMA.

Definición.—Desígnase con el nombre de eritema: una afección de la piel en via de evolucion, caracterizada en su período de estadio por manchas congestivas rosáceas ó rojas, bastante anchas, que no ocasionan gran comezon y terminan por resolverse, presentando ó no una descamacion ligera.

Sintomatologia.—Unas veces aparece bruscamente el eritema; otras, por el contrario, preceden á la erupcion fenómenos prodrómicos cuya duracion varía de uno á tres dias, y que consisten en: malestar general, quebrantamiento de miembros, comezon ó picotazos en las partes que han de ser asiento de la afeccion, movimiento febril moderado, que contrasta con la fiebre intensa inicial de las pirexias eruptivas (viruela, escarlatina); y, en fin, perturbacion de las funciones digestivas, es decir, anorexia, capa blanca de la lengua, sed, dificultad en las digestiones.

Hayan existido ó no estos fenómenos precursores, aparecen en la superficie del tegumento externo manchas congestivas rosadas ó rojas, que difusas al principio y mal limitadas, tardan poco en circunscribirse; pueden conservar mientras duren el tinte rosáceo del principio, pero con mas frecuencia, adquieren una coloracion subida, de frambuesa y aun violácea; son circulares, ovals (E. circinado) ú ofrecen una forma irregular; su superficie puede ser plana y lisa ó cubrirse de elevaciones papulosas ó tuberculosas (E. pápulo-tuberculoso); tan pronto presentan en su circunferencia un relieve, un rodete, que las separan de las partes circunvecinas (E. marginado), tan pronto, por el contrario, la coloracion morbosa se confunde insensiblemente con el tinte normal de la piel; algunas veces son ovals, presentan una elevacion media del volúmen de una avellana ó de una nuez pequeña, que parece sumergida en el tejido celular sub-cutáneo (E. nudoso).

La extension que ocupan es muy variable; en efecto, si bien pueden no exceder las manchas eritematosas de las dimensiones de un duro, ni aun de una pieza de dos pesetas, frecuentemente ocupan toda una region, por ejemplo: la cara dorsal de las manos, las megillas, la frente; por último, desaparecen bajo la presion del dedo, y son ó no asiento de una comezon muy débil ó de ligeras punzadas.

Llegado el eritema á su mas alto grado de intensidad recorre una marcha inversa á la que ha seguido durante el período de incremento; entonces se decoloran progresivamente los tegumentos y desaparecen por grados el rodete circunferencial y la coleccion, si han existido estos dos fenómenos. En fin, cuando declina la afeccion, aparece con frecuencia una ligera descamacion en las partes enfermas, que no tarda en cesar por sí misma.

Algunas veces tambien nacen en la superficie del eritema vesículas, burbujas, flictenas y hasta una secrecion purulenta, como puede observarse en el intertrigo purifluente...; pero deben mirarse estos fenómenos como esencialmente accidentales, y no pueden ser considerados como formando parte integrante de la evolucion natural de la afeccion.

Marcha, duracion, terminacion.—Ora sigue el eritema la marcha de los pseudo-exantemas, desapareciendo espontáneamente hácia el duodécimo ó décimoquinto dia de su existencia; ora no se le puede asignar ningun límite, viéndole prolongarse durante meses y años y recidivar muchas veces antes de desaparecer; ora, en fin, su duracion es efímera y en relacion con la persistencia de la causa que le ha dado origen.

Caractères anatómicos.—Considerado el eritema bajo el punto de vista de su situacion topográfica puede ocupar todas las partes del cuerpo; considerado bajo el del asiento anatómico consiste en la congestion de los vasos capilares del dérmis; en una de las variedades del eritema hasta se produce una extravasacion sanguínea en el tejido celular, de lo que resultan nudosidades dolorosas, ovaes, ofreciendo una coloracion violácea, que no tarda en dar lugar á un tinte amarillento, indicio de la reabsorcion de la sangre acumulada (E. nudoso).

Diagnóstico.—Pudiera confundirse el eritema con la erisipela; pero ordinariamente precede á ésta un escalofrio que, por el contrario, casi nunca forma parte del cortejo de fenómenos precursores del eritema.

En la erisipela existe un superficie roja, elevada y sensible á la presion; mientras que, por lo general, las manchas eritematosas no exceden del nivel de las partes circunvecinas, y no son dolorosas á la presion ó lo son muy poco.

La erisipela presenta sus bordes claramente limitados por una elevacion festoneada, al paso que el rubor eritematoso ofrece una decoloracion progresiva que se confunde insensiblemente con las partes sanas.

Por último, á consecuencia de la erisipela se observan la in-

filtracion del tejido celular por linfa plástica ó pus y la gangrena de las partes sub-yacentes á la piel, resultados de la inflamacion que no se observan nunca en un enfermo afectado solamente de eritema.

Diferencias mas marcadas todavía separan el sarampion y la escarlatina del eritema; ambos, en efecto, son contagiosos, precedidos de síntomas prodrómicos patognomónicos y acompañados de una intensa fiebre, caractéres que no se observan en el eritema; en fin, las erupciones escarlatinosas y del sarampion están repartidas por toda la superficie del cuerpo, mientras que el eritema no ocupa mas que una parte poco extensa de ella.

La roseola se distingue del eritema por las pequeñas dimensiones, la multiplicidad y la diseminacion de las manchas por toda la superficie del cuerpo.

La urticaria se distingue suficientemente del eritema por la existencia de pápulas, rosadas ó rojas en la periferia, decoloradas en el centro, afectadas de un prurito intenso, y que aparecen y desaparecen súbitamente, sin dejar ninguna huella, por decirlo así.

Tambien la lepra se distinguirá fácilmente del eritema si se atiende á que en esta última afeccion nunca se observan la coloracion bronceada de la cara, del cuerpo, la existencia de tubérculos cutáneos y sub-cutáneos, el catarro nasal, la ronquera, la insensibilidad de los tegumentos..., séquito habitual de la lepra. Esta enfermedad solo estaría caracterizada entonces por la existencia de manchas, cuyo color amarillo leonado, la no-decoloracion por la presion y su insensibilidad bastarian para diferenciarlas de las manchas eritematosas.

Pronóstico.—Considerado en sí mismo, es el eritema una afeccion ligera que tiende á desaparecer espontáneamente; pero mirado bajo el punto de vista de su origen, de las causas que lo han producido, constituye una afeccion de pronóstico en extremo variable. Si se debe á la presencia de parásitos ó á la accion de agentes irritantes, su pronóstico es de los más benignos, puesto que basta quitar la causa para que desaparezca el efecto; si es el reflejo de un estado general de la economía, si reconoce por causa una enfermedad constitucional, constituye entonces una afeccion más seria, porque debe hacer temer la aparicion de nuevas manifestaciones cutáneas, mas rebeldes y graves, al cabo de un tiempo mas ó menos remoto.

Etiología.—El eritema debe dividirse en: por causa externa y por causa interna.

1.º El eritema por causa externa es debido á un agente mecánico ó físico, ó es provocado, artificial.

(a.) El eritema por causa mecánica es debido á la picadura ó mordedura de pequeños animales no venenosos, tales como el rojillo, el mosquito, la pulga, las procesionarias (1); ó á la accion prolongada de los rayos solares, del frio, del decúbito prolongado, etc.

(b.) El eritema artificial se divide en provocado directo y patogenético. El provocado directo se encuentra frecuentemente en los obreros que, por su profesion, están obligados á servirse de sustancias irritantes, tales como los productos químicos, farmacéuticos, etc.

Determinan el eritema provocado directo: ciertos agentes medicamentosos, la harina de mostaza, la pez de Borgoña, la clemátide, etc.; algunos productos fisiológicos ó morbosos; el sudor, las lágrimas en la epífora, el moco vaginal en la blenorragia, etc.; y la insercion bajo el epidermis, de materias venenosas, como el veneno de las abejas, de las avispas, de los abejorros, etc.

Por último, el trichophyton (vegetal parásito), determina el eritema circinado parasitario, eritema provocado directo parasitario.

Los eritemas provocados indirectamente, ó patogenéticos, son consecutivos á la absorcion de la belladona, del iodo, etc., ó á la ingestion de maíz, alterado por el verdin (2), (E. pelagroso).

2.º El eritema por causa interna aparece en el curso de una enfermedad febril (E. fugax de las fiebres, del estado puerperal) ó en el de la artritis ó de la escrófula (enfermedades constitucionales).

El eritema artrítico es pseudo-exantemático (E. marginado, papuloso, nudoso) ó crónico (E. pápulo-tuberculoso, ó intertrigo). A la escrófula se refieren: el sabañon y el eritema indurado.

(1) El nido del *bombix procesionea* de los autores desprende, al moverle con cualquier cuerpo, ciertas emanaciones que aun á larga distancia producen inmediatamente en todo el cuerpo una erupcion papulosa mas ó menos confluyente.

(2) Vegetal parásito del maíz averiado, altamente venenoso.—(N. del T.)

Causas del eritema.

Eritema por causa externa..	{ Mecánico.	
	{ Artificial..	{ Provocado directo.
		{ Patogenético.
		Sintomático de una enfermedad febril.
Eritema por causa interna..	{ Artrítico..	{ Agudo.. { Papuloso.
		{ Marginado.
		{ Nudoso.
	{ Crónico..	{ Intertrigo.
		{ Pápulo-tuberculoso
	{ Escrofuloso.....	{ Pernio.
		{ Indurado.

Tratamiento.—Considerado el eritema como afección genérica, solo da lugar á las siguientes indicaciones terapéuticas: conviene, en general, separar las partes contiguas con ayuda de hilas, ó un lienzo, y expolvorear las superficies enfermas con almidon, licopodio, sub-nitrato de bismuto, etc. Estos polvos son los mejores tópicos, y deben emplearse con preferencia á los líquidos, á los cuerpos grasos, etc.

Pero, ante todo, es preciso tener en cuenta la causa que ha producido el eritema. El eritema artificial no exigirá mas que el alejamiento de la causa; el parasitario los parasiticidas; el pseudo-exantemático desaparece espontáneamente, pero abreviarán su duracion: un purgante, un emeto-catártico, una pequeña sangría; en fin, los eritemas escrofuloso y artrítico necesitarán un tratamiento anti-artrítico y anti-escrofuloso.

DE LA ROSEOLA.

La roseola es una afección de la piel, no contagiosa, apirética, caracterizada en su período de estadio por pequeñas manchas rosadas ó de un rojo claro, de configuracion variable, sin elevacion sobre las partes circunvecinas y terminandose por resolucion, con ó sin descamacion del epidermis.

Sintomatologia.—La erupcion roseólica, precedida ó no de quebrantamiento, fiebre, anorexia, etc.; se manifiesta al principio por manchas difusas, pálidas y que escapan fácilmente á un exámen superficial; pero bien pronto es reemplazado este jaspeamiento de la piel por manchas desiguales, de formas variadas, ora redondas ú ovals, ora figurando una media luna, un semicírculo, ora completamente irregulares, de algunos milímetros de extension, de color variable entre el rosa pálido y el rojo oscuro, separadas por intervalos de piel sana, planas y lisas,

y acompañadas ó no de sensacion de calor, punzadas ó quemadura.

Las manchas presentan algunas veces en su centro una pequeña elevacion vesiculosa, comparable á la de la miliar, ó por el contrario, una pequeña prominencia papulosa (R. miliar, ó papulosa). Otras veces se observa una descamacion mas ó menos abundante (R. escamosa). Puede la erupcion ocupar una sola parte del cuerpo, la garganta del pie, las rodillas, las muñecas, etc., ó estar, por el contrario, generalizada.

Despues de un tiempo variable, desde algunos dias á uno ó dos setenarios, palidecen las manchas, despréndense las escamas, bajan las elevaciones papulosas y no queda rastro de la erupcion. Sin embargo, como consecuencia de la roseola se observan muchas veces manchas negruzcas ó amarillentas, que persisten durante semanas y meses, y una ligera descamacion de la piel. La roseola miliar, principalmente, produce esta descamacion. En ciertos casos se observa una congestion de la conjuntiva ó del istmo de las fauces, indicio de haberse estendido la lesion á las membranas mucosas.

Marcha, duracion, terminacion.—La roseola es aguda ó crónica; si lo primero, dura algunos dias, uno ó dos setenarios; si lo segundo, puede persistir durante muchos meses. Termina siempre por resolucion, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de un tratamiento apropiado. Hánse citado ejemplos raros de la desaparicion súbita de la erupcion y la aparicion de fenómenos mas graves, ó de la trasformacion inusitada de las manchas en elementos pápulo-tuberculosos (R. sifilítica).

Diagnóstico.—Hemos indicado las diferencias que separan la roseola del eritema. El sarampion y la escarlatina se distinguen por la existencia de prodromos especiales, de mayor intensidad que los de la roseola; la temperatura de la piel es mas elevada en el período prodrómico de la escarlatina y del sarampion que en el de la roseola.

La erupcion de la escarlatina está caracterizada por un enrojecimiento uniforme de la piel ó por una série de pequeñas elevaciones que se tocan por su base.

La erupcion del sarampion se asemeja mucho á la de la roseola; difiere de ésta, sin embargo, por su mayor intensidad, su marcha regular y su abundante descamacion. Ordinariamente coexisten con ella fenómenos catarrales de las mucosas ocular, nasal, faríngea, bronquial é intestinal.

Tambien podría confundirse la roseola miliar con la *miliar*;

pero mientras que en esta última afección la vesícula es el elemento primitivo y constante, en la roseola constituye un elemento accidental y secundario á la presencia de las manchas.

Pronóstico.—Considerada la roseola en sí misma é independientemente de la causa que la ha originado, no presenta ninguna gravedad; desaparece, de ordinario, espontáneamente y sin dejar señal alguna de su existencia.

Anatomía patológica.—La erupción de la roseola consiste en una hiperemia de la piel, limitada á pequeñas partes circunscritas; es un género dermatológico caracterizado por una mancha y que debe colocarse entre el eritema y la urticaria.

Etiología.—Admitimos una roseola por causa externa y otra por causa interna. La primera aparece cuando es excitada la piel fuertemente por los vivos calores del estío (R. estival, provocada directa), ó consecutivamente á la ingestión de la copaiba, de la cubeba (R. patogenética). La segunda es: pseudo-exantemática esencial, sifilítica ó herpética. La pseudo-exantemática sobreviene en la infancia y la juventud bajo la influencia de las emociones morales y de las vicisitudes atmosféricas; á veces reina epidémicamente.

Causas de la roseola.

Roseola por causa E.	{	Provocada directa.	Provocada por el calor.	}	R. por causa I.	{	Pseudo-exantemática esencial.	R. miliar.	Comun.	Granulada.	Papulosa.
		Patogén- tica.	Provocada por la ingestion de copaiba, cubeba, etc.				Herpética				

Tratamiento.—Considerada la roseola como afección genérica no da lugar á ninguna indicación especial; pueden aconsejarse baños, lociones astringentes, etc.; pero cada una de las especies de roseola exigen distinto tratamiento. La roseola pseudo-exantemática desaparece espontáneamente y no exige mas que tisanas aciduladas, laxantes, etc.; las roseolas sifilítica y herpética necesitan un tratamiento específico.

DE LA URTICARIA.

Con el nombre de urticaria se designa una afección de la piel, en vía de evolución, caracterizada en su período de estadio por placas congestivas rosáceas ó rojas, algunas veces decoloradas en el centro, de un diámetro variable desde algunos milímetros á dos ó tres centímetros, acompañadas de un prurito seme-

jante al que determina la picadura de las ortigas, placas que aparecen y desaparecen bruscamente.

Sintomatología.—Algunas veces preceden á la erupcion prodromos, que consisten en: fiebre, malestar general, cefalalgia, pandiculaciones, náuseas, vómitos, diarrea, etc.

Hayan ó no existido estos fenómenos, se siente un prurito, mas ó menos intenso, en diversos puntos del cuerpo, en los miembros, pecho, cuello, cara, é induce al enfermo á rascarse; entonces aparece una erupcion caracterizada por placas salientes, duras, redondeadas ú ovals, de cuatro milímetros á dos, tres y aun cinco centímetros de diámetro, rosadas ó rojas, cuya coloracion desaparece á la presion, con frecuencia blanquecinas y decoloradas en el centro. Algunas veces son las placas enteramente blancas, siendo quizá debida esta decoloracion á la compresion de los vasos del cuerpo papilar por serosidad.

En lugar de elevaciones, pueden observarse simples manchas rojas ó rosáceas, que desaparecen bajo la presion del dedo, algunas veces muy extensas, parecidas á la erupcion escarlatinoso, y que sobresalen ligeramente del nivel de las partes circunvecinas (U. maculosa).

Algunas veces se presenta la erupcion bajo la forma de líneas sinuosas rojas ó rosadas, de una longitud muchas veces desmedida, y que parecen producidas por latigazos (U. girata).

En otros casos ofrecen las placas de urticaria una elevacion papulosa en su centro, como la del líquen, ó por el contrario, una gruesa eminencia tuberculosa, que se engasta en el tejido celular sub-cutáneo (U. papulosa y tuberculosa).

En fin, obsérvase á veces en el centro de las pápulas una mancha negruzca, debida á una hemorragia capilar de forma congestiva (U. hemorrágica).

Ora las placas son discretas, ora están de tal modo aproximadas que algunas se confunden (U. conferta).

No solamente puede ocupar la erupcion la superficie de la piel, sino que tambien el interior de la boca.

Ya exista una ú otra de estas formas, despues de una duracion variable de dos á algunas horas, desaparece la erupcion sin dejar el menor vestigio, ó bien un ligero tinte rojo ó violáceo, que se desvanece pronto.

Frecuentemente desaparece dé un punto la erupcion para volver á manifestarse en otro. De ordinario, se reproduce muchas veces, con intervalos variables, antes de curarse por completo.

Los fenómenos generales que á veces experimenta el enfer-

mo al principio desaparecen en cuanto brota la erupcion; y si mas tarde existe un ligero movimiento febril, solo es en el momento en que vuelve á aparecer la erupcion; pero mas ordinariamente, el intenso prurito determina insomnio y agitacion.

Marcha, duracion, terminacion.—La urticaria se presenta en estado agudo ó crónico; cuando reviste la primera forma, su duracion varía de ocho á quince dias, no dejando despues de sí mas que una ligera descamacion, si es muy intensa; cuando reviste, por el contrario, la forma crónica, puede durar meses y aun años. Entonces es siempre sintomática de la artritis ó del herpe. La urticaria tuberosa, manifestacion artrítica, deja con frecuencia manchas azuladas, que no desaparecen bajo la presion del dedo é indican una extravasacion sanguinea.

Anatomia patológica.—Las placas de urticaria son el resultado de congestiones limitadas del dermis, acompañadas de un edema parcial.

Diagnóstico.—Tres fenómenos caracterizan la urticaria: la existencia de placas rosadas, pálidas en su centro, cuya coloracion desaparece á la presion; un prurito intenso, y una brusca aparicion y no menos brusca desaparicion de la erupcion, al cabo de poco tiempo.

Estos síntomas diferencian la urticaria del eritema, caracterizado por manchas congestivas, sin elevacion sobre el nivel de la piel, desprovistas de prurito y circunscritas á una region limitada del cuerpo; de la roseola, constituida por manchas rosáceas, no elevadas ni pruriginosas, y que persisten durante muchos dias; de la pitiriasis rubra, caracterizada por manchas rojas, poco salientes, dispuestas en semicírculo, cubiertas de escamas, y que no desaparecen sino despues de cierto tiempo; y de la epinictide, caracterizada por una erupcion que aparece durante la noche y desaparece durante el dia.

En la declinacion de la urticaria, y cuando solo está caracterizada por manchas violáceas, círculos, equimosis, la erupcion es difícil de reconocer, y el diagnóstico no se establece mas que por los conmemorativos, es decir, la existencia anterior de placas rojas, pálidas en su centro, pruriginosas, y cuyo desarrollo brusco ha sido seguido de una rápida desaparicion.

Pronóstico.—La urticaria no presenta ninguna gravedad. La forma aguda es menos grave que la crónica, la cual puede persistir meses y aun años, y depende de una enfermedad constitucional difícil de curar (artritis, herpe).

El prurito es con frecuencia un síntoma incómodo, por el in-

somnio, la excitación que determina y la dificultad de hacerlo desaparecer. Por último, Trousseau ha señalado la posibilidad, felizmente rara, de accidentes nerviosos, tales como la anestesia y la amiostenia de los miembros inferiores, á consecuencia de la urticaria.

Etiología.—Admitimos una urticaria por causa externa y otra por causa interna.—La primera aparece bajo la influencia del contacto de las ortigas, de las procesionarias, de las actinias ú ortigas de mar (U. provocada directa), ó consecutivamente á la absorcion de ciertas sustancias alimenticias, entre las que es preciso citar: las langostas de mar, las almejas, los cangrejos, los cabrajos (1), la langosta, los gamaros (2), los pescados salados ó ahumados, el puerco, las fresas, los cohombros, *la valeriana, el beleño y la copaiba* (U. patogenética).

La urticaria, por causa interna, es sintomática de un pseudo-exantema, de algunas enfermedades febriles ó de una enfermedad constitucional.

La urticaria pseudo-exantemática, sobre todo, es frecuente en los niños y mujeres; se observa principalmente en primavera ó verano, bajo la influencia de las bruscas transiciones de temperatura, y reina algunas veces epidémicamente; muchas son designadas con el nombre de fiebre ortigosa, porque la erupcion es precedida de los fenómenos generales que hemos indicado. Es tambien ocasionada por emociones morales, el miedo. Ultimamente, la he observado en una mujer á la que debian practicar la puncion de un quiste del hígado.

La urticaria aparece algunas veces en el curso de la pneumonia, de la pleuresia, en ciertas formas de fiebre intermitente ó en el trabajo de la denticion (U. febril).

La urticaria, en fin, es una manifestacion del herpe y de la artritis. Se la observa bastante á menudo en el curso del reumatismo articular agudo.

Causas de la urticaria.

Urticaria por causa ex- terna.....	{ Provocada di- recta..... } { Patogenética . . }	} Producida por las ortigas, actinias, etc. — almejas, langostas de mar, fresas, etc.
— interna..	{ Herpética..... } { Artrítica..... }	enidosis ó U. crónica. { Aguda ó U. hemorrágica. Crónica.—enodosis.

(1) Cangrejos grandes de mar.—(N. del T.)

(2) Langostinos de mar.—(N. del T.)

Tratamiento.—La erupcion urticaria no da lugar, por sí misma, mas que á un pequeño número de indicaciones terapéuticas.

Contra el movimiento fluxionario que tiende á operarse hácia la piel, se emplearán las bebidas aciduladas, los baños emolientes, ligeros purgantes ó hasta una evacuacion sanguínea.

Se aconsejarán contra el prurito lociones alcalinas, de sublimado, de agua blanca, de cianuro potásico, y las preparaciones opiáceas al interior.

Mas, por encima del tratamiento exigido por la afeccion genérica se coloca el de la causa que la ha dado origen.—Se administrará, pues, un emético—si es patogenética (almejas, langostas de mar)—ó sustancias anti-artríticas ó anti-herpéticas—si es artrítica ó herpética.

AFECCIONES VESICULOSAS.

DE LA MILIAR.

Desígnase con el nombre de miliar una afeccion de la piel, caracterizada por pequeñas vesículas del volúmen de un grano de mijo, agrupadas en gran número sobre extensas superficies, conteniendo un líquido, al principio trasparente, despues opaco, seguidas de una ligera descamacion, y no dejando nunca, despues de ellas, cicatriz alguna.

Sintomatología.—Precedida ó no de fenómenos generales—segun que ha sido producida por una causa externa ó interna—la miliar está caracterizada por pequeñas manchas rojas, discretas ó confluentes que presentan inmediatamente despues de su aparicion ligeras elevaciones vesiculosas en su centro. Estas vesículas contienen un líquido trasparente, á través del cual se percibe el color rojo del dérmis (miliar roja); pero, veinticuatro ó treinta y seis horas despues de su produccion, el líquido se enturbia, se hace purulento y da un aspecto lechoso á la vesícula (M. blanca). Despues de dos ó tres dias de existencia las vesículas se secan, se deprimen y dan lugar á una ligera esfoliacion epidérmica.

Rara vez excede el volúmen de las vesículas del de una cabeza de alfiler; la duracion de cada una es de dos á tres dias, y con frecuencia aparecen muchas erupciones sucesivas, de modo que es posible seguir en un mismo enfermo y en un momento dado

toda la evolucion de las vesículas, pudiendo prolongarse la afeccion durante muchos setenarios.

Marcha, duracion, terminacion.—La miliar es aguda ó crónica: si lo primero, dura de ocho á quince ó veinte dias; si lo segundo, persiste durante meses; esta duracion se advierte cuando la miliar existe en individuos caquéuticos.

Pronóstico.—En sí misma la miliar no tiene gravedad alguna; pero la enfermedad que la da origen es á veces seria; testigo, el sudor miliar.

Diagnóstico.—La miliar constituye un género distinto del herpe, cuyas vesículas, mas gruesas, están agrupadas sobre una superficie limitada; de la sudamina, caracterizada por pequeñas vesículas transparentes, hemisféricas, que no descansan en una superficie roja ni ocasionan prurito, y cuya serosidad nunca se vuelve purulenta; del eczema agudo, caracterizado por vesículas menores que las de la miliar, que descansan en una superficie roja, se rompen despues de una corta duracion y dejan al descubierto una superficie, asiento de una exudacion mas ó menos abundante; y del acné miliar, constituido por pústulas puntia-gudas, atravesadas en su centro por un pelo y rodeadas de una ligera aureola roja.

Etiología.—Existe una miliar por causa externa y otra por causa interna.

La primera es debida á la produccion de sudores copiosos, á la accion de las preparaciones sulfurosas ó mercuriales sobre la piel (M. provocada directa), y segun Imbert-Goubeyre, á la ingestion del arsénico (M. patogenética).

Hay muchas especies de miliar por causa interna.

M. Bazin admite una fiebre miliar idiopática análoga á la fiebre ortigosa; es un pseudo-exantema benigno, que termina espontáneamente por la curacion.

La miliar es una de las manifestaciones de la fiebre del mismo nombre, piroxia epidémica, y algunas veces grave.

El Dr. Gueniot ha considerado la miliar de las púerperas como una especie diferente, que se separa del sudor miliar, de la miliar sudoral, por caractéres distintivos. M. Bazin no acepta esta opinion y profesa la de que esta erupcion constituye solamente un fenómeno secundario y, las mas veces, sin importancia.—Así sucede, á su parecer, con la miliar observada en el curso de la escarlatina, de la dotinenteria, del tífus, de la fiebre pútrida, del reumatismo articular agudo, de la fiebre intermitente, etc.; esta erupcion es entonces un simple epifenómeno de dichas enferme-

dades y quizá debe ser considerada como resultado de los sudores abundantes que presentan los enfermos, y clasificada entre las miliars por causa externa.

Bajo el punto de vista etiológico podemos, pues, admitir las siguientes especies de miliar:

Miliar por causa externa.....	{ Provocada directa..... }	{ Debida á la accion del sudor,—sudoral. — de sustancias medicamentosas, — medicamentosa.		
			{ Patogenética. . . }	{ Consecutiva á la ingestion del arsénico.
— interna..	{ Pseudo-exantemática. Pirética..... }	{ <i>Sudor miliar.</i>		
			{ Sobreviniendo en el curso de las enfermedades febriles. }	{ Fiebre puerperal;
				{ Viruela;
				{ Escarlatina;
		{ Fiebre tifoidea;		
		{ Reumatismo articular, etc.		

Tratamiento.—Las indicaciones del género son poco numerosas: nos esforzaremos en moderar los sudores, no sobrecargando de ropa al enfermo, renovando el aire y las sábanas, y dándole bebidas aciduladas.

DEL HERPE.

Definicion.—El herpe es una afeccion cutánea caracterizada por vesículas agrupadas que descansan en una superficie sana ó roja é inflamada; persisten intactas durante tres ó cuatro dias y dan origen en seguida—por la desecacion del líquido que contienen—á costras, cuya duracion no excede de ocho á diez dias, y que, despues de haberse desprendido de la superficie enferma, dejan ya manchas rojizas, ya ulceraciones que marchan rápidamente á la cicatrizacion.

Sintomatologia.—Tan pronto aparece súbitamente esta afeccion en medio de la mas perfecta salud, tan pronto es precedida de prodromos, tales como malestar general, anorexia, esperezos, sensacion de hormigueo, de punzadas y hasta dolores lancinantes vivísimos al nivel de las partes que han de ser asiento de la afeccion; hayan ó no existido estos síntomas precursores, aparecen las vesículas sobre una superficie tegumentaria que no ha experimentado ninguna modificacion en su color, ó que presenta un enrojecimiento mas ó menos vivo.

Estas vesículas, pequeñas y miliars al principio, van cada dia engrosándose y adquiriendo un volúmen variable desde el de un

grano de mijo al de un pequeño guisante. Con frecuencia se reúnen en número de diez ó quince y forman un grupo herpético, ora único, aislado, ora separado de otro grupo por un intervalo mayor ó menor de piel sana.

El líquido de estas vesículas, primitivamente trasparente, se enturbia bien pronto, se opacifica y se concreta—hácia el tercero ó sexto día de su existencia—en una costra delgada, plana, que ofrece una coloracion amarillenta ó morenuzca, y persiste siete ú ocho días, dejando despues de su caída, ora un simple enrojecimiento de los tegumentos, que desaparece con lentitud, ora una ligera ulceracion, que no tarda en cicatrizarse.

Es raro tenga lugar la absorcion del líquido y sea seguida de una esfoliacion epidérmica.

Los grupos herpéticos presentan, por lo general, una forma redondeada: entonces se observan círculos, cuyas dimensiones varían desde las de una peseta hasta las de un duro, círculos que presentan en su periferia vesículas y en el centro una descamacion laminosa de un gris blanquecino, indicio de la anterior existencia de vesículas y de la marcha excéntrica de la afeccion (H. circinado); no obstante, algunas veces se reúnen las vesículas figurando en su conjunto una banda (H. en reguero de Devergie); en fin, puede la configuracion de los grupos ser irregular y no asemejarse á ninguna forma geométrica.

El herpe puede ocupar todas las regiones del cuerpo; pero los labios, la parte posterior del pabellon de la oreja, los párpados, el prepucio y la vulva son los sitios escogidos por esta afeccion. Tambien se la observa con frecuencia en las mucosas de la boca, faringe y cuello del útero.

En una especie de herpe (zona), los grupos herpéticos están situados sobre el trayecto de los nervios sensitivos, los intercostales en el tórax, los del plexo cervical en el cuello, etc. Nunca ocupan mas que una mitad del cuerpo y forman por su reunion un semicírculo característico. (Véase: *Afecciones pseudo-exantémáticas, zona.*)

El herpe sigue una marcha aguda ó crónica; si lo primero, desaparece en el espacio de un mes; si lo segundo, consiste en una serie de erupciones sucesivas, separadas unas de otras por intervalos de tiempo variables; algunas veces, apenas ha terminado una erupcion cuando se produce otra; en otras circunstancias, algunos días, algunos meses separan dos erupciones y puede prolongarse de este modo el herpe indefinidamente, por estas pertinaces redivas (H. sucesivo y crónico).

Fundándose en la forma de la erupcion, han descrito los autores un herpes flictenoides, un zona, un herpes circinado y un herpes iris.

El herpes flictenoides—que presenta los caracteres propios del género—tan pronto es una erupcion pseudo-exantemática, tan pronto una afeccion artrítica, tan pronto una afeccion crítica ó artificial. El zona es pseudo-exantemático. El herpes circinado es artrítico ó parasitario, y el iris no tiene razon de ser: el de Bateman no es otra cosa que el hidroa vesiculoso, y el de Biett es un herpes parasitario. Describiremos estos diversos herpes al hablar de las afecciones especiales.

Diagnóstico.—El herpes puede confundirse con el eczema, la miliar, la varicela, la erisipela, el pénfigo, el chancro y la placa mucosa.

Pero el eczema está caracterizado por vesículas pequeñas, numerosas, y cuya duracion no excede de diez y ocho á treinta y seis horas; en el herpes, por el contrario, las vesículas son poco numerosas, gruesas y persisten tres ó cuatro dias.

En el eczema existe un prurito permanente; en el herpes las sensaciones de hormigueo, punzadas y quemadura, que acompañan á la erupcion, desaparecen despues de formadas las costras.

La varicela se distingue fácilmente por la forma puntiaguda y el aislamiento de las vesículas.

Tampoco podrá confundirse con el herpes la erisipela caracterizada: por una superficie roja, elevada sobre las partes circunvecinas, de bordes festoneados, y sobre la cual aparecen accidentalmente burbujas y flictenas de forma irregular y á las que no podria asignarse una marcha regular.

Al reunirse las vesículas de herpes pueden constituir pequeñas ampollas, que un ojo poco atento ó poco ejercitado pudiera tomar por burbujas de pénfigo. Pero las vesículas ó burbujas rudimentarias del herpes están agrupadas sobre superficies rojas, mientras que las ampollas penfigoides están aisladas, rodeadas solamente de una ligera aureola rosada y diseminadas por la superficie del cuerpo.

El pénfigo de pequeñas burbujas pudiera confundirse con el herpes; pero constituye mas comunmente una variedad de hidroa ó de herpes sucesivo: la hidroa ampollosa.

El chancro y el herpes son tambien esencialmente diferentes en sus diversos períodos: en el primer período el chancro está caracterizado por una pústula, y el herpes por una vesícula; por lo general hay muchas vesículas herpéticas agrupadas entre sí,

mientras que sólo se observa una pústula chancrosa. En el herpe y en el período de desecacion del líquido se observa una costra delgada y amarillenta; y si se trata de un chancro, una costra morenuzca, gruesa y engastada en la úlcera sub-yacente. En el período ulceroso del herpe existe una simple erosion del dérmis; y, por el contrario, en el chancro una úlcera profunda, cuyos bordes están cortados á pico y el fondo cubierto de un líquido sanioso y grisáceo.

La placa mucosa está constituida al principio por una elevacion del dermis con depression central, al paso que el herpe comienza por una mancha roja, sobre la que nacen vesículas; en un período mas avanzado de la vesícula hepética existen costras que cubren ulceraciones superficiales, redondeadas y circunscritas con claridad, mientras que si la placa mucosa ocupa los órganos genitales, no se observan costras, sino algunas veces una ulceracion superficial de bordes mal limitados, y si ocupa la piel, una costra aislada en su circunferencia por un rodete.

Pronóstico.—El herpe constituye una afeccion simple, que desaparece espontáneamente despues de una corta duracion, siendo además un fenómeno crítico de buen agüero en las enfermedades agudas.

Sin embargo, pueden observarse despues del zona *neuralgias* rebeldes y dolorosas hasta el punto de producir crueles insomnios, *ulceraciones* gangrenosas, etc.; y, por otra parte, ciertas variedades de herpe pueden prolongarse indefinidamente.—Entonces el pronóstico es grave por estas circunstancias; pero perteneciendo dichos accidentes á tal ó cual especie en particular, no deben ejercer influencia sobre el pronóstico del género herpe, que es, en definitiva, una afeccion de las mas benignas.

Etiología.—Hay un herpe por causa externa y otro por causa interna.

El primero es debido á la existencia de un parásito (*trichophyton*)—herpe circinado parasitario—ó á la accion de causas exteriores, tales como el frotamiento, la materia sebácea con tanta abundancia segregada entre el prepucio y el glande, etc.

No hay herpe patogenético.

Los herpes por causa interna son: pseudo-exautemáticos, artríticos ó sifilíticos.

El pseudo-exantemático es idiopático ó sintomático; si es esto último, sobreviene entonces en la declinacion de las afecciones agudas, tales como la pneumonía, y constituye habitualmente un fenómeno crítico de buen agüero.

He aquí, por otra parte, el cuadro sinóptico de las especies de herpe:

Herpe por causa externa.	Parasitario.	{	Circinado.
			Iris.
Artificial.	{	Nummular.	
		Labialis.	
Peseudo- exantemático.	{	Prepucialis.	
		Vulvaris.	
Herpe por causa interna.	Artrítico.	{	Idiopático. { Flictenoides.
			Zona.
Sifilítico.....	Herpe sifilítico.	{	Crítico Flictenoides labiales.
			Circinado (peseudo-exantemático.
			(Afeccion crónica).
			Herpe suce- { Labialis.
			sivo y crónico. { Prepucialis.
			Vulvaris.

Tratamiento.—Considerado en sí mismo, solo da lugar el género herpe á indicaciones terapéuticas poco importantes: se aconsejarán tisanas acídulas, se espolvorearán con almidon las partes enfermas; se proibirán las lociones y los baños, porque determinando la rotura anticipada de las vesículas, dejan expuestas al contacto del aire ulceraciones dolorosas, y se reservará su uso para el momento en que las costras se hallen próximas á desprenderse.

Cuando el herpe es sintomático de la sífilis ó de la artritis, es preciso ordenar, además de este tratamiento local, un tratamiento interno adecuado.

DEL ECZEMA.

Definicion.—El eczema es una afeccion de la piel, caracterizada en su período de estadio por la existencia de vesículas pequeñas, puntiagudas, aglomeradas sobre una superficie mas ó menos extensa, conteniendo un líquido seroso trasparente, vesículas que se deprimen cuando se reabsorbe su contenido, pero que, con mas frecuencia, se rompen despues de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas de existencia, siguiéndoles la exalacion y secrecion de un líquido seroso y trasparente que se concreta en laminillas mas ó menos gruesas, y á continuacion una simple esfoliacion epidérmica.

Sintomatologia.—El eczema presenta tres períodos: el de vesicacion, el de exalacion y formacion de escamas y el de desecacion.

Primer período; de vesicación.—A veces preceden á la erupcion cutánea: un ligero malestar, fenómenos gástricos, un movimiento febril poco intenso, una sensacion de prurito y hormigueo al nivel de las partes que deben ser asiento de la afeccion, y bien pronto un enrojecimiento difuso cuya existencia, sin embargo, no es constante. Estos fenómenos prodrómicos duran veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y son seguidos de la aparicion, en la superficie de los tegumentos, de un gran número de vesículas transparentes, aglomeradas y tan ténues que se las podria llamar más propiamente granulaciones vesiculosas, para percibir las cuales hay que examinarlas de perfil, y aun así á veces no se notan. Estas vesículas están llenas de una serosidad trasparente y límpida, y ora se rompen al cabo de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, dando salida á un líquido irritante, cuyo contacto determina en la superficie de los tegumentos escoriaciones y ulceraciones superficiales; ora no se rompen, sino que, á medida que el líquido contenido por ellas se reabsorbe, se secan y son seguidas de un trabajo de esfoliacion epidérmica. Esta reabsorcion de la serosidad del eczema se observa principalmente en la planta de los pies y en la palma de las manos, regiones en que el epidermis es mas grueso y resistente.

En el eczema rubrum pseudo-exantemático agudo, es donde se observan prodromos y un enrojecimiento difuso antes de la aparicion de las vesículas.

Segundo período; de exalacion.—Despues de romperse las vesículas y escoriarse las partes circunvecinas, existe una vasta superficie ulcerada; en este momento comienza el segundo período, caracterizando esencialmente por la secrecion de un líquido seroso, trasparente, plástico, que endurece el lienzo, alcalino y que contiene glóbulos pióides y células cilíndricas. Poco tiempo despues de su exalacion, este líquido se deseca concretándose en laminillas blandas, de un blanco grisáceo, azulado ó verdoso, y que se desprenden para ser reemplazadas por otras escamas de nueva formacion.

Si se trata de un eczema impetiginoso, es decir, cuyas vesículas se hacen rápidamente purulentas, obsérvanse verdaderas costras amarillentas ó verdosas, húmedas, que presentan fisuras á través de las cuales se escapa un líquido sero-purulento ó purulento que á su vez se concreta en costras amarillas ó verdosas.

La duracion del segundo período es muy variable; en efecto, tan pronto la exalacion del líquido solo dura algunas semanas

ó meses, tan pronto, por el contrario, persiste durante años enteros. No obstante, sobreviene un momento en que la secrecion disminuye visiblemente y cesa bien pronto, llegando á estar las escamas tan secas como las de la pitiriasis; en una palabra, se establece definitivamente el tercer período.

Tercer período; de desecacion.—Está caracterizado por la existencia de costras ó escamas delgadas, foliáceas, que se desprenden fácilmente, pero que se reproducen tambien con extrema facilidad y debajo de las que se halla la piel enrojecida y reluciente; estas escamas disminuyen progresivamente de diámetro y espesor, no constituyendo, al cabo de cierto tiempo, mas que simples laminillas, que pronto desaparecen por sí mismas.

Entonces solo existe al nivel de las superficies enfermas una coloracion de un rojo mas ó menos oscuro, cuyo tinte se desvanece con lentitud, y un estado reluciente y barnizado de los tegumentos, no dejando como consecuencia el eczema ninguna cicatriz, aunque haya durado diez ó veinte años; no obstante, si el eczema ocupa miembros varicosos se observan muchas veces manchados los tegumentos.

El eczema ocupa una extension variable de la superficie tegumentaria: ora está generalizado, ora circunscrito á una parte limitada del cuerpo, á los miembros, á la palma de las manos y planta de los pies, al cuero cabelludo, á los pechos, al pezon; ora se presenta bajo la forma de anchas placas; ora se observan pequeñas superficies circulares, cuyas dimensiones no exceden de las de un duro, estando separadas unas de otras por intervalos de piel sana (E. nummular).

Las superficies eczematosas son asiento de una abundante exalacion, ó presentan una sequedad notable.

Marcha, duracion, terminacion.—El eczema recorre uno tras otro sus tres períodos; presenta sucesivamente vesículas, una superficie exalante y escamas, pero no es raro ver reaparecer los primeros períodos de la erupcion aun cuando haya llegado al de descamacion y solo exista una superficie un poco roja y cubierta de escamas. Obsérvase entonces, como indicio de la vuelta de los primeros períodos y de la inminencia de un nuevo brote vesiculoso, un aspecto reluciente, barnizado, y algunas veces granuloso, de los tegumentos.

La duracion del eczema es muy variable: algunas veces tiene una marcha aguda y se termina en dos ó tres setenarios; otras se perpetúa durante un tiempo muy largo; en fin, la curacion es á menudo solo temporal y las recidivas frecuentes.

¿Puede convertirse el eczema en otra afeccion? Si ha habido autores que han dicho haber visto trasformarse el eczema en liquen ó en pitiriasis es porque han mirado como liquen ó como pitiriasis el engruesamiento de los tegumentos consecutivo al eczema, al estado escamoso que constituye el tercer período de esta afeccion y presenta tan gran parecido con la pitiriasis. Por otra parte, esta última afeccion puede reemplazar al eczema. Lo importante de la cuestion consiste, en este caso, en el diagnóstico de la especie; no habrá, en efecto, ventaja alguna en tratar una especie mas bien que otra si ambas son de la misma naturaleza.

Muchas veces se observan metastasis en el curso del eczema. Sin embargo, no todas las especies ofrecen esta traslacion de lugar de una afeccion. Jamás han presentado ejemplo de ella los eczemas artificiales y artríticos. Los eczemas escrofulosos, cuya naturaleza se desconoce y para cuyo tratamiento se aconsejan las preparaciones arsenicales ú otras, podrán sin duda desaparecer y ser reemplazadas por una afeccion grave, tal como la tuberculizacion del pulmon. Pero ¿es esto una verdadera metastasis, ó no debe considerarse la tuberculizacion como un período mas avanzado de la enfermedad, que ha recibido, por decirlo así, un latigazo por el tratamiento intempestivo puesto en uso?

Solo el eczema herpético ofrece numerosas y frecuentes metastasis; desaparece la afeccion cutánea, pero sobreviene un catarro bronquial ó intestinal, una hidropesía de una de las grandes serosas de la economía; estas afecciones metastáticas desaparecen en cuanto vuelve la afeccion cutánea. Además, durante mas ó menos tiempo, existe una especie de compensacion entre la afeccion cutánea y las viscerales; pero con el tiempo, y por los progresos de la enfermedad, estas acaban por adquirir carta de naturaleza en la economía por coexistir con la afeccion cutánea.

Las afecciones herpéticas ofrecen recidivas frecuentes, no me atreveria á decir que necesarias, separadas por intervalos de tiempo variables segun las condiciones exteriores y, sobre todo, segun la edad del enfermo.

Todas las causas capaces de determinar la aparicion del eczema pueden ser tambien origen de una recidiva. Así sucede con la edad crítica, el embarazo, la lactancia, el frio, los excesos alcohólicos, una alimentacion muy excitante, las emociones morales, etc,

Anatomia patológica.—Háanse dado diferentes soluciones al problema del asiento anatómico del eczema. Bielt lo habia colo-

cado en la red bascular de Eichorn, es decir, en la capa superficial del dermis.

M. Cazenave, discípulo de Biett, rechazó la opinion de su maestro, y fundándose en la imposibilidad de explicar con ella la secrecion—muchas veces tan considerable—del eczema, creyó tenia su asiento esta afeccion en la extremidad de los conductos sudoríferos.

M. Hardy coloca el asiento de la enfermedad en la capa profunda del epidermis, encargada, segun él, de la secrecion de la capa superficial epidérmica. No obstante, la capa profunda de epidermis no constituye un órgano secretor.

M. Bazin participa completamente de la opinion de M. Cazenave y admite que el eczema consiste al principio en la inflamacion de los orificios de las glándulas sudoríparas, pero esta inflamacion no queda limitada á estos puntos y se propaga poco á poco á la superficie de la piel, cuya red vascular superficial ocupa bien pronto (1).

Semeyótica. Diagnóstico.—El eczema puede confundirse con dos afecciones vesiculosas: el herpe y la miliar. Ya hemos indicado los caracteres diagnósticos del herpe, de la miliar y del eczema; por tanto no los recordamos.

Puede confundirse el eczema con una afeccion pustulosa: el impétigo. No obstante, entre estas dos afecciones existen caracteres suficientemente diferenciales; en efecto, mientras el eczema comienza por vesículas llenas de serosidad trasparente, el impétigo está caracterizado por la existencia de pústulas, al paso que el líquido de la pústula impetiginosa da nacimiento á costras gruesas, amarillentas ó morenas é irregularmente colocadas, el líquido de la vesícula eczematososa se concreta en costras ó en escamas delgadas y foliáceas. Por tanto, no pueden confundirse estas dos afecciones.

Puede confundirse el eczema, en su período escamoso, con la pitiriasis ó la psoriasis.

La pitiriasis aguda diseminada ó roja, solo podria ser confundida con el eczema por hombres extraños á la dermatología. Esta afeccion, en efecto, nunca presenta exalacion; cualquiera que sea la época de su curso en que se la considere, está caracterizada por manchas de un rojo vivo, de bordes sinuosos y que ofre-

(1) Niemeyer piensa que el eczema es debido á una inflamacion del dermis, que determina una exudacion serosa, la cual levanta el epidermis en puntos próximos y produce de este modo vesículas. (*N. del A.*)

cen una esfoliacion laminosa al principio, furfurácea al fin; por último, esta diseminada por toda la superficie del cuerpo, caracteres bastante diferenciales. Si, no obstante, se produjesen en la superficie serian accidentales, y solamente ocuparian algunas de las numerosas placas que recubren todo el cuerpo. El eczema nummular podria confundirse, en el estado crónico, con la pitiriasis alba herpética; no obstante, el eczema artrítico no tiene placas tan numerosas y multiplicadas como la pitiriasis; en esta última afeccion las escamas son secas y grisáceas; en el eczema crónico, por el contrario, son amarillentas y muchas veces algo húmedas. En fin, será menester informarse de la existencia anterior ó de la ausencia de exalacion en la parte afectada. Imposible es, no obstante, disimular la dificultad que hay algunas veces de establecer el diagnóstico diferencial entre la pitiriasis simple y la pseudo-pitiriasis del cuello cabelludo (E. en su tercer período).

El diagnóstico entre la psoriasis y el eczema es, por lo general, fácil de establecer. Sin embargo, hay psoriasis localizadas en la palma de las manos y en el cuero cabelludo—artríticas, en una palabra—que pueden ser motivo de dudas para el práctico, por cuanto son asiento, con frecuencia, de una secrecion serosa; pero mientras que el eczema ocupa toda la palma de la mano, la psoriasis está caracterizada por placas circulares, circunscritas, separadas unas de otras por intervalos de piel sana. Por último, las escamas de la psoriasis son adherentes, blancas, nacaradas y argentinas. Por otra parte, la psoriasis nummular de la mano está muchas veces caracterizada por la asociacion de las lesiones del eczema y de la psoriasis, y desde este momento no hay que hacer diagnóstico diferencial, solo importa su naturaleza, y ésta es siempre artrítica.

Háse confundido el intérrigo con el eczema; no obstante, si se considera la afeccion en su principio se advertirá que nunca ha presentado vesículas en este período, sino únicamente un enrojecimiento eritematoso, y si hay ampollas se podrá reconocer que su existencia es accidental; en el intérrigo, por último, existen elevaciones inflamatorias de los folículos pilosos, que no se observan en el eczema.

Pronóstico.—La cuestion de las recidivas domina todo el pronóstico del eczema; ahora bien, hemos dicho que las recidivas no eran necesarias, infalibles; el pronóstico no es, pues, tan grave como han supuesto algunos autores. Por otra parte, hay caracteres, sacados del asiento de la afeccion, que hacen variar el pro-

nóstico—un eczema situado cerca de las aberturas naturales ó sobre las mucosas es mas difícil de curar que el situado sobre la continuidad de los miembros; un eczema del cuello es mas rebelde á causa de los movimientos de lateralidad que se producen en esta region.

Es preciso tambien tener en cuenta las causas ocasionales ó predisponentes á que está sometido el enfermo: su temperamento, su constitucion, su régimen, su profesion, etc.; pero ante todo, la naturaleza de la especie de que está afectado (E. escrofuloso, artrítico, herpético ó sifilítico).

Etiología.—El eczema puede ser por causa externa é interna.

El eczema por causa externa es provocado directamente por la accion de sustancias irritantes sobre la piel ó por la existencia de parásitos, é indirectamente por la absorcion de ciertas sustancias (E. potogénético).

El eczema provocado directo se observa en los individuos que manejan sustancias irritantes, tales como los productos químicos ó farmacéuticos; en los tintoreros, confiteros, especieros, etc.; en los enfermos á quienes se aplican emplastos irritantes ó á los que se les dan fricciones mercuriales; en las personas afectadas de varices ó de úlceras varicosas, personas cuya piel es muy sensible y se hace asiento de una erupcion eczematosa por la menor influencia excitante; y, por último, en los individuos atacados de sarna (E. parasitario). El eczema patogénético nace consecutivamente á la absorcion del mercurio.

El eczema por causa interna es escrofuloso, artrítico, herpético ó sifilítico; es hereditario y se trasmite, por lo general, de la madre á los hijos y recíprocamente.

El eczema artificial puede aparecer en todas las edades y en ambos sexos; los individuos de piel fina y delicada, están mas sujetos á él que los demas; las mujeres estarian afectadas mas frecuentemente que los hombres, si estos no ejercieran profesiones que les obligan á manejar sustancias dañosas.

Entre las eczemas por causa interna el escrofuloso aparece en la infancia, el artrítico y el herpético en la edad adulta; el trabajo de la dentición, la lactancia, los excesos en la comida ó bebida, los irritantes cutáneos, etc., representan muchas veces el papel de causa provocatriz de los eczemas por causa interna.

Eczema por causa externa....	}	Provocado directo.....	{	Producido por irritantes.
				Producido por el acarus (E. parasitario).
		Patogenético.		
		Escrofuloso.....		Escrofulide benigna exudativa.
		Artrítico.....	{	Eczema circunscrito.
				— orbicular.
				— centrífugo.
Eczema por causa interna....	}		{	— pseudo-exantemático (E. rubrum).
		Herpético.....		— inflamatorio, no pseudo-exantemático.
				— segregante.
		Sifilítico.		

Tratamiento.—Considerado como afección genérica, da lugar al eczema á las siguientes consideraciones terapéuticas:

Si ofrece el eczema un estado inflamatorio muy intenso, se acudirá á los antiflogísticos locales y generales, es decir, los baños de almidon, las cataplasmas de fécula de patata, útiles principalmente en la forma impetiginosa y el polvo de almidon, con el que se espolvorean todas las superficies enfermas. Los polvos son preferibles á las lociones emolientes de lino ó de malva-bisco. Se prescribirá simultáneamente el uso de tisanas refrigerantes, tales como la limonada, el agua de naranja, la grama; laxantes suaves, tales como el aceite de ricino ó el sulfato de magnesia, y un régimen severo y poco sustancioso; tambien se podrá practicar algunas veces una sangria del brazo.

Cuando, bajo la influencia de este tratamiento, han desaparecido los fenómenos inflamatorios y existe una abundante trasudacion, se espolvorearán tambien las superficies enfermas con almidon, el cual mezclándose con los líquidos forma costras, que se oponen á una secrecion ulterior; se continuarán los baños de almidon; se ejercerá una ligera revulsion sobre el tubo intestinal con un vaso de agua de Pullna ó de Frederichshall ó con un litro de tisana de achicorias adicionado con doce á quince gramos de sulfato de sosa; por último, se proscibirán todos los escitantes, como el café, el té, el alcohol y las especias.

Cuando la superficie eczematosa está seca y se hace asiento de una descamacion más ó menos abundante, se recurrirá á las pomadas astringentes y á los baños ligeramente sulfurosos ó alcalinos, alternados con baños de almidon.

Las pomadas mas usadas son las siguientes: calomelanos 4^{gm} ó calomelanos 2^{gm} y tanino 2^{gm} ú óxido de zinc 0^{gm}, 50 para 30^{gm} de manteca; empléase tambien, con ventaja, el glicerolado de tanino ó de brea-glicerolado de almidon 30^{gm} y tanino ó brea 4^{gm}; ó una mezcla, en partes iguales, de aceite de oxicedro y aceite de almendras dulces, etc.

Todas estas pomadas, lo mismo que los baños ligeramente sulfurosos ó alcalinos, solo convienen en los eczemas que han llegado al tercer período; aconsejados antes, estos medios determinarían una exacerbacion de la erupcion.

Tal es el tratamiento aplicable á la afeccion genérica; pero es preciso tener cuidado de prescribir simultáneamente un tratamiento interno adaptado á la naturaleza de la afeccion, es decir, antiescrofuloso, antiartrítico, antiherpético ó antisifilítico.

DE LA VARICELA.

Definicion.—La varicela es una afeccion genérica de la piel, caracterizada en su período de estadio por vesiculas discretas, diseminadas por toda la superficie de la piel, cónicas ó subglobulosas, llenas de un líquido trasparente, que bien pronto se opacifica, se deseca del quinto al noveno dia y forma una costra que cae al cabo de algunos dias.

Sintomatologia.—Precédenla prodromos variables segun la especie, y que consisten ora en el conjunto de fenómenos que anteceden á las pirexias, ora en el de los síntomas que se han designado con el nombre de *fiebre sifilitica*.

De cualquier modo que sea, la erupcion se manifiesta por pequeñas manchas rojas, separadas entre sí por intervalos generalmente bastante grandes, y que desaparecen bajo la presion del dedo; bien pronto aparece en medio de estas manchas una elevacion del epidermis producida por serosidad trasparente; la vesícula crece durante dos ó tres dias y entonces está constituida por vesículas hemisféricas, no umbilicadas, transparentes, de tres á cinco milímetros de diámetro y rodeadas de una aureola rosácea ó roja.

Bien pronto se enturbia la serosidad, se oscurece y hasta se hace purulenta, concretándose despues de haberse abierto la vesícula, en una costra amarillenta, grisácea ó negruzca, que se deseca, cae y no tarda en desaparecer dejando una mancha roja que se disipa poco á poco por sí misma (V. febril), ó una señal que se desvanece lentamente (V. sifilitica).

Generalmente comienza la erupcion por las partes superiores del cuerpo, el tronco y la cara, y de aquí se estiende á las demás regiones y algunas veces á las mucosas, tales como la bóveda palatina, el velo del paladar, la conjuntiva, el glande, etc. Siendo tan ordenada la marcha de la erupcion, pueden observarse todas sus fases en el mismo enfermo.

En cuanto aparece la erupcion cesan ordinariamente los fenómenos prodrómicos.

Diagnóstico.—Por los signos precedentes se diferencia la varicela de la viruela, caracterizada en su período de estadio por una pústula; del pénfigo, constituido por ampollas; de la miliar, cuyas vesículas son mas pequeñas, próximas y abundantes; y de la sudámina, que no está formada, por decirlo así, mas que de granulaciones vesiculosas, transparentes y difíciles muchas veces de percibir.

Pronóstico.—Considerada la varicela como afeccion genérica es benigna; pero, si se atiende á su naturaleza, llega á ser grave el pronóstico en una de sus especies (V. sifilítica).

Etiología.—No hay varicela por causa externa. La varicela por causa interna es exantemática ó sifilítica; es, pues, manifestacion de una pirexia ó de una enfermedad constitucional.

Tratamiento.—El género no da márgen á indicacion alguna importante. No sucede lo mismo con las especies, principalmente con la sifilítica, que reclama un tratamiento específico.

AFECCIONES AMPOLLOSAS.

DEL PÉNFIGO.

Definicion.—Designase con el nombre de pénfigo una afeccion caracterizada en su período de estadio por ampollas de un volúmen variable desde el de un guisante pequeño al de una nuez gorda, llenas de un líquido seroso, el cual, despues de la ruptura de las burbujas, se concreta en costras foliáceas que dejan despues escoriaciones superficiales ó simples manchas.

Sintomatología.—El pénfigo vá precedido de prodromos variables segun es agudo ó crónico; en el primer caso son los mismos que señalan el principio de las fiebres eruptivas, y preceden veinticuatro ó cuarenta y ocho horas á la erupcion (fiebre penfigoides); en el segundo consisten en tristeza, abatimiento, laxitud, hemicránea, dispepsia, diarrea, enflaquecimien-

to, etc.; estos fenómenos pueden aparecer mucho tiempo antes de la erupcion (pénfigo crónico).

De todas maneras, el enfermo experimenta al nivel de los puntos que deben ser asiento de la erupcion, prurito, punzadas; en seguida aparecen manchas de un rojo mas ó menos oscuro, algunas veces violáceas, redondeadas ú ovals, ligeramente prominentes, separadas por intervalos de piel sana, pero que se reunen algunas veces y forman entonces anchas superficies erisipelatosas.

En medio de cada una de estas manchas la serosidad levanta el epidermis y bien pronto existe una ampolla rodeada de una aureola roja; la elevacion del epidermis ocupa algunas veces toda la mancha y no existe aureola alrededor. Llegada al máximo de su desarrollo presenta la burbuja un volúmen variable desde el de un pequeño guisante hasta el de una avellana, una nuez, un huevo de gallina ó de avestruz; es distendida por un líquido claro y trasparente que contiene albúmina en gran cantidad y que se coagula por el calor y los ácidos minerales. Después de una duracion variable desde algunas horas á dos ó tres dias: ó se marchita la ampolla, se aplanan y forma una bolsa pendiente hácia los puntos declives y llena de líquido que se ha vuelto lactescente; ó se rompe por el hecho de la distension, por el frotamiento de las sábanas ó por la accion de rascarse.

Después de la ruptura de las ampollas se observan superficies rojas ligeramente escoriadas y dolorosas, que pueden exhalar todavía serosidad, pero perdiendo rápidamente su carácter húmedo y que se cubren de laminillas anchas, foliáceas, poco adherentes, de un gris amarillento ó verdoso, producidas con extraordinaria abundancia y formadas en gran parte por despojos epidérmicos. Las superficies escoriadas segregan algunas gotitas de pus que se desecan y forman costras gruesas, negruzcas y muy semejantes á las del impétigo.

Después de caerse las láminas ó las costras se observan manchas de un rojo oscuro, al nivel de las cuales se produce todavía, durante algunos dias, una esfoliacion epidérmica que acaba por desaparecer sin dejar señal alguna.

Los sugetos atacados de pénfigo experimentan ordinariamente en todos los puntos enfermos una sensacion de prurito y quemadura, sensacion intolerable si la erupcion está generalizada; después de la ruptura de las burbujas y en el momento en que se ha denudado el dérmis es cuando principalmente sufre el enfermo un vivo escozor que se estingue poco á poco á medida que

se verifica la desecacion. Por otra parte, el dolor varía segun la naturaleza del pénfigo: es lancinante en la artritis, pruriginoso en el herpe.

La existencia de ampollas penfigoides sobre la piel, perturba naturalmente sus funciones; está seca y reluciente al principio, halituesa y cubierta de sudor al fin.

Algunas veces se observan infartos en los gánglios que reciben linfáticos de los puntos afectados.

Las burbujas del pénfigo pueden existir en todas las partes de la piel; se las vé, principalmente, en los miembros abdominales, y en particular en las piernas, muchas veces tambien en los miembros superiores y el tronco, rara vez en la planta de los pies, palma de las manos, cuero cabelludo y partes genitales. Algunas veces solo existe una sola y voluminosa ampolla (*pompholix solitarius*); en otras circunstancias ocupa la erupcion toda la superficie de la piel. Entre estos dos extremos se hallan todos los intermedios.

Algunas veces se comprueba la existencia de burbujas penfigoides en las mucosas exteriores, es decir, en las de la boca, velo del paladar, faringe, vagina y cuello del útero; M. Bazin no las ha observado nunca en las mucosas profundas, pero se han presentado á la sociedad anatómica piezas que harian creer en la existencia de ampollas penfigoides en la superficie de la mucosa intestinal.

La erupcion flictenosa es simultánea ó sucesiva; en el primer caso todas las burbujas de la superficie cutánea se desarrollan al mismo tiempo y hacen su evolucion á la vez: en el segundo se prolonga el pénfigo por brotes sucesivos, de suerte que pueden verse en un solo individuo todas las fases de la evolucion de las burbujas penfigoides. Las erupciones tienen lugar con intervalos variables, ora todos los dias, ora cada ocho ó diez. Cada una de ellas se compone de un número variable de ampollas—diez, veinte, cincuenta y más,—diseminadas ó reunidas en un mismo punto.

Además de estos fenómenos locales existen fenómenos generales; si el pénfigo es agudo ó subagudo cesan casi completamente los síntomas prodrómicos en cuanto aparece la erupcion y no se observan mas que algunos trastornos digestivos. Todavía, en casos mas raros, se notan fenómenos adinámicos y atáxicos. Cuando el pénfigo agudo está caracterizado por erupciones sucesivas, cada una va acompañada generalmente de un ligero movimiento febril.

Si el pénfigo es crónico, aparte de la secreción serosa, se observan sudores continuos; diarrea, que de pasagera no tarda en convertirse en permanente; vómitos algunas veces incoercibles; hidropesías del tejido celular ó de las serosas esplánicas; y un enflaquecimiento considerable, que el conjunto de los fenómenos precedentes explica suficientemente.

Por último, se ha observado la supresión súbita de la erupción y la aparición de fenómenos más ó menos graves, á veces hasta mortales.

Marcha, duracion, terminacion.—Bajo el punto de vista de la marcha y de la terminacion, existe tal diferencia entre el pénfigo agudo y el crónico, que M. Bazin ha propuesto conservar el nombre de pénfigo para la afección flictenosa aguda, y el de pompholix para la crónica.

En efecto, el pénfigo agudo simple constituye una afección benigna, cuya duracion puede no exceder de dos á tres septenarios, si no existe más que una sola erupción; por el contrario, el pénfigo crónico ó pompholix es una de las afecciones más graves y termina habitualmente por la muerte. Se caracteriza por erupciones separadas entre sí por intervalos de ocho á diez dias al principio, pero se aproximan cada vez más y se reproducen al fin de la enfermedad cada veinticuatro horas.

Algunas veces se observan remisiones; la piel no presenta ampollas ni escamas, vuelve á tomar su aspecto normal y el enfermo renace á la esperanza; pero, bien pronto tiene lugar una nueva erupción y los tegumentos vuelven á cubrirse de burbujas y escamas.

Complicaciones.—Las exulceraciones consecutivas á las ampollas pueden ser atacadas de gangrena; esta lesion se observa bastante frecuentemente en el pénfigo de Irlanda.

Pueden tambien verse sobrevenir en el curso del pénfigo: erisipelas, angioleucitis, abscesos dérmicos, erupciones ectimáticas y forunculosas, etc.

Hemos señalado la existencia de hidropesías en el curso de la afección; notemos todavía las inflamaciones gastro-intestinales y génito-urinarias, las escaras del sacro, la bronquitis aguda y la pneumonia, que presentan entonces una gravedad especial.

Anatomía patológica.—La ampolla del pénfigo es debida, según M. Gintrac, ménos á una inflamación que á un flujo, y la intensidad de aquella no guarda relacion con la abundancia de este.

Para Niemeyer es la erupción una dermatitis con formación de ampollas.

En fin, M. Bazin compara la ampolla del pénfigo con la producida por un vejigatorio ó por el agua hirviendo; ahora bien, en estos dos casos existe una ligera inflamacion de la piel, con exudacion serosa.

Diagnóstico.—En el estado de ampollas puede confundirse el pénfigo con la rupia, el ectima, la hidroa ampollosa y la varicela.

Pero la rupia está caracterizada por una pústula, cuyo líquido se deseca, forma una costra espesa, alrededor de la cual es elevado el epidermis por serosidad, que, á su vez, se deseca y forma una nueva costra, á cuyo alrededor tiene lugar otro levantamiento epidérmico, que se comporta como el precedente, y así sucesivamente; de manera, que la costra definitiva tiene el aspecto de una concha de ostra.

El ectima está caracterizado por una pústula inflamada en su base y cuyo líquido se concreta en una costra dura y prominente; por el contrario, el elemento primitivo del pénfigo es la ampolla.

La hidroa ampollosa está caracterizada por burbujas desiguales, del volumen de un guisante, esparcidas por toda la superficie del cuerpo y no limitadas á regiones circunscritas.

En fin, en la varicela se observan gruesas vesículas, pero no ampollas.

Cuando la erupcion del pénfigo está caracterizada por costras ó láminas foliáceas, puede confundirse con el eczema, el impétigo y la pitiriasis roja aguda.

Pero el eczema está caracterizado por pequeñas vesículas efímeras, que se rompen despues de veinticuatro ó treinta y seis horas de existencia, dejando una superficie exulcerada y exhalando un líquido plástico, que se concreta en escamas húmedas y amarillentas.

Es raro que en el pénfigo no puedan observarse algunas ampollas ó sus vestigios; la erupcion cubre toda la superficie del cuerpo, hecho bien raro respecto al eczema; en fin, las escamas son delgadas, secas, foliáceas y poco adherentes. Los conmemorativos serán, pues, muy útiles para el diagnóstico.

El impétigo se diferencia del pénfigo por la existencia de pústulas, cuyo líquido se concreta y forma costras gruesas y amarillentas; por otra parte, la erupcion está siempre limitada.

En fin, creemos que no será confundido el pénfigo con la pitiriasis roja aguda mas que por un médico poco ejercitado en el diagnóstico de las afecciones de la piel. (V. Pitiriasis.)

Etiología.—Hay pénfigos por causa externa y por causa interna.

El pénfigo por causa externa es provocado directa ó indirectamente (patogenético).

Es provocado directamente cuando sobreviene despues de la aplicacion sobre la piel de amoniaco, agua hirviendo, polvo de cantáridas, corteza de torbisco, etc., ó á consecuencia de fuertes presiones y de contactos rudos (P. profesional), ó, en fin, consecutivamente á la mordedura de ciertas serpientes (P. brasiliensis).

Patogenético cuando es debido á una alimentacion mala, al uso de ciertos quesos, del aguardiente de trigo, del arsénico, etc.

El pénfigo por causa interna constituye algunas veces una afeccion idiopática pseudo-exantemática, que sobreviene en los calores del estío, en la juventud y edad adulta; ó bien, aparece en el curso de fiebres graves, de la pulmonía, del reumatismo (P. febril), y constituye ora un fenómeno de significacion grave, porque denota una profunda perturbacion de las fuerzas del organismo, ora un síntoma halagüeño, que coincide con la cesacion de vivos dolores que habian resistido á los medios mas variados. (P. crítico.—Observacion de Gilibert.)

Puede, en fin, ser una manifestacion artrítica, herpética, sifilítica ó leprosa.

Causas del pénfigo.

Pénfigo por causa externa	{ Provocado directo	{ Producido por los vejigatorios, los frotos, las mordeduras de serpientes, etc.
	{ Patogenético	{ Mala alimentacion.
Pénfigo por causa interna	{ Pseudo-exantemático.	
	{ Sintomático de una fiebre.	
	{ Artrítico.	
	{ Herpético.	
	{ Sifilítico.	
	{ Leproso.	

Pronóstico.—Favorable para la forma aguda ó sub-aguda, que se termina en el espacio de algunas semanas, el pronóstico es grave para la forma crónica. No obstante, el pénfigo artrítico nos parece gozar de menor gravedad que el herpético, el cual termina infaliblemente, digámoslo así, por la muerte.

La existencia de gangrena al nivel de las ampollas es una condicion desfavorable, que agrava el pronóstico. Lo mismo sucede cuando se reproducen las erupciones con cortos intervalos

y las ampollas cubren toda la superficie del cuerpo, cuando sobreviene diarrea, etc.

Tratamiento.—El pénfigo agudo desaparece, por decirlo así, espontáneamente y solo exige tisanas acidulas y laxantes, si existe embarazo gástrico. Tambien podrán pincharse las ampollas para dar salida á la serosidad que contienen, teniendo cuidado de no levantar el epidermis y de espolvorear las partes enfermas con almidon, lycopodio ó madera vieja.

En el pénfigo crónico, se pincharán las ampollas como en el caso anterior, y se espolvorearán con polvos emolientes ó astringentes, y si la comezon es viva se aconsejarán las lociones saturadas. No deben ordenarse baños, sino con mucha reserva; congestionan la piel y provocan así la aparicion de nuevas ampollas.

Se asociarán á los medios locales: una buena alimentacion, la quina, los ferruginosos, en una palabra, los tónicos; y si existe diarrea se prescribirán: el subnitrate de bismuto, los opiados, el diascordio, etc.

En fin, es preciso tener en cuenta la naturaleza de la afeccion y dar los antiartríticos, los antiherpéticos, los antisifilíticos ó los medicamentos recomendados contra la lepra, segun que el pénfigo sea artrítico, herpético, sifilítico ó leproso.

DE LA RUPIA.

Definicion.—Designase con el nombre de rupia una afeccion de la piel en via de evolucion, caracterizada en su período de estadio por anchas pústulas flizáceas, cuyo líquido se concreta rápidamente en una costra gruesa y negruzca, alrededor de la cual se produce una elevacion epidérmica debida á la serosidad, que se concreta, á su vez en una costra, alrededor de la que se produce una nueva elevacion ampollosa y así sucesivamente.

La rupia está, pues, caracterizada en definitiva por una pústulo-ampolla y constituye un género que por su lesion elemental, se encuentra colocado entre el pénfigo y el ectima, el impétigo, etc.

Sintomatologia.—La pústulo-ampolla de rupia, va precedida de una mancha redonda, violácea, ligeramente elevada, y al nivel de la cual es levantado el epidermis por un líquido seropurulento, que se concentra, veinticuatro ó treinta y seis horas despues de su aparicion, en una costra rugosa, morenuzca y gruesa, rodeada de una aureola más ó ménos oscura, cuyo epidermis es elevado á su vez, por serosidad, que se concreta, forma

una costra periférica á la primera, rodeada tambien de una aureola violácea, asiento de una nueva elevacion ampollosa que sigue la misma evolucion, y así sucesivamente. De esta manera se forman muchas zonas de ampollas en la circunferencia de la costra central y primitiva, durando esta evolucion cuatro ó cinco dias.

Algunas veces la costra central es poco voluminosa, poco elevada sobre las partes circunvecinas; alrededor de ella se forman un corto número de elevaciones ampollosas, y cae aquella espontáneamente al cabo de algunos dias, no dejando más que una mancha de un rojo más ó ménos oscuro, ó una exulceracion que no tarda en cicatrizar. Esta es la *rupia simplex*.

En otras circunstancias se hace la costra central cada vez mas voluminosa y saliente, por la produccion continúa, en su cara profunda, de un líquido purulento, que se concreta y forma una costra que rechaza á la primera y la rodea por su base. Entonces se presenta la rupia en su periodo de estadio, es decir, cuando el levantamiento ampollosa periférico, ha tenido lugar bajo la forma de una costra cónica compuesta de capas superpuestas y concéntricas, en disminucion de la base al vértice y figurando una concha de ostra. Esta es la *rupia prominente*.

Esta costra persiste algunas veces durante un tiempo muy largo, y despues de su caida se advierte la existencia de una ulceracion circular, bastante profunda, de bordes tumefactos y lívidos, fondo pálido y bañado por un líquido sanioso, que concretándose, forma una nueva costra.

En un momento dado se deterge el fondo, se producen botones carnosos, se verifica la cicatrizacion, y queda como estigma indeleble de la anterior existencia de la rupia, una cicatriz plana y blanca (R. sifilítica) ó rojiza, con bridas y saliente (R. escrofulosa).

La rupia se observa, principalmente, en las piernas y en los muslos; con menos frecuencia existe en los miembros torácicos, en el cuello, en los lomos, en las nalgas, etc.

Las pústulo-ampollas de la rupia, son generalmente discretas, separadas entre sí por intervalos bastante considerables y sucesivas en su evolucion; de suerte que pueden observarse sobre un mismo enfermo todas las fases de la erupcion.

Marcha, duracion, terminacion.—La rupia es una afeccion esencialmente crónica, cuya duracion varía desde algunos septenarios á meses y años, y que termina habitualmente por la curacion. Verdad es, que esta se hace aguardar, á veces, bastante tiempo.

Diagnóstico.—El pénfigo y el ectima pueden confundirse con la rupia.

Pero, el pénfigo está caracterizado por una ampolla llena de serosidad límpida; las costras que resultan de la desecacion del líquido son delgadas, foliáceas, laminosas, y cuando se desprenden no dejan al descubierto mas que una superficie roja ó una exulceracion ligera, no seguida de cicatriz: caractéres todos que no se encuentran en la rupia.

Más difícil es distinguir la rupia del ectima. No obstante, este se halla caracterizado por una pústula y aquella por una pústulo-ampolla; por otra parte, la costra del ectima es menos ancha, menos saliente, no presenta la forma especial de la de rupia y está rodeada de un círculo de induracion inflamatoria; en fin, despues de caerse la costra ectimática, existe una ulceracion ligera y de ningun modo profunda como la de la rupia.

Pronóstico.—Considerada la rupia como afeccion genérica es grave á causa de la duracion de las costras negruzcas é informes que presenta y de las cicatrices que deja como consecuencia; pero lo es, sobre todo, si se trata de una rupia escrofulosa ó sífilítica.

Etiologia.—M. Bazin admite una rupia por causa externa y otra por causa interna.

Hasta cierto punto, puede considerarse como rupia por causa externa la lesion que sobreviene despues de la aplicacion del aceite de nueces—ampollas llenas de serosidad purulenta, las cuales dejan despues de su ruptura una ulceracion que segrega un líquido que se concreta en una costra gruesa.—No obstante, esta lesion solo imperfectamente recuerda la pústulo-ampolla de la rupia.

La rupia por causa interna es escrofulosa ó sífilítica.

Causas de la rupia.

Rupia	{ Provocada	} Por el aceite de nueces.
por causa externa.	{ directa...	
Rupia	{ Escrofulosa.	}
por causa interna.	{ Sífilítica.	

Tratamiento.—Considerada la rupia como afeccion genérica da lugar á las indicaciones siguientes: al principio se abrirán las ampollas y se dará salida al líquido que contienen; en el período siguiente, es decir, cuando se ha formado la costra, se la respetará, á menos que no sea una causa de irritacion; en el período

ulcerativo el tratamiento de la úlcera variará según el aspecto especial que presente: si es asiento de un estado inflamatorio y es dolorosa, se aconsejarán baños, lociones emolientes, cataplasmas, etc.; ulteriormente se recurrirá á las lociones excitantes y astringentes, al vino aromático, á la solución ferruginosa, á la de coaltar saponinado (una parte de coaltar y tres de agua), y á las curas con hilas empapadas en la solución de coaltar repetidas tres ó cuatro veces por día, ó con un lienzo untado de cerato de Saturno, de pomada de sulfato de zinc ó de hierro, etc.

En fin, algunas veces es útil despertar la vitalidad de la superficie ulcerada por medio de una cauterización más ó menos enérgica. Por otra parte, á este tratamiento local se añadirá otro general basado en el estado del enfermo y en la especie de rupia.

AFECCIONES PUSTULOSAS.

DEL ECTIMA.

Definición.—Se designa con el nombre de ectima una afección caracterizada, en su período de estadio, por pústulas filizáceas anchas, redondeadas, discretas, de base dura é inflamada y cuyo líquido se concreta en una costra morenuzca, gruesa y que dejan después de su caída una simple mancha ó una cicatriz indeleble.

Sintomatología.—El ectima está caracterizado por una mancha rosada ó roja, redondeada ú oval, cuyo epidermis es levantado bien pronto por un líquido seroso al principio, después opaco y purulento; entonces existe una pústula convexa ó deprimida en el centro como la variólica, de un volumen variable desde el de una lenteja al de una peseta, rodeada de una aureola roja y que no tarda en aplanarse y desecarse ó desgarrarse; cuando se rompe la pústula, una parte del líquido se concreta y forma una costra morenuzca ó negra, adherente, como engastada en el tejido de la piel y rodeada de la aureola antes descrita, pero más pálida.

A la caída de esta costra se observa una exulceración ó una verdadera úlcera del dérmis, asiento de una supuración más ó menos abundante, que da origen á nuevas costras; pudiendo perpetuarse la lesión de este modo durante un largo espacio de tiempo.

Llega un momento en que el fondo de la úlcera se hace rosado, se cubre de mamelones carnosos, produce menor cantidad de pus y, por consiguiente, no da lugar mas que á costras poco gruesas, cuyas dimensiones disminuyen cada vez mas, y que en un dia dado, solo dejan bajo ellas una simple mancha, si no ha existido mas que una exulceracion, ó una verdadera cicatriz mas ó menos deprimida, si ha existido una verdadera úlcera.

El ectima es raro en la cara y en el cuero cabelludo; se le observa con mas frecuencia en las espaldas, en el cuello, en los miembros, las nalgas, el pecho, etc. Limitado en la mayor parte de los casos á una region, está, sin embargo, muchas veces generalizado (E. infantil).

Las pústulas, generalmente discretas, están á veces reunidas en grupos.

El enfermo experimenta habitualmente al nivel de las pústulas una sensacion de tension, calor, escozor y aun pinchazos, fenómenos que desaparecen al formarse las costras.

Algunas veces se propaga la inflamacion dérmica al tejido celular subcutáneo y á los vasos y ganglios linfáticos.

El estado general más ó menos caquéctico que á veces se observa simultáneamente con el ectima depende no de la erupcion, sino de la enfermedad causa del ectima.

Marcha, duracion, terminacion.—El ectima es agudo ó crónico: si lo primero, dura de uno á tres septenarios y ora aparecen y experimentan simultáneamente su evolucion todas las pústulas, ora se observan muchos retoños eruptivos; si lo segundo, ordinariamente el ectima es sucesivo, se reproduce con intervalos mas ó menos aproximados y puede persistir así meses y años.

Hemos visto que la pústula del ectima dejaba en pos de sí una ulceracion más ó menos profunda; algunas veces estas ulceraciones segregan un líquido sanioso que se concreta difícilmente y ofrece una resistencia considerable á nuestros medios terapéuticos.

En otras circunstancias el fondo de la ulceracion y las partes circunvecinas se gangrenan y se transforman en una escara grisácea ó negruzca, húmeda é impregnada, las mas veces, de sánies sanguinolenta, dejando despues de su caída una pérdida de sustancia más ó menos grande.

Anatomía patológica.—Las pústulas de ectima son debidas á una inflamacion circunscrita de la parte superficial del dérmis; algunas veces la inflamacion gana la parte profunda del dérmis

y entonces existen ulceraciones que dejan como estigma de su existencia cicatrices, habiéndose llenado la pérdida de sustancia por tejido conjuntivo retráctil.

Diagnóstico.—Pudiera ser confundido el ectima con el impétigo; pero en esta última afeccion, las pústulas son menos anchas, agrupadas y no diseminadas; las costras son amarillentas y no morenas ó negruzcas.

El acné pustuloso ocupa principalmente la cara y el pecho y está caracterizado por elevaciones cónicas, inflamadas, induradas en su base y purulentas en su vértice.

La mentagra ocupa exclusivamente las partes velludas—en particular la cara,—y está caracterizada por pústulas agrupadas, atravesadas en su centro por un pelo, rodeadas, en cierto período, de induraciones profundas, etc.

Ya hemos establecido el diagnóstico diferencial entre el ectima y la rupia.

Pronóstico.—Mirado el ectima como afeccion genérica, no constituye una afeccion grave; no obstante, la existencia de ulceraciones de fondo sanioso ó complicadas de gangrena, la propagacion de la inflamacion á los vasos y á los ganglios linfáticos, el estado caquético del enfermo, etc., serán otras tantas condiciones que influirán desfavorablemente en el pronóstico.

En fin, teniendo en cuenta la especie de ectima que presenta el enfermo, se obtendrán los datos mas seguros para el pronóstico.

Etiologia.—Admitimos un ectima por causa externa y otro por causa interna.

El primero es provocado directo ó patogenético; el ectima provocado directo es consecutivo á la accion de ciertas sustancias, de pomadas irritantes, etc.; tambien se le observa en los obreros que manejan sustancias ácras, en los especieros, tintoreros, preparadores de colores, curtidores, manguiteros, sombrereros, etc. (E. profesional). Aparece tambien despues de las fricciones sobre la piel con la pomada estibiada, ó en las personas que presentan un eritema por decúbito prolongado. La pústula de ectima, en fin, es una de las lesiones sintomáticas de la sarna (E. parasitario).

El segundo es debido á una mala nutricion ó á la ingestion de preparados arsenicales. La primera variedad se observa frecuentemente en los niños mal nutridos ó lactados por una mala nodriza.

El ectima por causa interna es sintomático de ciertas enfer-

medades febriles, del sarampion, de la escarlatina y, sobre todo, de la viruela; ora es un simple epifenómeno, ora una crisis (E. crítico). Tambien es una manifestacion de la sífilis, de la es-crófula, y mas rara vez de la artritis y del herpe.

Causas del ectima.

Ectima por causa externa.....	} Provocado directo.	} Debido á los irritantes, al tártaro estibiado.
Ectima por causa interna.....	} Sintomático de enfermedades agudas.....	} Debido á una mala alimentacion ó á la ingestion del arsénico, de los alcalinos.
} Escrofuloso.....	} Escarlatina.	
		} Artrítico.
} Herpético.	} Superficial.	
	} Escrofulide maligna ectimati-forme.	

Tratamiento.—Mirado el ectima como afeccion genérica da lugar á las consideraciones siguientes: si es agudo, se espolvorearán las partes enfermas con arroz y no se emplearán las cataplasmas de fécula, mientras no exista una inflamacion muy viva alrededor de la pústula. Se aconsejarán en seguida las bebidas refrigerantes, un régimen suave y uno ó muchos purgantes salinos.

Si es crónico y existen costras, se las respetará y se proscibirán los baños, las lociones emolientes y las cataplasmas, que reblandecen los tejigos ya atónicos y favorecen el agrandamiento de las úlceras; solamente se emplearán los polvos astringentes y excitantes, como los de tanino, quina, calomelanos; etc.

Si se caen las costras espontánea ó accidentalmente y la superficie de la úlcera queda al descubierto, se podrán usar los mismos polvos y en caso de mal éxito se recurrirá á las lociones excitantes que hemos prescrito para la rupia y á las curas con unguento de estoraque, unguento digestivo ó cerato de Saturno, á las bolitas de hilas empapadas en una disolucion de coaltar saponinado, etc., y tambien á ligeras cauterizaciones con el nitrato de plata.

En fin, aparte del tratamiento impuesto por la afeccion genérica, se prescribirá un tratamiento variable segun la especie que presente el enfermo.

DEL IMPÉTIGO.

Definicion.—El impétigo es una afeccion cutánea caracterizada por la presencia de pústulas psidráceas, ordinariamente aglomeradas, de corta duracion y cuyo líquido se concreta en costras amarillas, verdosas ó morenuzas, más ó ménos gruesas y rugosas.

Sintomatologia.—Precedida ó no de síntomas generales, tales como ligero malestar, cefalalgia, trastornos digestivos, laxitud de los miembros, etc., está muchas veces caracterizada la erupcion, desde que aparece, por manchas rojas, irregulares, aisladas ó reunidas y al nivel de las cuales experimenta el enfermo un ardor incómodo y un prurito á veces muy intenso.

Sobre estas manchas aparecen pequeñas pústulas psidráceas, ordinariamente muy numerosas, ora esparcidas y diseminadas sobre grandes secciones de la superficie cutánea (*impétigo sparsa*); ora, y es lo más frecuente, concentradas en un pequeño espacio y reunidas en grupos más ó ménos extendidos (*impétigo figurata*). Estas pústulas forman un ligero relieve sobre el nivel de las partes circunvecinas; son algunas veces tan ténues, que es necesario cierta atencion para percibir las; en otros casos llegan á adquirir el volúmen de un pequeño guisante, de cuyo volúmen rara vez exceden.

Contienen todas, desde el principio, un líquido oscuro que en algunas horas se hace completamente opaco y purulento, presentando gran número de leucocitos.

Las pústulas de impétigo no tienen más que una duracion efímera; pasados dos ó tres dias á lo más se rompen y dejan escapar un líquido amarillento que se deseca y se convierte en una costra blanda, casi fluida, de un amarillo dorado que recuerda el color de la miel (*melitagra flavescens* de Alibert) ó de la mermelada de albaricoques, de un tinte verdoso análogo al de los musgos vegetales ó morenuzco como la corteza de ciertos árboles (*impétigo scabida*).

Inmediatamente debajo de las costras se exhala un líquido semejante al de las pústulas, que rechaza las costras primitivamente formadas, insinuándose á través de sus intersticios y concretándose por último. Las primeras costras son arrastradas de este modo y alejadas, sin cesar, de la superficie cutánea, y experimentando modificaciones en su forma, espesor, coloracion, consistencia, etc., hasta su expulsion definitiva.

Si las costras se desprenden en este período espontáneamente, bajo la influencia de aplicaciones tópicas ó de rascarse, se encuentra debajo de ellas una superficie roja, exulcerada, de la cual emana un líquido purulento ó sero-purulento; reproducense despues nuevas costras con los mismos caractéres que las anteriores, y sufren la misma série de trasformaciones sucesivas. Cuando el impétigo existe en un niño que incomodado por la tirantez ejercida por las costras se rasca incesantemente, las superficies irritadas se hacen asiento de un derrame sanguíneo, que se mezcla con el líquido sero-purulento, de donde resultan costras negruzcas mas ó menos gruesas; entonces el aspecto de la erupcion está completamente cambiado, y si esta afeccion ocupa la cara el enfermo presenta un aspecto asqueroso.

Hácia los límites del punto enfermo existen habitualmente pústulas diseminadas, que recuerdan la forma del elemento primitivo.

La duracion del segundo período ó de exhalacion en la superficie exulcerada de la piel se prolonga durante meses y aun años; cuando se verifica la curacion la exhalacion disminuye, las costras son menos gruesas, y, por último, caen para no reproducirse mas, dejando solamente en su lugar manchas rojizas ó vestigios de ellas, que desaparecen á su vez sin dejar ninguna cicatriz.

La resolucion empieza ordinariamente por la periferia de las placas, pero algunas veces se observa lo contrario.

No es raro observar recrudescencias de la afeccion en el momento en que todo hacia esperar una curacion cercana. Entonces reaparecen todos los fenómenos de los primeros períodos. Las causas mas ligeras bastan para producir este efecto.

En una forma grave (*I. rodens*) se producen, por debajo de las costras, ulceraciones rebeldes seguidas siempre de cicatrices indelebles. Entonces se trata de una afeccion especial, de naturaleza escrofulosa ó sifilitica.

El *impétigo sparsa* ocupa de preferencia las extremidades, sobre todo las inferiores, y algunas veces está esparcido por toda la superficie del cuerpo. El *impétigo figurata* ocupa principalmente la cara y el cuero cabelludo.

Marcha, duracion, terminacion.—El impétigo es agudo ó crónico: si es agudo dura de dos á cuatro septenarios; si crónico se prolonga durante meses y aun años.

El impétigo alterna muchas veces con el eczema, y no es raro observar recidivas causadas en general por la suciedad, el poco cuidado, un mal régimen, etc.

Habitualmente termina por la curacion; no obstante, cuando existe en un niño de algunos meses y cuando cubre toda la superficie del cuerpo, ofrece cierta gravedad y aun puede determinar la muerte.

Anatomía patológica.—Las pústulas de impétigo son debidas á inflamaciones circunscritas de la red superficial del dérmis (cuerpo papilar); bajo la influencia de esta inflamacion se produce una exudacion al principio serosa, pero bien pronto purulenta.

Diagnóstico.—El impétigo puede confundirse con el eczema, el herpe, la hidroa, el acné pustuloso, el ectima y la mentagra.

M. Hardy ha considerado el impétigo como una simple variedad del eczema; pero pensamos, con M. Bazin, que el género impétigo se distingue del género eczema:

1.º Por su elemento inicial, que es una vésico-pústula purulenta en su principio, mientras que el eczema empieza por vesículas llenas de una serosidad trasparente;

2.º Por sus costras, que son gruesas, amarillentas, rugosas, desiguales, mientras que el eczema, aun en su forma impetiginosa, solo da lugar á escamas delgadas, blandas, mas anchas que salientes;

3.º Por su extension generalmente menos considerable, por su marcha mas rápida y su duracion mas corta;

4.º En fin, por su pronóstico ordinariamente menos serio; recidiva con menos frecuencia que el eczema y los casos de repercusion están todavía por demostrar.

En el herpe las vesículas son globulosas, transparentes, reunidas en grupos sobre superficies poco extensas, y su volumen aumenta durante muchos dias.

En la miliar son las vesículas pequeñas y diseminadas y la serosidad lactescente que las llena se concreta en pequeñas escamas, en vez de hacerlo en costras gruesas.

Las pústulas de ectima son mas voluminosas, mas anchas que las de impétigo; son discretas, separadas unas de otras, rodeadas de una viva aureola, y dan lugar, despues de su ruptura, á una gruesa costra morenuzca y como engastada en la piel.

La mentagra pustulosa ocupa con predileccion la cara y está caracterizada por pústulas mayores, mas elevadas que las del impétigo, atravesadas en su centro por un pelo, no dando lugar mas que á una exhalacion poco abundante y rodeada de núcleos de induracion profunda.

No creo que un médico algo ejercitado pueda jamás confundir el impétigo con la viruela.

Cuando existen costras impetiginosas en la cabeza pudiera creérselas de favus; pero en esta última afeccion las costras tienen un color amarillo de azufre, están secas, exhalan un olor especial, revisten la forma de una concha y están atravesadas en su centro por un pelo decolorado, quebradizo, y en cuyo interior pueden verse, con ayuda del microscópio, los esporos del *achorion Schaeleinii*.

Algunas veces se observan erupciones complejas, caracterizadas por vesículas y pústulas. Eczema impetiginoso, que participa de los caracteres del impétigo y del eczema. Entonces no hay que hacer el diagnóstico del género, sino el de la naturaleza de la afeccion, casi siempre escrofulosa.

Pronóstico.—Considerado el impétigo de una manera general, no es una afeccion grave y no ofrece peligro alguno para la vida. Si es agudo se cura espontáneamente en el espacio de dos á tres septenarios; si es crónico puede persistir durante meses y aun años, pero llega un instante en que cede, en definitiva, á nuestros medios terapéuticos. Se ha notado que el impétigo de los miembros inferiores, aunque igual al de los superiores, es mas tenaz que este.

En fin, respecto al impétigo, como para las demás afecciones, la cuestion de naturaleza domina completamente el pronóstico.

Etiología.—El impétigo es por causa externa y por causa interna.

El primero es debido á la suciedad, al contacto de sustancias irritantes, y así se observa en los especieros, las hilanderas de capullos de gusanos de seda (mal del gusano ó del lavado), los que manejan la caña de Provenza ó los verdes arsenicales, etc.

En todas estas condiciones el elemento impetiginoso solo es accesorio; algunas veces, sin embargo, constituye el fenómeno predominante.

Esta especie de impétigo es tambien una complicacion frecuente de las afecciones parasitarias; muchas veces se observan pústulas de impétigo al principio del favus ó de la tiña tonsurante y en el curso del favus; la variedad llamada *impétigo granulata* es debida á la suciedad y á los *pediculi*; por último, muchas veces se observa la pústula impetiginosa como síntoma de la sarna.

No hay impétigo patogenético.

El impétigo por causa interna es efecto de la escrófula, de la sífilis y del herpe.

Causas del impétigo.

Impétigo por causa ex- terna.....	} Provocado di- recto.....	} Suciedad. Agentes irritantes. Parásitos vegetales ó animales (parasi- tario).
Impétigo por causa in- terna.....		

Tratamiento.—Mirado el impétigo como afeccion genérica da lugar á las consideraciones siguientes: al principio y si existen fenómenos inflamatorios, se podrán aconsejar la sangría general ó local, los purgantes, las tisanas refrigerantes y, al mismo tiempo, las cataplasmas de fécula, las lociones emolientes con agua de malvabisco, de salvado, de sauco y los baños. Cuando bajo la influencia de este tratamiento se hayan aplacado los síntomas inflamatorios y caído las costras, se espolvorearán las partes enfermas con almidon.

Estos medios bastan para el impétigo agudo, pero no convienen para el crónico. Contra esta forma se han aconsejado las aguas y los baños sulfurosos, enviando los médicos muchas veces sus enfermos á las aguas de los Pirineos, de Enghien, de Saint-Gervais, etc. Esta medicacion, buena para el impétigo escrofuloso, es muchas veces dañosa para otras especies, y aun tratándose de un impétigo escrofuloso es preciso emplearla con mucha prudencia.

En el impétigo crónico se prescriben tambien las pomadas de calomelanos y tanino, los glicerolados de brea ó de tanino, el aceite de enebro mitigado por la adición del de almendras dulces, ó polvos excitantes, como los de calomelanos, alumbre y de sublimado, puros ó mezclados con polvos absorbentes.

Algunas veces es preciso modificar las superficies enfermas con una cauterizacion mas ó menos enérgica ó con chorros de vapores sulfurosos ó sulfuro-alcalinos.

Pero todos estos medios solo deben emplearse con mucho respeto, indicando el hábito en qué medida debe hacerse.

Si el impétigo ocupa una parte velluda se harán cortar los pelos lo mas cerca posible de las costras, y si ocupa superficies que se tocan conviene separarlas.

Por último, cada especie de impétigo exige un tratamiento general especial.

DEL ACNÉ.

M. Bazin designa con el nombre de acné toda afección de la piel caracterizada por una lesión ó un trastorno funcional de las glándulas sebáceas ó de las anejas á los pelos.

Existen, pues, dos clases de acné; la primera comprende los acnés debidos á una lesión ó á un trastorno funcional de las glándulas sebáceas; la segunda comprende los acnés debidos á una lesión ó á un trastorno funcional de las glándulas anejas á los pelos.

Hé aquí el cuadro de las clases, órdenes y especies del acné:

1.^a CLASE, QUE COMPRENDE LOS ACNÉS CARACTERIZADOS POR UNA LESION DE LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS.

1.^{er} Orden: *lesion de la glándula y de sus conductos.*

Acné congestivo (rosea).

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| — inflamatorio..... | } Simplex (pustuloso).
Indurata. |
| — hipertrófico..... | |
| — atrófico..... | Lupus acnéico. |
| — elefantiásico. | |

2.^o Orden: *lesion de la secrecion glandular.*

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| — por retencion de la secrecion. | Punctata. |
| — por evacuacion (sebáceo)..... | } Fluente.
Concreto. |

2.^a CLASE, QUE COMPRENDE LOS ACNÉS CARACTERIZADOS POR UNA LESION DE LAS GLÁNDULAS ANEJAS.

1.^{er} Orden: *lesion de la glándula aneja y de sus conductos.*

Acné pilaris umbilicado.

- vegetante hipertrófico.
- pustuloso miliar.

2.^o Orden: *lesion de la secrecion.*

- sebáceo de las regiones velludas.

Bajo el punto de vista semeiológico existen dos formas de acné: botonoso y segregante. Estudiaremos sucesivamente estas dos formas.

1.º *Acné botonoso.*

Definicion.—El acné botonoso es una afeccion de las glándulas sebáceas ó de las anejas á los pelos caracterizada por una erupcion de pústulas que ofrecen una evolucion lenta y dan origen á pequeñas costras amarillentas ó negruzcas.

Sintomatologia.—Precedido algunas veces el acné por una rubicundez eritematosa de los tegumentos, una sensacion de calor y de tension, de hormigüeo, de picotazos en la parte que debe ser asiento de la afeccion y de brotes congestivos intermitentes, está caracterizado en su principio por elevaciones rosadas ó rojas, separadas entre sí por intervalos variables, rodeadas de una aureola roja, de base indurada, de volúmen variable, desde el de una cabeza de alfiler al de una lenteja, atravesadas ó no por un pelo, etc.

Despues de un tiempo mas ó menos largo viene el período de supuracion; entonces las elevaciones acnéicas se ponen blanquecinas y amarillentas en su vértice, fenómeno debido á la formacion de pus, se convierten progresivamente en pápulo-pústulas, que despues de algunos dias de existencia dan salida al líquido que contienen, cuya concrecion determina la formacion de costras amarillas ó negruzcas mas ó menos gruesas, y que persisten durante un tiempo variable.

Por otra parte, la supuracion se verifica lentamente y durante largo tiempo está caracterizado el acné por pequeñas elevaciones cónicas, rojas y duras en su base, purulentas en su vértice, como es fácil convencerse pinchándolas con un alfiler y esprimiendo el líquido que contienen.

Despues del tercer período ó de cicatrizacion las costras se desprenden espontáneamente y caen, la induracion tuberculosa de la base se resuelve poco á poco, pero en general con extrema lentitud; el enrojecimiento de los tegumentos desaparece insensiblemente, y no queda como indicio de la existencia del acné mas que pequeñas cicatrices ya lisas, ya con pliegues y como estampadas, circulares ú ovals.

La erupcion acnéica puede ocupar todas las partes del cuerpo, pero la cara, el dorso y la parte anterior del pecho son las regiones mas comunmente afectadas. Por el contrario, jamás son

asiento de esta afeccion la palma de las manos y la planta de los piés.

Las pápulo-pústulas de acné son mas ó menos numerosas; ora es discreta la erupcion, ora, por el contrario, confluyente y hasta coherente.

Generalmente no es dolorosa esta afeccion, y el enfermo atacado por ella no está atormentado ni por comezon, ni por punzadas; exceptúase, sin embargo, el acné artrítico, cuyas punzadas forman uno de los principales caracteres diferenciales.

La pústula de acné ha recibido diferentes nombres segun la forma y aspecto que presenta.

Si es pequeña, puntiaguda, rodeada de una aureola rosada ó roja, y contiene un líquido constituido por una mezcla de materia sebácea, linfa plástica y serosidad purulenta, toma el nombre de *pústula acnéica miliar*.

Si el boton acnéico es purulento de la base al vértice y solo consiste en la inflamacion del conducto escretor de la glándula sebácea, se llama *acné simplex*.

Si, por el contrario, es purulento en el vértice é indurado en la base, se designa con el nombre de *acné indurata*.

Si es papuloso en la base, purulento en el vértice, atravesado en su centro por un pelo y umbilicado, se llama *acné pilaris*.

Si el acné consiste en una eminencia pápulo-tuberculosa del grosor de un grano de mijo ó de un pequeño guisante, indolente, umbilicada, de un color blanco de cera y semitransparente en los bordes de la depresion, recibe el nombre de *acné varioliforme*.

Si el acné está caracterizado por pápulo-pústulas que descansan sobre una superficie roja, simplemente eritematosa ó que ofrece un estado flebiectásico de los capilares cutáneos; se llama *acné rosácea (couperose)*, etc.

Marcha, duracion, terminacion.—La marcha del acné es sucesiva; así se ven pústulas al lado de cicatrices y de manchas eritematosas, de modo que pueden observarse sobre un enfermo todas las fases de la afeccion.

La pústula de acné evoluciona en uno ó dos septenarios y hasta en un tiempo mucho mas largo; en cuanto á la afeccion acnéica, persiste ordinariamente por muchos años, resistiendo á todos los tratamientos. Sucede algunas veces, sin embargo, que despues de haber durado largo tiempo la erupcion desaparece, en un momento dado, espontáneamente, y en un corto espacio de tiempo; algunos dermatólogos han atribuido esta curacion á

la destruccion de todas las glándulas sebáceas. M. Bazin cree que la erupcion desaparece entonces, porque sobrevienen accidentes de un período mas avanzado de la enfermedad constitucional causa del acné.

M. Bazin ha observado la trasformacion *in situ* del acné en otra afeccion mas grave: de una *couperose* en lupus, de una escrofúlide acnéica en una escrofúlide crustácea ulcerosa, de pústulas de acné en elementos cancroídeos ó cancerosos.

Anatomia patológica.—El acné tiene por asiento anatómico las glándulas sebáceas y pilosas, y por modalidad patológica el estado inflamatorio; pero esta inflamacion, ¿es primitiva ó consecutiva al depósito de materia sebácea, como lo ha pretendido S. Plumbe? M. Bazin admite que muchas veces es primitivo, y ora invade solamente el conducto escretor (*acne simplex ó pustuloso* de la base al vértice), ora la glándula en su totalidad (*acné indurata*), algunas veces existe simultáneamente una verdadera hipertrofia.

Fácil es demostrar que el acné botonoso ó segregante, tiene por asiento los folículos sebáceos ó las glándulas anejas á los pelos; en el acné sebáceo fuente, véñese, en efecto, los orificios ensanchados de las glándulas, por los cuales se derrama el humor sebáceo.

En el acné sebáceo concreto basta comprimir en los bordes de la costra para hacer salir con ella pequeños apéndices vermiformes adheridos á la cara profunda y formados de materia sebácea.

En el acné botonoso el pús está formado en el conducto escretor de la glándula, cuya base está indurada.

El acné varioliforme está caracterizado por una hipertrofia de la glándula; no alargándose el conducto escretor, sino ensanchándose, los lóbulos solos levantan los tegumentos y dan lugar á una elevacion que rodea el canal central, el cual se halla situado mas bajo que las partes circunvecinas, y de aquí la depresion.

Las lesiones de las glándulas anejas á los folículos pilosos han sido menos estudiadas y se las ha confundido muchas veces con las de los folículos pilosos.

Pero, en el acné sebáceo del cuero cabelludo, la abundancia de la secrecion aceitosa que empapa los cabellos y determina su caída prueba la hipersecrecion de las glándulas anejas; y en el acné pilaris, la umbilicacion de la pústula, la existencia de un cabello enmedio de esta y la depresion cuando la inflamacion no

se ha propagado al bulbo piloso, todo prueba tambien que la inflamacion reside en las glándulas anejas.

Si se examina el contenido de un boton acnéico, se encuentra sebo mas ó menos alterado, pus, células epidémicas y moléculas extrañas al organismo.

El profesor Simon ha descubierto en la materia sebácea del *acné-punctata* un ácaro, que Moquin-Tandon ha llamado *demodex*.

Diagnóstico.—La forma tuberculosa del acné se diferencia fácilmente de la forma segregante, en la cual no se observa ninguna elevacion, sino solamente una exudacion aceitosa ó costras blandas, blanquecinas, ciriformes que se dejan amoldar entre los dedos y debidas á la concrecion de un líquido segregado.

Quando se trata de un acné que ocupa las glándulas sebáceas, puede ser confundido con la mentagra; mas esta última afeccion ocupa las partes velludas, mientras que el acné se observa en la nariz, mejillas, en fin, allí donde los pelos son rudimentarios. Pero si la afeccion ocupa las glándulas pilosas, el diagnóstico es mas difícil; no obstante, las pústulas del acné miliar son pequeñas, agrupadas, ocupan la frente, las sienes, la nariz, la barba, algunas veces tambien toda la superficie del cuerpo, por último, tienen una duracion muy corta; en el acné pilaris, las pústulas ocupan las sienes, el cuero cabelludo, son umbilicadas y radican en las glándulas anejas; por el contrario, el sicosis consiste en la inflamacion de los folículos pilosos con produccion de una pústula puntiaguda sin depression en el centro.

El impétigo está caracterizado por pústulas aglomeradas, cuyo líquido se concreta en costras gruesas de color amarillo de miel.

El ectima está constituido por pústulas anchas, aplastadas, rodeadas por un círculo inflamatorio, cuyo líquido se concreta en una costra morena que deja despues de su caída una cicatriz deprimida, pústulas que recorren sus fases en ocho dias, mientras que las acnéicas persisten durante meses.

El liquen, formado por pápulas simples ó escoriadas en su vértice, no podria ser confundido con el acné.

El lupus tuberculoso se diferencia del acné por la existencia de tubérculos trasparentes, renitentes, de color de caramelo é indolentes.

Pronóstico.—Considerado el acné bajo el punto de vista de su terminacion, no es de pronóstico grave; pero si se considera su persistencia, su presencia en partes descubiertas, en las espaldas,

en la cara, se concibe constituya una afeccion desagradable y enojosa, ya para las mujeres, tan deseosas de tener la piel libre de toda erupcion, ya para el médico, cuyas prescripciones son muchas veces ineficaces ó no determinan más que una disminucion momentánea.

En fin, para pronosticar con exactitud, es preciso tener en cuenta la naturaleza de la afeccion.

Etiologia.—Existe un acné por causa externa y otro por causa interna.

El acné por causa externa, es debido al desaseo, al abuso de los cosméticos (A. provocado directo), ó á la ingestion del iodo, del bromo y de los bromuros, de las bebidas alcohólicas, etc. (A. patogenético).

Son precisas nuevas investigaciones para determinar si el ácaro de los folículos puede ser la causa del acné punctata ó tambien del acné varioliforme.

El acné producido por causa interna es una de las manifestaciones de la escrófula, de la artritis ó de la sífilis.

Las pústulas de acné se observan en todas las edades, pero sobre todo en la juventud y edad adulta.

La pubertad, la edad crítica, las causas que ocasionan el acné por causa externa,—desaseo, cosméticos,—obran muchas veces como causa determinante del acné constitucional.

Causas del Acné.

Acné por causa externa.	{ Provocado directo.... { Patogenético	{ Por los cosméticos. { El desaseo. { Parasitario. { Por el iodo, los bromuros.
		{ A. varioliforme. { A. elephantiasis. { A. miliaris. { A. indurata. { A. rosácea. { A. miliar. { A. pilaris. { A. indurata. { A. rosácea. { Sífilítico..... Sífilide pustulosa lenticular.
Acné por causa interna.	{ Escrofuloso..... { Artrítico..... { Sífilítico.....	{ A. varioliforme. { A. elephantiasis. { A. miliaris. { A. indurata. { A. rosácea. { A. miliar. { A. pilaris. { A. indurata. { A. rosácea. { Sífilide pustulosa lenticular.

Tratamiento.—Considerado el acné como afeccion genérica, da lugar á las consideraciones siguientes: cierto número de modificadores locales ejercen evidentemente cierta influencia sobre las pústulas acnéicas y las hacen desaparecer despues de un espacio de tiempo mas ó menos largo; tales son las pomadas

mercuriales de proto-ioduro ó bi-ioduro. M. Hardy emplea con preferencia una pomada compuesta de: proto ioduro de mercurio, 10 á 15 centigramos y aun 1 gramo, y manteca fresca 30 gramos. Dándose unturas con esta pomada, —lo que ha de repetirse todos los dias— sobreviene rubicundez y agrietamiento del epidérmis; pero despues de cierto tiempo, los tejidos ya no experimentan modificaciones; entonces, es preciso modificar la dosis de sal mercurial. En casos rebeldes, M. Hardy aumenta á menudo la dosis usando una pomada compuesta de manteca y bi-ioduro en partes iguales.

M. Bazin prefiere una pomada fuertemente mercurial, por ejemplo: manteca 30 gramos, bi-ioduro de mercurio 20 gramos. De esto aplica una ligera capa sobre las partes enfermas, presentándose entonces una erupcion artificial que desaparece en algunos dias; se aplica de nuevo la pomada, y así sucesivamente hasta la desaparicion completa de la afeccion.

M. Bazin usa mas á menudo todavía el aceite de enebro puro, con el cual se fricciona cada dos ó tres dias, ó el aceite de nueces, con el cual se embadurnan las partes enfermas una vez cada cinco ó seis dias.

Tambien se pueden aconsejar las lociones astringentes, los baños alcalinos ó de vapor, las duchas de agua sulfurosa, de agua de Lonesche, de Bagneres de Bigorre, de Bareges, las lociones de sublimado en la proporcion de un centésimo de este.

Respecto á la pomada de iodo-cloruro mercurioso, tan elogiada por M. Rochard, no ha dado mejores resultados que las otras pomadas mercuriales.

Pero, aparte del tratamiento local, es preciso usar siempre un tratamiento general variable segun la especie que presente el enfermo.

2.º *Acné secretante.*

Acné punctata y acné sebáceo. — El acné punctata está caracterizado por pequeñas elevaciones del volúmen de una cabeza de alfiler que presentan en su centro un punto negruzco. Si se comprime la base de estas eminencias, se hace salir una materia vermiforme y blanquecina compuesta de humor sebáceo. El color negruzco es debido al depósito del polvo de la atmósfera sobre la materia sebácea. El acné punctata ocupa la cara, los hombros, el torax; va acompañado muchas veces de botones de acné pustuloso.

Acné sebáceo. — Es debido á la exageracion de la secrecion folicular, y se observa principalmente en la cara, las cejas, la nariz, las mejillas y el cuero cabelludo; tambien se le encuentra algunas veces en las regiones pelviana y axilar, mas rara vez ocupa toda la superficie del cuerpo.

Está caracterizado por la secrecion de una sustancia grasienta líquida que cubre las superficies afectadas con una especie de barniz. Si entonces se pasa el dedo por las partes enfermas, se levanta una capa sebácea mas ó menos abundante que no tarda en reproducirse. La superficie enferma de la piel está reluciente y los orificios de los folículos sebáceos se hallan aumentados manifiestamente.

El enfermo experimenta á veces una sensacion de hormigueo, de punzadas ó de tension; pero, con mas frecuencia, el acné no produce otra incomodidad que la que resulta de la presencia continua en la piel de un cuerpo graso líquido. (A. sebáceo fluente).

La sustancia sebácea puede concretarse y dar lugar á películas ó á costras más ó ménos anchas y de consistencia variable. (A. sebáceo concreto).

Entonces, el líquido sebáceo, al solidificarse, forma costras delgadas en general, poco adherentes á las partes subyacentes, blanquecinas ó grisáceas al principio, y que se dejan amoldar entre los dedos como la cera (A. sebáceo costroso). Limitadas ordinariamente estas costras á una parte de la cara, como la nariz, las mejillas ó las cejas, ocupan algunas veces toda ella y le forman una especie de careta morena ó negruzca.

Si tiene su asiento en el cuero cabelludo, engrasa la cabellera, aglutina los pelos y forma mechones inextricables; entonces tiene cierta analogía con la plica polaca.

M. Bazin ha observado alguna vez el acné sebáceo costroso en toda la superficie del cuerpo. Entonces exhalan las costras un olor *sui generis* de los mas insoportables.

Acné penniciliiforme. — En esta variedad, las concreciones sebáceas se presentan bajo la forma de vegetaciones cónicas ó de borlas sedosas semejantes al amianto.

Acné córneo. — Se halla formado por eminencias duras, cónicas, agrupadas ó solitarias, amarillas, negruzcas ó grisáceas, que ocupando con preferencia la cara, la frente ó las mejillas, pueden extenderse á todas las regiones del cuerpo.

Diagnóstico. — El acné sebáceo costroso puede confundirse con el eczema, el impétigo, la pitiriasis y la ictiosis.

Pero el eczema y el impétigo empiezan por vesículas ó pús-

tulas, ofrecen un período de exudacion y de exhalacion, van acompañados de prurito, presentan costras friables y se rompen en fragmentos, caractéres todos que no existen en el acné sebáceo.

La pitiriasis del cuero cabelludo está caracterizada por escamas delgadas, secas, abundantes, por prurito, y los cabellos no están mas grasos ni húmedos.

En fin, ordinariamente congénita, la ictiosis rara vez es parcial, y nunca se ve debajo de las escamas epidérmicas el aumento de los orificios de las glándulas sebáceas.

Pronóstico. — Mirado como afeccion genérica, el acné sebáceo no presenta ninguna gravedad; pero si se considera que constituye una incomodidad muy desagradable, que resiste muchas veces á los medios terapéuticos empleados, y por último, que es la manifestacion de una enfermedad constitucional, el pronóstico será mas grave.

Etiologia. — El acné punctata y el sebáceo son manifestaciones de la escrófula benigna y coexisten habitualmente con botones de acné simple y de acné indurata.

Los acnés cretáceo, córneo, elefantásico, que atacan profundamente la piel, destruyendo las glándulas sebáceas y dejando cicatrices profundas, son manifestaciones de la escrófula profunda.

Algunas veces el acné constituye una simple deformidad. Tal es el acné miliar de Alibert y de Hardy, caracterizado por granos parecidos al aljofar que se encuentran en el cuello, el dorso, la frente, etc., y que no tienden á desaparecer (véase: Deformidades, moluscum granuloso). Tal es tambien el acné hipertrófico y sebáceo, caracterizado por eminencias redondeadas ú oblongas, indolentes, dispuestas aquí y allá como berrugas, en el cuello, el dorso y los hombros. Esta variedad se observa en la edad adulta y en la vejez.

Tratamiento. — Cuando el acné sebáceo es fuente, deben aconsejarse las lociones astringentes con disoluciones de alumbre, de sal de saturno, de sulfato de hierro, de ratania, de tanino, de borato de sosa, etc., el aceite de enebro, las duchas de vapor ó sulfurosas, las aguas de Luchon, de Lonesche, de Bareges, etc.

Si el acné sebáceo es concreto, se necesita limpiar las partes enfermas disolviendo las costras y el barniz sebáceo por medio de lociones amoniacaes y baños alcalinos, lavando despues con el líquido siguiente:

Agua destilada.....	300 gramos.
Glicerina.....	30 —
Borax.....	0,10 á 0,20
Bicarbonato de sosa.....	0,30 á 0,50 (Bazin)

ó con una solución de sublimado ó de arseniato de sosa. M. Bazin aconseja también las pomadas de peróxido de hierro ó de turbit mineral; los baños con las aguas de Royat, de Condillac, de Vichy, etc.

DEL SICOSIS.

Definición.—El sicosis es una afección de los folículos pilosos caracterizada por la existencia de pústulas que ocupan la base de los pelos, precedidas ó seguidas de una induración que ordinariamente no pasa más allá de los tegumentos, pero que puede ocupar el tejido celular subcutáneo.

El sicosis presenta tres períodos.

El sicosis puede aparecer sin ser precedido de ningún fenómeno morbozo, ó al contrario, ofrecer síntomas precursores que consisten: ora en la aparición de pequeñas pústulas discretas, aisladas y que se perpetúan durante un tiempo variable de meses y aun años, ora en un círculo de herpe, de eritema parasitario ó de pitiriasis *alba* parasitaria (primero y segundo períodos de la tiña tonsurante).

Que el sicosis haya sido ó no precedido de esos fenómenos, empieza por pústulas diseminadas acá y allá en la barba, ó agrupadas en la parte media del labio superior, papulosas en la base y purulentas en el vértice, puntiagudas, atravesadas por un pelo y que persisten durante cierto tiempo; las pústulas de impétigo, por el contrario, tienen una duración efímera y se rompen después de algunas horas de existencia.

En efecto, las pústulas del sicosis, no se rompen sino hacia el cuarto, quinto ó sexto día después de su aparición, y el líquido que contienen se concreta en una costra morenuzca, delgada, aplanada hacia sus bordes, poco adherente y única para cada pústula.

Por otra parte, nunca se observa una trasudación sero-purulenta, como en el impétigo. Estas pústulas pueden estar aisladas, separadas por intervalos de piel sana, ó por el contrario, reunidas entre sí formando grupos pustulosos; en este último caso no se observa en el período de desecación más que una sola costra negruzca y atravesada por los pelos. Por otra parte, en el mismo

enfermo se encuentran muchas veces reunidos los diversos períodos de la erupcion: en un punto del labio superior, existe una aglomeracion de pequeños botones rojos y puntiagudos, más lejos un grupo de pústulas, y en fin, en otra parte una costra adherente.

Si las pústulas son numerosas, la inflamacion invade los tegumentos vecinos y el tejido celular subcutáneo, y no se tarda en observar induraciones que se hundan á mayor ó menor profundidad en el tejido celular subcutáneo y que revisten la aparicion de masas tuberculosas más ó ménos considerables.

Ora afectan estas induraciones un volúmen que no sobrepujan al de un pequeño guisante, ora adquieren el de una cereza y aun el de una nuez; su superficie presenta un color rojo mas ó menos oscuro y liso en algunos casos, pero más á menudo todavía marmelonado. Comprimiendo las induraciones con los dedos se prueba fácilmente su hundimiento en el tejido celular. Si entonces se usa un tratamiento racional, no tardan en aplanarse y desaparecer los tubérculos; pero si el enfermo continúa en la inaccion ó usa remedios intempestivos, se ven nacer en la superficie enferma vegetaciones mas ó menos grandes y ulceraciones que exudan un líquido sanioso y fétido; entonces, los pelos se caen espontáneamente ó á consecuencia de la menor traccion y se desenvuelven abscesos circunscritos alrededor de los tubérculos sicósicos, etc.

Por otra parte, es fácil comprender la aparicion de estos fenómenos: la inflamacion del folículo piloso, que es lo que constituye el sicosis, se propaga á las partes circunvecinas despues de un espacio de tiempo más ó ménos largo, y determina la aparicion de induraciones tuberculosas, de flemones del tejido celular, de forúnculos, etc.; pero á consecuencia de la inflamacion del folículo piloso, no tarda en ser destruida toda conexion entre el pelo y el folículo que le contiene y aquel cae en las cataplasmas ó es arrancado por la mas ligera traccion. Esta caida de los pelos es, por otra parte, temporal, á no ser que la afeccion persista durante un tiempo muy largo, y la inflamacion adhesiva determine la obliteracion del folículo. En este caso, el pelo no puede segregarse de nuevo, y si ha tenido lugar la curacion, no se ha obtenido sino á espensas de una calvicie irremediable. Pero si esta obliteracion del folículo no ha tenido lugar, y este es el fenómeno observado con más frecuencia, la papila pilosa, á pesar de una alteracion profunda de su estructura, todavía puede segregar los elementos constitutivos del pelo; sin embargo, altera-

dos estos, como el bulbo piloso del cual nacen, no forman mas que un pelo enfermizo, blanco y lanoso ó rojizo, privado de cápsula y cuyos elementos están confundidos totalmente. Sin embargo, el pelo está dotado de vitalidad todavía, y por su presencia constituye una espina que contribuye poderosamente á entretener la inflamacion supurativa en el folículo; mas empleando un tratamiento racional, el pelo recobra bien pronto sus caracteres normales.

Si no es larga la duracion del sicosis y si se ha puesto en uso un tratamiento apropiado, los tegumentos recobran sus caracteres normales; pero si la afeccion se prolonga, si se producen ulceraciones en la superficie de los tubérculos, etc., cicatrices más ó ménos profundas y muy semejantes á las del acné, atestiguan, por su presencia, la existencia anterior del sicosis.

Marcha, duracion y terminacion.—La marcha del sicosis es irregular ó regular y sucesiva, pudiéndose observar en un solo enfermo los diversos períodos de esta afeccion; así existen, al lado de pústulas cubiertas en su vértice por una costra, pústulas en el período de supuracion, pústulas nacientes y tambien simples rubicundeces. Cuando todos estos grados están reunidos, cuando al mismo tiempo está inflamado el tejido celular y existen tubérculos, el enfermo presenta un aspecto hediondo y repugnante.

La duracion del sicosis es indeterminada, y si á veces bastan algunas semanas ó muchos meses para obtener la curacion, en otras circunstancias persiste la afeccion por espacio de muchos años. Entonces nuestro tratamiento ofrece una verdadera eficacia y puede afirmarse que bastará una sola depilacion. En efecto!, en este caso no existe parásito y los pelos constituyen cuerpos extraños que es preciso eliminar. Por el contrario, al principio del sicosis conviene depilar muchas veces.

El sicosis puede recidivar, ora por hallarse bajo la dependencia de una enfermedad constitucional (artritis), ora por haber estado el enfermo sometido á un nuevo contagio. Abandonado á sí mismo, el sicosis puede curar espontáneamente: entonces el pus segregado por el folículo piloso destruye el trichophiton y al mismo tiempo las conexiones que existian entre el folículo y el pelo, no tardando este en caer y cesando de constituir, por consiguiente, un cuerpo extraño que entretenia la inflamacion.

M. Devergie, apoyándose en estos hechos ha rechazado la depilacion y ha dicho que la naturaleza se encargaba de ello.

Sin duda la naturaleza depila, pero para que la depilacion

sea completa, se necesita mucho tiempo, mientras que si depila uno mismo, una ó dos sesiones bastan para obtener este resultado y para que el enfermo, por decirlo así, se cure.

En fin, abandonado el sicosis á sí mismo, no siempre se cura y aun á veces experimenta enojosas transformaciones. No es raro, en efecto, observar la conversion del sicosis en afecciones graves y sérias como las sifílides y escrofúlides, si se le deja persistir durante muchos años, y si el enfermo se halla sometido durante la existencia de esta afeccion al influjo de la sífilis ó de la escrófula.

Tratando el sicosis segun el método de M. Bazin, no tarda en sobrevenir la curacion, pero exige un tiempo variable segun el período de la afeccion en que se empieza el tratamiento. Si el sicosis no va acompañado del herpe circinado ni de la pitiriasis *alba*, bastarán para obtener una curacion perfecta, un mes, seis semanas ó dos meses á lo mas; si, por el contrario, existen todavía el primero y segundo período de la tiña tonsurante, se necesitará un espacio de tiempo más considerable.

Sitio del sicosis.—El sicosis puede existir en todas las partes velludas: en la cara, el púbis, las axilas, la nuca, el dorso de la mano, etc. En general, si no se detiene la marcha de esta afeccion, cuando ocupa la cara, invade una gran parte de esta; algunas veces, sin embargo, se limita á una superficie poco extensa, no ocupa más que la parte del labio superior correspondiente al sub-tabique de las fosas nasales, ofreciendo entonces la forma de un prisma triangular con el vértice dirigido hácia las fosas nasales.

Estas dos variedades difieren esencialmente en cuanto á su naturaleza: la primera es una afeccion parasitaria, la segunda una afeccion artrítica.

Mirado el sicosis bajo el punto de vista de su sitio anatómico y de su modalidad patológica, está constituido por una inflamacion del folículo piloso; á la inflamacion de esta glándula se añade, en cierto período, la del tejido celular circunvecino.

Diagnóstico.—El sicosis pudiera ser confundido con el impétigo, el liquen, el forúnculo, el lupus, los abscesos sintomáticos de cáries dentaria y las sifílides circunscritas.

Las pústulas de impétigo se diferencian de las del sicosis por los caractéres siguientes: no tienen relacion con los pelos, ó si existen algunas atravesadas por un pelo, se observan otras en las partes vecinas que no presentan este carácter; están agrupadas y no discretas como en el sicosis; son puntiagudas, purulentes.

tas de la base al vértice y no purulentas en el vértice y papulosas en la base; no persisten mas que veinticuatro horas, y no cinco, seis y siete dias como la pústula sicósica; en fin, son el sitio de una trasudacion sero-purulenta que no se observa en esta última.

El liquen de la cara es tan solo el único que pudiera ser confundido con la mentagra; pero va acompañado de un prurito vivo y persistente. Aunque dispuestas por grupos las pápulas del liquen, no ocupan exclusivamente la base de los pelos; se las encuentra en la frente y en otras regiones en que no se observa la mentagra. Por último, el liquen no se asocia á una erupcion pústulo-forunculosa como sucede las más veces con la mentagra.

Ya hemos establecido los caracteres diferenciales del sicosis y del acné.

El forúnculo por lo general es único, da origen á un clavo, y está las más veces diseminado en diferentes regiones del cuerpo y principalmente en las nalgas, muslos y el dorso. Sin embargo, el forúnculo complica algunas veces al sicosis.

El lupus está caracterizado por tubérculos renitentes y semi-transparentes, de un color amarillo de ocre ó de caramelo, indolentes, apenas sensibles á la presion y que afectan una marcha muy latente persistiendo durante años; caracteres que no pertenecen al sicosis.

Los abscesos sintomáticos de cáries dentaria y los abscesos dérmicos pueden, en rigor, confundirse con el sicosis. Los sintomáticos de una cáries dentaria son circunscritos, atacan los folículos de los pelos, que se atrofian, se secan y caen como en la mentagra; pero un exámen atento hará distinguir siempre estos pequeños tumores circunscritos, redondeados y fluctuantes en toda su extension, de las induraciones forunculosas de la mentagra. Los abscesos dérmicos ofrecen una coloracion violácea, son fluctuantes en toda su extension y no tardan en abrirse espontáneamente y dar salida á un pus seroso característico.

Las sifilides pustulosa y tuberculosa podrian confundirse: las primeras con el sicosis pustuloso y las segundas con el sicosis tuberculoso.

Pero en la sifilide pustulosa, los elementos pustulosos no se limitan á la cara, á los labios y la barba sino que están diseminados en la superficie del cuerpo, formando círculos ó elipses, abiertos de costras verdosas ó morenas rodeadas de un círculo obrizo.

Por otra parte, la sifilide tuberculosa estendida por diversas

partes del cuerpo, está caracterizada por tubérculos dispuestos también en círculos, en elipses, etc., son insensibles á la presión y ofrecen un color cobrizo; lo cual no sucede en el sicosis, que limitado á la cara, está formado por tubérculos dolorosos á la presión, de un rojo inflamatorio y que se hunden en el tejido celular.

Pronóstico.—El sicosis no constituye una afección grave; no obstante, por su asiento en la cara y la deformidad que produce es una afección desagradable; en fin, puede recidivar si es sometido el enfermo á un nuevo contagio. El sicosis parasitario es ménos grave que el artrítico.

Etiología.—Existe un sicosis por causa externa y otro por causa interna.

El sicosis por causa externa aparece bajo la influencia de la acción de sustancias irritantes: se le observa en los individuos que usan el tabaco ó están afectados de catarro nasal; en los que se friccionan con el aceite de enebro y se sirven de una navaja de afeitar mellada; pero sobre todo en aquellos que se afeitan en barbería. Entonces, si los paños y la navaja contienen esporos ó esporulos trichophyticos, transmitidos estos á la cara del enfermo se ven aparecer sucesivamente en ella, el herpe ó el eritema circinado, la pitiriasis alba parasitaria y el sicosis (S. parasitario).

El sicosis parasitario es la forma más ordinariamente observada.

El sicosis por causa interna puede ser sintomático de la escrófula, de la sífilis ó de la artritis; pero los sicosis escrofuloso y sifilítico son afecciones complejas, nunca existen estos aislados, y van acompañados: el sicosis escrofuloso de impétigo, el sicosis sifilítico de ulceración de la misma naturaleza. El sicosis artrítico es, pues, la única variedad que se presenta en un estado de perfecta simplicidad; así, puede hacerse abstracción completa del sicosis escrofuloso y sifilítico é investigar si un sicosis es producido por causa externa ó es artrítico.

Causas del sicosis.

Sicosis por causa externa	} Provocado directamente	} Producido por sustancias irritantes, el aceite de enebro, una navaja de afeitar mellada.
Sicosis por causa interna	} Artrítico.	

Terapéutica.—Mirado el sicosis como afección genérica y con-

siderado en su elemento inflamatorio, no exige más que cataplasmas, baños, lociones emolientes, etc.; pero este tratamiento es insuficiente, debiendo aconsejarse otros, basados en la naturaleza de la afección.

Si el sicosis es producido por sustancias irritantes, se debe sustraer al enfermo de la acción de estas y hacer aplicaciones emolientes; si es debido á la presencia de parásitos, es necesario, sobre todo, tratar de destruir estos; ahora bien, el mejor medio para alcanzar este objeto es arrancar todos los pelos, en una palabra, depilar, y lavar todas las superficies enfermas con una solución parasiticida (solución de sublimado). Indudablemente, en un momento dado, ya no existe el trichophyton, ha sido destruido completamente por el pus segregado en el folículo piloso; pero aun entonces se hace necesaria todavía la depilación, porque el pelo constituye una espina que es preciso separar cuanto antes.

Por último, si el sicosis es artrítico, aconsejaremos: como tratamiento general los antiartríticos; como tratamiento local las cataplasmas de fécula hasta que la inflamación se haya aplacado, y entonces friccionar con el aceite de enebro, que obra de una manera sustitutiva; en fin, la depilación, que separará una espina, causa perpétua de irritación.

AFECCIONES FORUNCULOSAS.

DEL FORÚNCULO.

Definición.—Se designa con el nombre de forúnculo, una afección de la piel caracterizada por la inflamación del folículo piloso.

Sintomatología.—El forúnculo empieza por una pequeña rubicundez, circunscrita y dolorosa, que presenta bien pronto una elevación en su centro, eminencia cónica cuya base se hunde en las capas profundas del dérmis y cuyo vértice puntiagudo forma prominencia al exterior; este botón cónico, de color rojo oscuro ó de violeta, pequeño al principio, aumenta de volumen durante cinco ó seis días y llega á adquirir las dimensiones de una cereza. En este tiempo, el enfermo experimenta dolores pulsativos y terebrantes, dolores que se han comparado á los que produciría una barrena que penetrase en los tejidos.

Del sexto al octavo día, se ve aparecer un punto blanquecino en el vértice y bien pronto una pequeña abertura que se aumen-

ta poco á poco y da salida espontáneamente á consecuencia de la compresion de la base del tumor, á una masa grisácea, filamentosa, formada de colgajos de tejido conjuntivo, de sangre y de pus (clavo).

A partir de este momento, el color violáceo del tumor se extingue, disminuye el dolor y la cicatrizacion se verifica, quedando casi siempre, sin embargo, como consecuencia del forúnculo, una pequeña cicatriz.

No siempre termina el forúnculo por supuracion, á veces se observa la resolucion. Puede ocupar todas las partes del cuerpo, á escepcion de la palma de las manos y planta de los pies. En general se observan en el mismo individuo muchos forúnculos á la vez, ó por lo ménos, muchos sucesivamente.

El *antrax* se considera como formado por la reunion de cierto número, de forúnculos en un pequeño espacio.

Diagnóstico. — Podria confundirse el forúnculo con el sicosis; sin embargo, esta última afeccion se diferencia de la primera por su marcha lenta, la indolencia relativa de los tubérculos y la existencia concomitante de pápulo-pústulas atravesadas por pe- los más ó ménos alterados.

Más adelante veremos que la hidrosadenitis tiene caracteres distintos á los del forúnculo.

Pronóstico. — Es leve, cuando es único y está aislado; grave, cuando hay una acumulacion de forúnculos, es decir, un antrax; aumentando la gravedad cuando este último ataca á un viejo debilitado.

Etiología. — Existe un forúnculo por causa externa y otro por causa interna.

El forúnculo por causa externa es provocado directo ó pato- genético.

El forúnculo provocado directo es debido á la accion de po- madas irritantes, de emplastos, de baños alcalinos y sulfurosos; se observa con frecuencia en los que montan á caballo, y enton- ces resulta de la compresion ejercida por la silla.

Tambien ataca á los individuos afectados de sarna ó de tiña y principalmente de tiña tonsurante; entonces existe simultánea- mente con tubérculos sicósicos (F. parasitario).

El forúnculo patogenético nace bajo la influencia de una mala alimentacion y de la ingestion de sustancias medicamentosas, tales como el ioduro potásico, el arsénico, los alcalinos.

El forúnculo por causa interna aparece algunas veces, ora en el curso de enfermedades agudas, y en este caso se presenta con

el carácter crítico (viruela); ora constituyendo una manifestación diatésica de la diabetes, de la artritis ó del herpe (diátesis forunculosa).

Causas del forúnculo.

Forúnculo por causa externa.....	Provocado directo.....	}	Producido por la suciedad, los baños alcalinos y sulfurosos.
			Producido por el achorion y el trichophyton.
	Patogenético...	}	Debido á una mala alimentación y á ioduros alcalinos.
Forúnculo por causa interna.....		}	Crítico.
			Sintomático de la diabetes.
			Artrítico.
			Herpético.

Tratamiento.—Siendo el forúnculo una afección de naturaleza inflamatoria, es preciso ordenar baños y cataplasmas de harina de lino ó de fécula. Solo surten efecto las sanguijuelas cuando se aplican desde el principio de la afección; pero las más veces son inútiles.

También se ha aconsejado favorecer la supuración á beneficio del emplastro de diaquilon ó del unguento de la mére (1).

Formado ya el pus, se produce espontáneamente una pequeña abertura en el vértice del forúnculo, y entonces conviene comprimir el pequeño tumor y hacer salir el clavo; pero si se hiciese esperar la abertura ó esta fuese insuficiente, sería muy útil una incisión para abreviar la afección.

Además de este tratamiento local, es necesario prescribir otro general basado en la naturaleza de la afección; si el forúnculo es producido por una causa interna, los purgantes, los alcalinos ó los arsenicales.

AFECCION FLEGMONOSA.

DE LA HIDROSADENITIS.

MM. Bazin y Verneuil definen la hidrosadenitis diciendo: es una afección de la piel caracterizada en su período de estadio por pequeños tumores inflamatorios que terminan ordinariamente por supuración, y que tienen su asiento en las glándulas sudoríparas.

(1) Por otro nombre *emplastro fusco* —(N. del T.)

La hidrosadenitis comprende las afecciones conocidas con el nombre de *abscesos tuberiformes* del hueco axilar, *tuberculosos ó hemorroidales* en el ano, *tuberosos* en la aureola del pezon, los abscesos dérmicos y ciertas variedades de producciones celulares.

Sintomatología.—La hidrosadenitis está caracterizada al principio por una pequeña induración circunscrita, casi indolente, sin cambio de color en la piel, móvil y como implantada en la cara interna del dérmis, en el cual puede cogerse un pliegue por delante de dicha induración. Esta induración, hemisférica y globulosa, crece poco á poco, formando bien pronto una eminencia sensible á la presión; si los tejidos inmediatos le oponen resistencia es aplanada y discoidea. En su desarrollo máximo adquiere el volumen de un guisante, de una nuez pequeña y hasta el de un huevo de pichon, es asiento de punzadas, toma un color rojo, lívido ó violáceo, y se hace fluctuante á medida que el pus se reúne. El tumor entonces se rompe en su vértice y se vacía, se retraen las paredes y se verifica la curación. Sin embargo, M. Verneuil ha observado el paso de la colección purulenta al tejido celular sub-cutáneo y consecutivamente el flemon difuso; algunas veces las paredes de la bolsa continúan segregando y existe una especie de fístula sub-cutánea persistente muchas veces; en fin, si se cierra la abertura primitiva, puede producirse una especie de quiste secundario. No siempre aparece la supuración, algunas veces sobreviene la resolución bajo la sola influencia de los esfuerzos de la naturaleza, ó del tratamiento empleado.

La inflamación puede ocupar una ó muchas glándulas sudoríparas; si las glándulas afectadas están muy próximas, elevan toda la piel en masa y se observa una placa, mamelonada, dolorosa, violácea, que puede ser asiento de muchas aberturas.

La hidrosadenitis es las más veces aguda, y dura entonces dos ó tres septenarios, algunas veces es crónica, y entonces se manifiesta por recrudescencias sucesivas; deja después de sí ordinariamente una induración, cuya existencia se observa durante muchas semanas.

Diagnóstico.—El forúnculo es la única afección con la que, en rigor, puede confundirse el flemon sudoríparo. Hé aquí los caracteres diferenciales señalados por M. Verneuil:

«El forúnculo empieza siempre por la superficie, y no gana el tejido celular sub-cutáneo más que consecutivamente, porque ocupa un folículo piloso ó sebáceo, y de ningún modo las cavidades areolares profundas del dérmis, como se ha admitido sin

razon. En cualquier momento que se le examine se encuentra siempre elevado en su centro por una eminencia puntiaguda, muchas veces perforada por un pelo; la abertura, que suele ser precoz, se verifica por este punto y no da lugar más que á una pequenísimas cantidad de pus, que procura poco alivio; este no se obtiene hasta despues de la eliminacion relativamente tardía del clavo. Despues de la caída de este, se encuentra una cavidad abierta en el centro de la induracion, etc.

»El flemon sudoriparo, por el contrario, empieza siempre debajo de la piel y no invade sino consecutivamente la superficie. Ninguna elevacion puntiaguda le corona, ninguna trasudacion se verifica hasta el momento de la abertura que pone término súbitamente á la enfermedad.»

Pronóstico.—Mirada la hidrosadenitis como afeccion genérica constituye una enfermedad seria; no obstante, puede ser el punto de partida del flemon difuso, de fistulas, de ulceraciones rebeldes seguidas de cicatrices, y entonces en estas circunstancias trae consigo cierta gravedad.

Etiología.—Hay una hidrosadenitis por causa externa y otra por causa interna.

La hidrosadenitis por causa externa es debida á las irritaciones locales producidas por el desaseo, los frotamientos rudos, la accion de rascarse, las aplicaciones medicamentosas, los sudores, las marchas forzadas, las grietas del pezon, el pus de la vulvovaginitis, la existencia de parásitos.

La hidrosadenitis por causa interna es escrofulosa, artrítica ó sifilítica.

Causas de la hidrosadenitis.

Hidrosadenitis { Debida á sustancias irritantes.
por causa ex- }
terna..... { Parasitaria.

Hidrosadenitis { Escrofulosa.... } Abscesos dérmicos.
por causa in- }
terna..... { Artrítica. } Productos celulares.
 { Sifilítica..... } Goma.

Tratamiento.—Al principio puede tratarse de obtener la resolucion por medio de emolientes y resolutivos; pero en cuanto se establece la supuracion y se reúne el pus, es preciso darle salida por medio de una pequeña puncion.

AFECCIONES PAPULOSAS.

DEL LIQUEN.

Definición.—El liquen es una afección cutánea caracterizada en su período de estadio, por la existencia de numerosas pápulas, discretas y diseminadas por toda la superficie del cuerpo, ó reunidas formando grupos limitados á ciertas regiones, acompañadas en cierta época de su existencia de una hipertrofia de las papilas y de una exageración de los pliegues de la piel.

Sintomatología.—El liquen puede tener una marcha aguda ó crónica. En el primer caso, sobre todo, se observan síntomas prodrómicos que ofrecen más ó menos analogía con los de las fiebres eruptivas, es decir, esperezos, malestar general, inapetencia, costra blanquecina en la superficie de la lengua, movimiento febril, etc.

No obstante, pueden preceder al liquen crónico síntomas precursores, y entonces consisten en una comezon ó prurito insoportable á veces, en toda la superficie del cuerpo, ó solamente en las partes que deben ser asiento del liquen.

Hayan existido ó no prodromos, vense aparecer en la superficie de los tegumentos, botones macizos, es decir, que no contienen líquido en su interior, puntiagudos, que no exceden del grosor de un grano de mijo y que presentan la coloración normal de la piel; ó, por el contrario, de un color rosado ó rojo, discretos y diseminados sobre anchas superficies, ó reunidos en grupos constituyendo placas claramente limitadas y separadas por intervalos de piel sana.

Si la afección ofrece una marcha aguda, se verifica la erupción simultáneamente en todos los puntos del cuerpo, y en ménos de un septenario pierden las pápulas su coloración roja, se aplanan y terminan por una descamación furfurácea; si, por el contrario, el liquen reviste la forma crónica, la erupción es lenta y las pápulas, limitadas al principio á una sola región, invaden sucesivamente las demás partes del cuerpo, á ménos que por efecto de su naturaleza, no tengan tendencia á ocupar toda la superficie de los tegumentos.

Cuando el liquen ha adquirido su completo desarrollo y el enfermo no se ha sometido á un tratamiento racional, no solo se observa la existencia de las pápulas que acabo de describir, sino también la de muchos fenómenos característicos; es decir,

una sequedad particular de la piel, engrosamiento marcado de esta membrana, una exageracion notable de las arrugas que presenta normalmente, y un estado granuloso de su superficie que la hace asemejar al *chagrin* (1); por último, si la afeccion ocupa partes movibles, como el espacio poplíteo, el pliegue del codo, la palma de las manos, se observan grietas y hendiduras que interesan profundamente el dérmis.

El liquen va acompañado de prurito que generalmente aumenta de intensidad con el calor del lecho y el uso de bebidas ó de cualquier otro excitante, y varía, sobre todo, con la naturaleza de la afeccion; nulo, en efecto, en el liquen sifilítico y moderado en el agudo y en el escrofuloso, es muy pronunciado, y hasta intolerable, á veces, en el liquen herpético.

Bajo la influencia de la comezon que el enfermo experimenta y de las repetidas fricciones que hace para calmarla, aparecen en el vértice de las pápulas irritadas y escoriadas, vesículas ó pequeñas costras escamosas, adherentes en un solo punto y libres en el resto de su extension, aspecto que simula bastante el de los líquenes que cubren los árboles viejos; al desprenderse estas costras dejan escoriaciones que son asiento, durante cierto tiempo, de una ligera exhalacion serosa; así se confunde frecuentemente con el eczema el liquen que ha llegado á este grado de intensidad.

La variedad del liquen cuyas pápulas están escoriadas y cubiertas de costras se llama *liquen agrius*.

Marcha, duracion, terminacion.—Si el liquen reviste la forma aguda desaparece en general despues de una corta duracion, como ya lo hemos dicho; no obstante, puede prolongarse durante muchos septenarios á causa de la produccion de erupciones sucesivas y pasar al estado crónico, en circunstancias especiales. El liquen de la denticion puede persistir más allá de su duracion habitual, ofrecer todos los caractéres del liquen escrofuloso y no ceder más que á un tratamiento anti-escrofuloso. La afeccion cutánea accidental ha sido en este caso un excitante que ha despertado á la escrófula, enfermedad constitucional latente hasta entonces, y cuya aparicion ha modificado los caractéres de la afeccion cutánea preexistente y prolongado su duracion.

El liquen crónico, por el contrario, constituye una afeccion

(1) Hemos preferido trasladar aquí la palabra francesa á traducirla, por ser más conocida con este nombre la piel curtida llamada zapa.

tenaz y rebelde; ofrece de tiempo en tiempo mejorías que hacen esperar una próxima terminacion, pero bien pronto una nueva recidiva viene á destruir nuestras ilusiones; así, pues, es imposible fijar la duracion de esta afeccion. Por otra parte, su persistencia está en relacion con la causa que le ha dado origen: el liquen escrofuloso desaparece generalmente en la pubertad, mientras que el herpético tiende á inveterarse, tanto más, cuanto más avance el enfermo en edad, y el liquen artrítico solo se desvanece definitivamente en el momento en que sobrevienen manifestaciones de un período más avanzado de la enfermedad.

El liquen puede trasformarse sin cambiar de lugar, en otra afeccion: así es como el *liquen agrius* se transforma *in situ* en melitagra y el liquen escamoso en psoriasis; así es como las pápulas degeneran y se convierten en tubérculos. Algunas veces tambien quedan despues del liquen manchas morenas ó negras hipereromatosas que desaparecen lentamente.

Asiento anatómico.—M. Cazenave ha colocado el sitio del liquen en la papila nerviosa y ha considerado esta afeccion como una neurose. A los ojos de este dermatólogo, el liquen constituye una afeccion nerviosa de las papilas tactiles, y la pápula del liquen una papila patológica.

Sérias objeciones se han dirigido á esta opinion de M. Cazenave. Se le ha probado que el liquen no aparecia nunca en la palma de las manos ni al nivel de los dedos, es decir, en las partes del cuerpo en que existen el mayor número de papilas;

Que nunca afectaban las papilas del liquen la forma de las papilas fisiológicas;

Que en el liquen pilaris, la afeccion residia realmente en la papila pilosa y no en la tactil.

M. Hardy ha emitido una nueva hipótesis colocando el sitio del liquen en el cuerpo mucoso de Malpighi.

M. Bazin cree tiene su asiento esta afeccion en la papila cargada de la secrecion epidérmica, y se funda principalmente para admitir esto, en el hecho de la secrecion epidérmica abundante que acompaña al liquen de la cara externa de los miembros.

Los Alemanes admiten que las papilas del liquen son debidas á una exudacion infiltrada en el espesor del dérmis, que determina una hinchazon circunscrita de esta membrana.

Diagnóstico.—El liquen puede confundirse con el prúrigo, siendo difícil muchas veces establecer el diagnóstico; no obstante, las pápulas del prúrigo, en general mas grandes que las del liquen, están cubiertas de costras negruzcas diseminadas en la

superficie del cuerpo y no agrupadas, aglomeradas y confundidas, encontrándose rara vez la hipertrofia del dérmis, el estado rugoso y la exageracion de los pliegues de la piel observados tan á menudo en el curso del liquen.

No obstante, estos caracteres distintivos no son absolutos; si, por ejemplo, el enfermo afectado de liquen se rasca, podrá observarse la existencia de gotitas sanguíneas en el vértice de las pápulas; por otra parte, las pápulas en el liquen agudo están diseminadas, y en el liquen escrofuloso son mas voluminosas que en el prúrigo herpético; por esta dificultad en diferenciarlas habia pensado Alibert poder reunir los dos géneros en uno solo.

Considerado el eczema en cualquiera de sus tres períodos, puede ser mirado como un liquen; no obstante, en general, es fácil el diagnóstico.

El eczema está caracterizado en su primer período por vesículas, mientras que el liquen está formado por eminencias macizas y sólidas.

En su segundo período, el eczema no puede confundirse mas que con un liquen cuyas pápulas estén escoriadas y den origen á una trasudacion; pero en el eczema, el liquido exhalado es abundante, se concreta y forma anchas escamas, mientras que es poco considerable en el liquen y solamente se observan costritas resquebrajadas, adherentes y únicas para cada pápula.

En el tercer período del eczema y en la declinacion del liquen existen escamas; pero mientras que en el liquen está hipertrofiada la piel y presenta una exageracion de sus pliegues, en el eczema está adelgazada.

La ictiosis, afeccion congénita detenida en su evolucion y la psoriasis, caracterizada por placas elevadas sobre las regiones inmediatas, cubiertas de escamas nacaradas ó argentinas, no pueden confundirse con el liquen por un ojo ejercitado.

Solo el herpe circinado ofrece analogía con el liquen circunscrito; pero mientras que el herpe afecta una forma regular y presenta vesículas en su circunferencia, el liquen, caracterizado por pápulas que ocupan el centro y la circunferencia de la placa, se hace el asiento de una descamacion farinácea cuando el centro se aplanan y marcha hácia la curacion; en fin, la placa herpética se estiende á consecuencia de la aparicion de vesículas y no de pápulas.

Pronóstico.— Mirado el liquen como afeccion genérica, presenta cierta gravedad; es tenaz, resiste á los agentes terapéuticos que empleamos, y va acompañado algunas veces (liquen herpé-

tico) de un intenso prurito que hace se desespere el enfermo y el médico.

La gravedad varía, por otra parte, con la naturaleza de la afección: el liquen por causa externa desaparece con la cesación de la causa y no es serio; el liquen sífilítico cede rápidamente á un tratamiento específico y solo tiene importancia bajo el punto de vista del pronóstico, porque revela la existencia de la sífilis; el liquen escrofuloso y el artrítico ceden también fácilmente á los medios terapéuticos usados y no traen consigo un pronóstico tan grave como el liquen herpético, rebelde con frecuencia y acompañado de un intenso prurito.

Etiología.— Hay un liquen por causa externa y otro por causa interna.

El liquen por causa externa se debe á la acción de sustancias irritantes, como la pomada de ipecacuana, etc., á la presencia de parásitos (L. parasitario). Así, algunas veces se observan en el dorso de la mano y de la muñeca, placas de liquen circunscrito que constituyen una manifestación de la tiña tonsurante (del trichophyton); por otra parte, la sarna determina ordinariamente una erupción papulosa; y, por último, M. Gibert ha descrito un liquen que se observa en los habitantes de las ciudades cuando al fin del estío van á lugares del campo llenos de árboles donde existen pequeños ácaros vegetales (1) que se implantan en la piel del hombre y donde mueren después de haber determinado comezón, seguida bien pronto de la aparición de pequeñas pápulas.

El liquen por causa externa es debido también á la ingestión del iodo y de los ioduros (liquen patogenético).

El liquen por causa interna es escrofuloso, artrítico, herpético ó sífilítico.

Causas del liquen.

Liquen por causa externa	} Provocado di- recto	} Debido á los irritantes. Debido á los parásitos (parasitario).	} Patogenético.		
				} Provocado in- directo	} Debido á la ingestión del iodo.
Liquen por causa interna	} Escrofuloso	} Exantemático. Agrius. Inveterado. Circunscrito. Pilaris. Lividus. De pequeñas pápulas.	}		
				} Artrítico	} Lenticular.
				} Sífilítico	

(1) Creemos que el autor se referirá á algunos insectos que viven como parásitos en las plantas. (N. del T.)

Tratamiento.—Mirado el liquen como afeccion genérica, da lugar á las indicaciones siguientes: si es agudo, es preciso acudir á la medicacion emoliente, baños de almidon ó de salvado, tisanas refrigerantes, ligeros purgantes; si es crónico, tres síntomas reclaman una medicacion especial, estos son: el prurito, la hipertrofia de la piel y su sequedad.

Si se quiere calmar el prurito, se aconsejarán los baños frescos, las lociones con agua blanca, el agua aluminosa ó de vinagre, las lociones de sublimado—agua 300 gramos, sublimado 0,10,—las pomadas opiadas ó de óxido de zinc y el aceite de enebro puro ó mitigado.

Por lo demás, el prurito reclama agentes distintos, segun la naturaleza del liquen. El aceite de enebro tiene menos éxito en caso de liquen dartroso que en el de liquen escrofuloso.

Si existe un estado hipertrófico de la piel, se aconsejarán las pomadas de ioduro de potasio ó de plomo, el extracto de cicuta ó las sustancias alcalinas.

En fin, si la piel está ruda y seca se recurrirá á los baños de vapor.

Pero en el liquen, como en las demás afecciones genéricas, es preciso satisfacer, no solamente las indicaciones proporcionadas por el género, sino tambien las que la naturaleza del liquen requiere.

DEL PRÚRIGO.

M. Bazin define, con Willan, el prúrigo diciendo: «Es una afeccion cutánea caracterizada por pápulas mas voluminosas que las del liquen, sin cambio notable de coloracion en la piel, desarrolladas las mas veces en el sentido de la extension, coronadas en su vértice por una pequeña costra negruzca de sangre desecada y acompañadas siempre de un prurito muy vivo, algunas veces intolerable.» Pero hace la restriccion de que las pápulas no son siempre mas voluminosas que las del liquen, y que en el prúrigo latente, por ejemplo, apenas son visibles.

Sintomatología.—La erupcion tiene por sitio de predileccion, los hombros, la nuca, la cara externa de los miembros; algunas veces invade en poco tiempo una extension mas ó menos considerable de la superficie cutánea; en otros casos, por el contrario, está limitada á una sola region, como la cara, el escroto, la margen del ano y no presenta tendencia á extenderse; generalmente va precedida de una començon más ó ménos intensa. En seguida

aparecen eminencias aplanadas, discretas y aisladas ordinariamente, anchas, salientes, rudas y ásperas al tacto; bajo la influencia del prurito, el enfermo se rasca sin cesar y desgarrar con sus uñas las pápulas que se recubren de una pequeña costra morena ó negruzca formada por una gotita de sangre desecada, carácter importante del prúrigo.

Por otra parte, el prurito presenta una intensidad variable según la forma y la naturaleza de la afección: ligero en el *prúrigo mitis* de los autores, caracterizado por pápulas voluminosas (P. escrofuloso de M. Bazin), es intenso en el *prúrigo fórnicans* caracterizado por pequenísimas pápulas (P. herpético de M. Bazin). Entonces el enfermo experimenta las sensaciones más diversas: ya la de una quemadura, ya la de un ardor considerable, ó le parece que la piel está atravesada por millares de agujas, es recorrida por legiones de hormigas, etc. El prurito aumenta muchas veces por la tarde y la noche bajo la influencia del calor, sufre una exacerbación después de un trabajo asiduo, una emoción viva, un cambio brusco de temperatura y á consecuencia de todas las causas que aceleran la circulación. Para calmar estas penosas sensaciones, el enfermo se rasca sin cesar, sustituye también la acción insuficiente de sus uñas, con almohazas y cepillos desgarrándose la piel. Entonces se ven numerosas costras sanguíneas en el vértice de las pápulas; rasgos sangrientos que indican la acción irritante de las uñas, y también pústulas de ectima, forúnculos, abscesos sub-dérmicos, consecutivos á la irritación de los tegumentos. El enfermo busca inútilmente en el sueño un lenitivo á sus dolores: en cuanto se acuesta, el calor que experimenta redobla la comezon y se ve obligado á levantarse y lavarse con agua fría ú otros líquidos.

Cuando el prúrigo es parcial ocupa en general las partes genitales, la márgen del ano, la planta de los piés, y entonces se pueden ver sobrevenir fenómenos especiales, la extensión de la hiperestesia al clítoris y á la mucosa vaginal, y por tanto el onanismo y la ninfomanía si el prúrigo ocupa las partes genitales de la mujer, etc.

Algunas veces, es tal la tenuidad de las pápulas, que puede dudarse de su existencia, y el único síntoma que existe es el prurito (P. latente ó sin pápulas de los autores).

M. Bazin hace notar que existe una falta de relación habitual entre el prurito y la alteración papulosa; que puede predominar la una sobre la otra, y atribuye con juicio las modificaciones de volumen, forma y número de las pápulas, las variaciones de

prurito, y la relacion entre éste y aquellas, á la naturaleza de la enfermedad que ha determinado el prúrigo: *arthritis, herpe, escrófula*.

El prurito y la agitacion, el sueño interrumpido, y los trastornos funcionales del tubo digestivo que son su consecuencia, determinan la aniquilacion, el adelgazamiento, el abatimiento, etc., algunas veces tambien la locura y cierta tendencia al suicidio.

Marcha, duracion, terminacion.—El prúrigo, ora es agudo, y entonces, no dura mas que de uno á tres septenarios; ora crónico, y se prolonga por espacio de meses y años. Algunas veces es intermitente, aparece en cierta época del año, desaparece pasado un tiempo más ó ménos largo, y no se desarrolla de nuevo hasta el año siguiente en la misma época.

Cuando el prúrigo ha existido mucho tiempo, la piel sufre alteraciones notables; presenta manchas morenas ó negruzcas debidas á la produccion y acumulacion considerable de pigmento; en medio de estas manchas, se ven pequeñas cicatrices blanquecinas consecutivas á las exulceraciones que el enfermo se ha producido rascándose inmoderadamente; y se observa una sequedad notable, un estado granuloso, un engrosamiento considerable de los tegumentos y una exageracion de sus pliegues. Entonces no existe entre el prúrigo y el liquen ninguna diferencia apreciable, siendo imposible saber cuál de las dos afecciones tenemos á nuestra vista. Por otra parte, en muchos casos, el diagnóstico diferencial no tiene mas que una importancia secundaria, puesto que el prúrigo y el liquen pueden ser manifestaciones de una misma enfermedad y exigir por tanto, el mismo tratamiento.

El prúrigo va seguido algunas veces de la muerte; entonces la determina, no por sí mismo sino por los trastornos funcionales que produce; insomnio, alteracion de las funciones digestivas, etc. Por otra parte, esta terminacion es rara afortunadamente.

Diagnóstico.—Los autores establecen un diagnóstico diferencial entre el prúrigo y el strófulus; pero el strófulus está caracterizado por pápulas rosadas ó blancas, acompañadas algunas veces de eritema, coronadas muchas veces en su vértice de vesículas semi-transparentes, y asiento de un prurito moderado. Este strófulus es un liquen agudo de naturaleza escrofulosa, y el diagnóstico se confunde con el del liquen.

Respecto al strófulus pruriginoso de M. Hardy, no constituye un género especial ni tiene ninguna relacion con el liquen es-

crofuloso de M. Bazin (escrofulide botonosa). Es una afeccion por causa externa, un liquen ó un prúrigo artificial; en efecto, ocupa las partes descubiertas: la cara, los miembros superiores, los muslos, las piernas, etc.; se observa en los individuos que por su profesion están expuestos al contacto de materias irritantes, etc. Constituyendo, pues, el strófulus pruriginoso y el prúrigo una sola y misma afeccion, no puede establecerse el diagnóstico entre ellas.

Ya hemos indicado los caracteres diferenciales del liquen y del prúrigo (véase Liquen). Respecto á la urticaria, no creo sea posible que un médico ejercitado la confunda con el prúrigo.

Pronóstico.—Considerando el prúrigo como afeccion genérica no es grave más que por la comezon que le acompaña, síntoma algunas veces intolerable y que determina insomnio, locura y tendencia al suicidio.

El prúrigo de los órganos genitales es más serio que el de las demás partes del cuerpo, porque el prurito se extiende, en la mujer, al clítoris y la vagina, provocando la ninfomanía y una excitacion intelectual considerable.

Pero el pronóstico varía, sobre todo, segun la naturaleza de la afeccion: el prúrigo por causa externa desaparece con la cesacion de la causa; el prúrigo escrofuloso cede más fácilmente á un tratamiento apropiado que el prúrigo artrítico, que persiste muchas veces durante largo tiempo y está sujeto á recidivas frecuentes; pero el prúrigo herpético es, sin contradiccion, la especie más grave, porque resiste ordinariamente á todos los tratamientos, determina una comezon intensa, etc.

Anatomía patológica.—La mayor parte de los autores han localizado la pápula del prúrigo en la papila cutánea; pero el prúrigo evita precisamente las regiones donde existen el mayor número de papilas nerviosas, es decir, la cara palmar de las manos y de los piés y la parte interna de los miembros. Rayer le considera como una flogosis papulosa y Cazenave como una neurose.

Hebra cree sea debida la pápula del prúrigo á un derrame de líquido en las capas epidérmicas mas profundas, líquido cuya cantidad no basta para dar lugar á una pápula aplanada, sensible al tacto y mas tarde perceptible á simple vista.

M. Bazin no da á la modalidad patológica más que una importancia secundaria, y dice que importa más saber cuál es la naturaleza del prúrigo, que conocer si se trata de una neurose, de una flogosis, etc.

Etiología. — Existe un prúrigo por causa externa y otro por causa interna.

El prúrigo por causa externa es provocado directo ó patogénico. El prúrigo provocado directo se observa en los individuos expuestos por su profesion á un calor intenso, (los cocineros, herreros, vidrieros), en las personas que tienen poca limpieza y habitan lugares mal ventilados ó en las que presentan acarus, insectos que pertenecen al género *pediculus corporis* y *pediculus pubis* (P. parasitario).

El prúrigo aparece tambien en los individuos atacados de histeria y entonces es debido á la irritacion producida en la piel por la materia colorante biliar. En fin, se le observa despues de abusos alcohólicos (P. patogénico).

El prúrigo por causa interna es escrofuloso, artrítico ó herpético.

Causas del prúrigo.

Prúrigo por causa externa.....	} Provocado directo	{ Producido por el fuego, los irritantes.
		{ Por los parásitos: ácarus pediculi, acaro del gato.
Prúrigo por causa interna.....	} Provocado indirecto ó patogénico.....	{ Debido á la ingestion de alcohólicos.
		{ Escrofuloso..... Mitis.
		{ Artrítico..... Parcial.
		{ Herpético..... Formicans.

Tratamiento. — Dos indicaciones presenta el género prúrigo: calmar el prurito y hacer desaparecer las pápulas.

Para calmar el prurito, es preciso, ante todo, investigar la naturaleza de la afeccion; en efecto, si es parasitaria, basta usar los parasiticidas para hacerla desaparecer inmediatamente y curar por completo al enfermo; si es por causa interna, se aconsejará un tratamiento local y otro general.

Los medios externos consisten en baños, lociones, pomadas y duchas.

Los baños frios y los de sublimado, alumbre, sub-carbonato de sosa, producen un alivio notable; por el contrario, los baños sulfurosos, los de mar y de vapor, no dan buenos resultados á consecuencia de la excitacion vivísima que determinan.

Tambien pueden emplearse las lociones con la glicerina diluida, el agua de vinagre ó la de brea, el agua fria, el agua blanca (1 gramo de sub-acetato de plomo para 400 á 500 gramos de agua), el agua de sublimado (sublimado 8 gramos, agua 300 gramos) ó los cocimientos de beleño y cabezas de adormideras.

Las pomadas producen mal éxito: sin embargo, M. Bazin le ha obtenido bueno con la pomada siguiente: morfina 0,05 gramos á 0,10 gramos por 30 gramos de manteca. Esta pomada sustituye á la sensacion de prurito otra dolorosa que el enfermo sobrelleva mejor.

Algunas veces es necesario tambien recurrir á las cauterizaciones repetidas cada tres ó cuatro dias con una disolucion más ó ménos concentrada de nitrato argéntico.

El tratamiento interno debe satisfacer dos indicaciones: calmar la excitacion nerviosa, y por consiguiente el prurito; atacar la enfermedad que ha producido el prúrigo.

Para responder á la primera, se ordenarán los narcóticos y los antiespasmódicos; y para la segunda indicacion se prescribirán los antiescrofulosos, los antiartríticos y los antiherpéticos.

AFECCION TUBERCULOSA.

DEL LUPUS.

El lupus es una afeccion de la piel caracterizada anatómicamente por tubérculos indolentes, solitarios ó múltiples y agrupados, formados por una hipergénesis de los elementos preexistentes y seguidos de pérdida de sustancia y de cicatrices indelebles.

Sintomatología. — El lupus se divide en nó ulceroso y ulceroso: en el primer caso, se produce una cicatriz sin que en ella se observe la más pequeña solucion de continuidad (L. non exedens); en el segundo caso por el contrario, la cicatriz va precedida de una ulceracion cuyo fondo es grisáceo y se cubre de costras gruesas y morenas (L. ulceroso, exedens, vorax).

1.º *Lupus no ulceroso.* — El lupus no ulceroso está caracterizado en su período de estadio por tubérculos cuyo grosor varía desde el de un guisante al de una guinda; la base de estos ocupa todo el espesor del dermis ó solamente la superficie; su consistencia es firme, elástica y enteramente distinta de la de los tubérculos inflamatorios; son aplanados, discoideos, hemisféricos ó ligeramente cónicos; lisos, relucientes ó resquebrajados y como marchitados, algunas veces tambien rugosos, cubiertos de asperidades, revestidos ó nó de escamas ó tambien de costras.

Algunas veces no existe mas que un solo tubérculo; otras, y es lo más comun, se observan muchos: entonces están agrupados, y ora no ocupan mas que una region, ora, por el contrario, se observan en cierto número de puntos del cuerpo, ordinaria-

mente en la cara, en la frente, en las alas de la nariz, en las mejillas, mas rara vez en el cuello, en los hombros, en el tronco, en los miembros, etc.

Los grupos tuberculosos presentan una configuracion variable, pero tienen una predileccion especial por la forma redondeada y se presentan al observador bajo la forma de un círculo ó de un segmento de círculo, de un óvalo, de un anillo, de una herradura, etc.

M. Bazin explica esta tendencia de los grupos á revestir una forma especial, á la evolucion misma de la afeccion, caracterizada al principio por muchos tubérculos reunidos que se aplanan despues de un tiempo variable, y alrededor de los cuales se producen otros elementos que sufren la misma evolucion y son rodeados de nuevos tubérculos. De esta evolucion resulta naturalmente un círculo mas ó menos regular y completo. Algunas veces, los tubérculos se reúnen por su base y forman entonces por este hecho, una placa más ó ménos mamelonada.

Cada tubérculo tiene una evolucion muy lenta: despues de haber adquirido su máximum de desarrollo, queda estacionario durante largo tiempo, no presentando mas que una ligera esfoliacion; despues se aplanan, se marchitan y dejan tras sí una cicatriz indeleble.

La aparicion de tubérculos ó de grupos tuberculosos no es simultánea sino sucesiva: en el espacio de meses, de años, se producen sin cesar nuevos elementos, siendo imposible fijar un término á la produccion de los tubérculos (1).

2.º *Lupus ulceroso*.—Empieza, como la forma precedente, por pequeños tubérculos que aumentan progresivamente de volumen y afectan, en general, dimensiones mayores que las del lupus no ulceroso. Estos tienen un color de violeta, moreno oscuro ó rojo cobrizo, son duros, elásticos ó blandos y fungosos, y despues de un espacio de tiempo muy corto, se recubren, á consecuencia de un trabajo ulcerativo, de una costra morena ó negruzca, engastada en la ulceracion, elevada ó no sobre la superficie de las partes circunvecinas, cónica ó plana.... y á la caída de la cual se observa la existencia de una úlcera más ó menos profunda.

La superficie de esta úlcera, grisácea en general y anfractuosa, bañada por un líquido sanioso cuya concrecion da lugar á

(1) El lupus no ulceroso presenta una variedad importante: lupus con hipertrofia, de naturaleza escrofulosa y que describiremos entre las escrofulides. (N. del A.)

nuevas costras, tiene sus bordes tumefactos, es dolorosa, está erizada de elevaciones tuberculosas que deben sufrir la misma evolucion y presentan ya sus bordes los rasgos del trabajo ulcerativo.

La úlcera se agranda por la produccion incesante de tubérculos en su periferia, los cuales, por su ulceracion consecutiva, la hacen cada vez mayor, ocupando así muy extensas superficies (L. ulceroso serpiginoso).

En otras circunstancias, la úlcera, en lugar de aumentar en anchura lo hace en profundidad y destruye una parte limitada de la cara, el ala de la nariz, por ejemplo; entonces, á un tubérculo rojo poco voluminoso, sigue rápidamente una ulceracion cubierta de una costra que se cae bien pronto, dejando bajo ella una ulceracion mas profunda, recubierta á su vez de un líquido sanioso que tambien se concreta en una costra cuya caida deja al descubierto una pérdida de sustancia mas profunda, y así sucesivamente..... A consecuencia de este trabajo, la piel, el tejido celular, los músculos, los cartilagos, etc., son sucesivamente destruidos y se producen perforaciones en la nariz, en la cara.....

Algunas veces el lupus se extiende á la vez en anchura y en profundidad y ejerce sus estragos á la manera del cáncer no deteniéndose ante ningun tejido y produciendo horrosas mutilaciones (L. vorax).

La marcha del lupus ulceroso es, en general, muy lenta: sin embargo, algunas veces, se produce la ulceracion, se extiende rápidamente y en algunas semanas ó meses, sobrevienen extensísimas pérdidas de sustancia. La marcha de esta forma de lupus ofrece, sin embargo, esta particularidad: que á medida que la úlcera se extiende y ataca nuevas partes, las superficies primitivamente afectadas se cicatrizan (L. serpiginoso).

Cuando comienza la cicatrizacion, el fondo de las úlceras se deterge, presenta bien pronto mamelones carnosos que dan origen á una supuracion franca, y no tarda en observarse la formacion del tejido cicatricial.

Las cicatrices ofrecen caracteres objetivos variables segun el sitio, la extension, la profundidad y la naturaleza de las úlceras que les han precedido: afectan al principio un color rojo mas ó menos oscuro, y palidecen insensiblemente despues, ora en toda su extension al mismo tiempo, ora en el centro al principio y en la periferia despues; pueden ser lisas y relucientes, ó rugosas, mamelonadas y atravesadas por bridas salientes, son deprimidas ó elevadas, etc.

Anatomía patológica.—El lupus es una afección de la piel, caracterizada por una hipergénesis de las células y de los núcleos: también se encuentran estos elementos en gran número cuando se hace el exámen microscópico de los tubérculos; en medio de las células y de los núcleos libres se encuentran también folículos pilosos ó glándulas sebáceas degeneradas y llenas de láminas concéntricas de epitelio procedente de estas glándulas.

En el lupus no ulceroso, el contenido del tubérculo es reabsorbido (sin duda después de haber sufrido una degeneración grasosa) y se produce una cicatriz no precedida de ulceración; en el lupus ulceroso, se cae el epidérmis, y se forman úlceras cuya base está constituida por las fibras del dérmis en vías de destrucción y atravesadas en todos sentidos por los elementos del lupus.—Las células y los núcleos que constituyen el neoplasma y no son susceptibles de una organización ulterior, irritan el tejido del dérmis y conducen muchas veces á la producción de pus alrededor de los focos (Niemeyer).

Diagnóstico.—1.º *Lupus no ulceroso.*—Esta forma puede confundirse con la escrofulide maligna eritematosa; pero mientras que el lupus está caracterizado por tubérculos, la escrofulide maligna eritematosa tiene por lesión inicial, una mancha congestiva, roja, fija y que deja tras sí una cicatriz indeleble.

Las induraciones circunscritas que suceden á ciertas afecciones pustulosas, al acné indurata, por ejemplo, no podrían ser tomadas por tubérculos de lupus por un ojo ejercitado: en efecto, estas induraciones presentan una coloración roja animada, son dolorosas y van precedidas de pústulas.....

El cancroide difiere ordinariamente del lupus por caracteres bien marcados; está caracterizado por una elevación única parecida á una berruga resquebrajada, asiento de una abundante secreción de epidérmis y que aparece en individuos ya ancianos.

La pápulo-pústula por la cual empieza la escrofulide maligna inflamatoria, ofrece un tinte rojo inflamatorio, es dolorosa á la presión, purulenta en el vértice, desigual y rugosa, mientras que el tubérculo del lupus presenta un color rojo oscuro, lívido ó como trasparente, rojo cobrizo ó leonado, es indolente, elástico, liso y á veces rodeado de un reborde epidérmico.

Los tubérculos de la lepra son fáciles de distinguir de los tubérculos del lupus por los caracteres siguientes: están diseminados por la superficie del cuerpo y no limitados á una región; descansan sobre tejidos infartados, son lisos, no elásticos, no sufren ninguna esfoliación, son insensibles hasta el punto de poder

atraversarlos con un alfiler sin que el enfermo experimente dolor alguno y si tienen su asiento en partes velludas, determinan la caída de los pelos.

2.º *Lupus ulceroso*.—El diagnóstico del lupus ulceroso presenta muchas veces grandes dificultades y es necesario para establecerle, apoyarse en los conmemorativos, en el principio de la afección, y en el estado de las partes vecinas á la úlcera, al nivel de las cuales se puede observar frecuentemente todavía la existencia de tubérculos en diversos grados de desenvolvimiento.

El exámen de la costra será tambien muy útil: en el lupus es seca, dura, adherente, engastado en la piel, mientras que en el ectima ó la rupia, es prominente y tiene la forma de una concha de ostra.

En el cancroide ó en el cáncer existen dolores vivos y pinchazos, la ulceracion descansa sobre tejidos indurados de fondo desigual, abollados, tiene sus bordes vueltos hácia fuera, segrega un líquido icoroso y va acompañada de infarto ganglionar, mientras que en el lupus, la superficie de la úlcera está cubierta de costras, no se encuentran los bordes vueltos hácia fuera ni elevados sobre las partes que los rodean, no hay infarto ganglionar, y en fin, se nota casi siempre un principio de cicatrizacion en las partes primitivamente afectadas.

Pronóstico.—Mirado como afección genérica, el lupus es grave por su duracion larga y por determinar pérdidas de sustancias muy considerables y cicatrices deformes; la forma ulcerosa es mas grave que la tuberculosa simple. El sitio influye tambien mucho sobre el pronóstico; en igualdad de circunstancias, es mas sério este cuando la afección ocupa las partes descubiertas, la cara; cuando tiene por asiento los orificios naturales y se extiende á los órganos de los sentidos, etc.

Pero lo que domina el pronóstico evidentemente, es, la naturaleza de la afección.

Etiología.—No existen mas que dos especies de lupus: el lupus escrofuloso y el lupus sifilítico; cada una de estas dos especies comprende una forma no ulcerosa y una forma ulcerosa.

Cuadro de las causas del lupus.

Lupus escrofuloso.	{ ulceroso. { Ulceroso.	No	{ Escrofulide tuberculosa, fibro-plástica. Lupus <i>non exedens</i> .
		{ Superficial. Profundo ó perforante Vórax, serpiginoso. . .	

Lupus sifilítico.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{No} \\ \text{ulceroso.} \\ \text{Ulceroso.} \end{array} \right.$	Sifilide tuberculosa circunscrita.
		$\left\{ \begin{array}{l} \text{Superficial.} \\ \text{Profundo ó perforante.} \\ \text{Serpiginoso.} \end{array} \right.$

Tratamiento.—Mirado como afeccion genérica, el lupus reclama un tratamiento local variable segun su manera de ser.

Si se trata de un lupus no ulceroso, se emplearán los resolutivos y los cáusticos: las pomadas de bi-ioduro de mercurio y de ioduro de azufre, la tintura de iodo, el aceite de enebro, y para los casos rebeldes el iodo cáustico de Lugol, el aceite de nueces y el de croton-tiglio.

Si se ha sospechado un lupus ulceroso y existe una lijera inflamacion se emplearán los emolientes; por el contrario, si la superficie está atónica, se aconsejarán los excitantes, el vino aromático y el coaltar saponinado, que ejerce una influencia maravillosa en las supuraciones de mala naturaleza.

Si la úlcera está sanguinolenta, cubierta de fungosidades, el percloruro de hierro modificará favorablemente las superficies.

En fin, si todos estos medios son insuficientes, es preciso cubrir la úlcera con modificadores enérgicos para poder convertir el estado de la superficie ulcerada en la de una herida ordinaria. M. Bazin prefiere los cáusticos que modifican mas bien que destruyen y solo en casos muy excepcionales emplea los agentes destructores.

Por lo demás, el uso de los cáusticos debe estar siempre rodeado de muchas precauciones: si las úlceras son muy extensas, basta hacer cauterizaciones parciales, sucesivas y separadas por intervalos de dos ó mas dias, á fin de no exponerse á accidentes graves; se ha visto sobrevenir la muerte á consecuencia de cauterizaciones extensas: entonces es debida ó á la intensidad del dolor, ó á una erisipela accidental, ó en fin, á la absorcion de cierta cantidad de un cáustico tóxico.

Cuando el lupus está próximo á las aberturas naturales, como la nariz y la hendidura palpebral, el demasiado empleo de los cáusticos puede tambien determinar accidentes serios, como la estrechez, la oclusion de las narices, el ectropion y la deformacion de los párpados.

Despues de haber cauterizado una superficie ulcerada conviene aplicar compresas empapadas en un cocimiento emoliente ó quizá mejor en agua fria.

En fin, sobre el tratamiento impuesto por la afeccion genéri-

ca se halla el exigido por la naturaleza escrofulosa ó sifilítica de la afeccion.

AFECCIONES ESCAMOSAS.

DE LA PITIRIASIS.

Definicion.—La pitiriasis es una afeccion cutánea en vias de evolucion, caracterizada en su período de estadio por escamas delgadas, secas, furfuráceas ó foliáceas, que ocupan una extension mas ó menos grande de la superficie tegumentaria, la cual carece en el punto afectado de elevacion apreciable y presenta ó no un cambio en su coloracion normal.

Sintomatologia.—La pitiriasis presenta tres períodos: el de erupcion, el de estadio y el de declinacion.

Periodo de erupcion.—Tan pronto va precedida la pitiriasis de un conjunto de fenómenos prodrómicos, tales como: malestar general, anorexia, fiebre, quebrantamiento y sensacion de prurito en la superficie del cuerpo (pitiriasis pseudo-exantemática); tan pronto, por el contrario, faltan estos síntomas precursores y la pitiriasis aparece bruscamente.

Hayan existido ó no estos síntomas prodrómicos, la esfoliacion epidérmica que constituye esencialmente la pitiriasis va precedida de una rubicundez que varía del rosa al rojo vivo, ó de un tinte amarillento (pitiriasis versicolor), ó por el contrario, es la primera manifestacion cutánea de la afeccion.

En el primer caso se ven aparecer en la superficie de la piel, manchas circulares con bordes sinuosos, de un rojo más ó menos oscuro, separadas entre sí por un intervalo variable de piel sana, y que no exceden de las dimensiones de una pieza de media peseta ó de una (pitiriasis maculata); estas se reunen algunas veces para formar círculos semejantes á los de la psoriasis circinata (pitiriasis circinata) y no descansan ordinariamente sobre ninguna elevacion de los tegumentos; ó bien dichas manchas constituyen rubicundeces difusas y continuas (pitiriasis inflamatoria, herpética), ó en fin, la piel toma el color del café con leche (pitiriasis versicolor).

El epidermis que cubre las partes enfermas se levanta y desprende con facilidad bajo la forma de láminas que al principio muy anchas, no esceden bien pronto de las dimensiones de la escamilla de salvado.

Esta descamacion epidérmica es con la sequedad de la piel, el único fenómeno que caracteriza la pitiriasis cuando los tegumentos no sufren ninguna modificacion en su color (pitiriasis simple).

Por otra parte, la descamacion ofrece caractéres variables: ora el epidermis se desprende bajo la forma de láminas y de hojuelas cuyas dimensiones igualan algunas veces á las de una pieza de dos reales ó aun á las de una peseta (descamacion laminosa y foliácea de la pitiriasis rubra aguda, de la pitiriasis herpética inflamatoria); ora caen de la superficie enferma incesantemente, como un polvo fino, escamas delgadas, pequeñas, semejantes á las escamas de salvado ó á las de harina, furfuráceas en una palabra (descamacion furfurácea).

Tan pronto las escamas son blanquecinas y grisáceas, como más ó ménos amarillentas. Aquí son poco adherentes y se desprenden con facilidad de la superficie enferma; allí se separan del centro á la circunferencia y no se adhieren mas que por un solo punto de su periferia.

Algunas veces, en fin, las escamas constituyen pequeños discos circulares, atravesados en su centro por un pelo al cual forman una especie de gola ó gargantilla, casi una vaina que les rodea hasta cierta distancia de su raiz (*pitiriasis del cuero cabelludo*, por ejemplo, pitiriasis alba parasitaria ó segundo periodo de la tiña tonsurante).

Segundo periodo ó de estadio.—Llegada la pitiriasis á su periodo de estadio, queda estacionaria durante un tiempo cuya duracion está en relacion con la forma aguda ó crónica que reviste.

Si es aguda, ofrece una marcha rápida y casi no persiste mas allá de seis semanas ó dos meses.

Si por el contrario, es crónica, puede su existencia prolongarse durante meses y años.

Pero cualquiera que sea la duracion de este periodo, ¿cuáles son los fenómenos que la caracterizan?

Una vez establecida la descamacion, es incesante y continúa. Bajo las láminas prontas á esfoliarse, se forma un nuevo epidermis que no tarda en romperse y dividirse en láminas más ó ménos anchas, que se desprenden á su vez de la superficie tegumentaria y así sucesivamente.

La cantidad de escamas que se separan de la superficie enferma no es ménos variable que su anchura. Lijera en la pitiriasis versicolor y más abundante en la pitiriasis artrítica, la esfoliacion es considerable en la pitiriasis herpética crónica. En este

último caso, en efecto, se desprenden del cuero cabelludo ó de la superficie tegumentaria tal cantidad de escamas epidérmicas, que los vestidos están incesantemente blanqueados y las almohadas están llenas de ellas al despertarse el enfermo.

La superficie de la piel afectada de pitiriasis está, en general, seca y ruda al tacto; por otra parte, se hace asiento de un prurito más ó menos intenso segun las variedades: la pitiriasis parasitaria ocasiona una comezon poco intensa, mientras que la pitiriasis artrítica dá lugar á picazon y á dolores lancinantes, y la pitiriasis herpética ocasiona una comezon que obliga al enfermo á rascarse sin cesar; tambien sobreviene muchas veces en esta última especie rubicundez y exudacion en la superficie de los tegumentos enfermos, circunstancia que nos explica por qué ciertos dermatólogos confunden la pitiriasis con el eczema. No obstante, la exudacion de la superficie tegumentaria, no es mas que una circunstancia accidental, y siendo esencialmente diferentes el elemento primitivo de la pitiriasis y el del eczema, deben ser consideradas necesariamente estas dos afecciones, como distintas una de otra.

En la pitiriasis están los movimientos más ó ménos impedidos, segun que la afeccion ocupe una parte circunscrita del cuerpo ó esté generalizada. Respecto á la coloracion cutánea, esta conserva los caractéres que presentaba en el período eruptivo: es rosada ó roja, si era tal, ó semejante al color del café con leche, etc.

En el curso de la pitiriasis no se observa ninguno de los fenómenos generales que habian precedido á la erupcion de la pitiriasis pseudo-exantemática y que habian desaparecido con la aparicion de la afeccion cutánea. No obstante, la pitiriasis herpética crónica determina muchas veces en la economía una debilidad muy considerable; pero, sin embargo, jamás se observa ese conjunto de fenómenos graves que constituye el cortejo habitual del pénfigo.

Tercer período.— Despues de haber persistido la pitiriasis durante cierto espacio de tiempo con los caractéres que acabamos de asignarle, entra en el período de declinacion; entonces disminuye el prurito, la descamacion epidérmica se hace ménos abundante, la piel pierde la sequedad que presentaba, la traspiracion reaparece, los tegumentos, en una palabra, recobran su estado normal y jamás presentan cicatriz.

Desgraciadamente esta afeccion no ofrece siempre una terminacion muy favorable, y se han dado casos de observar termina-

ciones de la pitiriasis en otra afeccion, en un eczema, un psoriasis por ejemplo; debemos añadir, no obstante, que estas transformaciones son raras y que ordinariamente la pitiriasis conserva su estado escamoso desde el principio hasta el fin de la afeccion.

Marcha, duracion, terminacion. — La pitiriasis puede revestir una marcha aguda ó crónica: he dicho que en el primer caso no excede su duracion de seis semanas á dos meses, mientras que en el segundo es imposible asignar un límite á su existencia.

Las recidivas son muy frecuentes: la pitiriasis artrítica se reproduce, en general, todas las primaveras con una regularidad desesperante; la pitiriasis versicolor reaparece muchas veces con intervalos poco separados antes de estar completamente curada, porque han quedado en la superficie de la piel algunos esporos vegetales.

Sitio anatómico. — Bielt ha dicho que la pitiriasis ocupaba la red vascular del dérmis. M. Bazin rechaza esta opinion, y fundándose en el hecho de que la pitiriasis es una afeccion escamosa y debe, en consecuencia, tener relaciones con los órganos encargados de la secrecion del epidérmis, la coloca en la papila epidérmica y en la papila pilosa, y admite dos variedades de pitiriasis: la *pitiriasis epidérmica y la pitiriasis pilar.*

Niemeyer considera la pitiriasis como el resultado de un desarrollo anormal del cuerpo papilar, matriz del epidérmis.

Diagnóstico. — La psoriasis y la ictiosis son las dos afecciones escamosas que pueden engañar y ser tomadas por una pitiriasis; pero la ictiosis es una afeccion congénita, y la psoriasis está caracterizada por elevaciones papulosas, circunscritas, cubiertas de láminas epiteliales gruesas, mientras que la pitiriasis está constituida por una esfoliacion del epidérmis en láminas delgadas, en escamas finas análogas á las de salvado (esfoliacion furfurácea); las escamas de la pitiriasis son de un blanco mate ó grisáceo, las de la psoriasis, plateadas ó nacaradas; en fin, mientras que despues de la caída de las escamas pitiriásicas se observa una rubicundez difusa, en la psoriasis, debajo de las láminas plateadas existen placas rojas perfectamente circunscritas. De este modo, un exámen atento, permitirá diferenciar estas dos afecciones. No obstante, la psoriasis presenta á veces un brote agudo caracterizado por la extension rápida de la afeccion á toda la superficie del cuerpo; por la existencia de escamas más ó ménos gruesas, anchas, foliáceas y bastante abundantes para encontrar cubiertas las sábanas del enfermo al despertarse; por la ausencia de elevacion la sensacion de prurito, etc., en una palabra, por un conjunto

de fenómenos, que pueden engañar y hacer creer en una pitiriasis inflamatoria (pitiriasis crónica herpética); pero preguntando al enfermo sobre el principio de la afección, se sabrá que ha comenzado por los codos y por las rodillas, que estaba caracterizada por elevaciones circunscritas cubiertas de escamas plateadas, y desde entonces cesará la incertidumbre.

Las afecciones húmedas que pueden confundirse con la pitiriasis son el pénfigo y el eczema.

La pitiriasis inflamatoria es la que principalmente puede confundirse con el pénfigo; pero si se toma en consideración la sequedad y la delgadez de las escamas pitiriásicas, la humedad de las esfoliaciones del pénfigo, la existencia también de verdaderas costras en esta última afección; y por último, la elevación del epidérmis por serosidad alrededor de algunas de estas costras, se evitará caer en error.

El eczema no puede tomarse por una pitiriasis más que en su período escamoso; en efecto, únicamente en este momento de su existencia está caracterizado por una descamación epidérmica; sin embargo, estas dos afecciones están separadas por grandes diferencias: la pitiriasis está caracterizada en su período de estadio por una descamación epidérmica y el eczema por vesículas, cuya existencia precede siempre á la esfoliación epidérmica; las escamas de la pitiriasis son secas, finas y grisáceas, las del falso pitiriasis (eczema en su tercer período) son más gruesas, un poco amarillas y húmedas, etc.

La pitiriasis rubra circinada pudiera confundirse con el herpes circinado; sin embargo, en esta última afección, los círculos herpéticos se confunden entre sí, ofrecen vesículas en su circunferencia ó en el centro, contienen algunas veces en su área círculos más pequeños, presentan pequeñas dimensiones, van acompañados de líneas festoneadas más ó menos largas; mientras que la pitiriasis rubra aguda está caracterizada por anchos anillos más á menudo ovales que circulares, eritematosos, sin vesículas ni rasgos de ellas, algunas veces abrazadas unas con otras, pero no confundidas.

Pronóstico. — Mirada como afección genérica, la pitiriasis no presenta ningún carácter sério; pero el pronóstico varía si se considera la naturaleza y la especie de pitiriasis; si es artificial, parasitaria, no presenta ninguna gravedad, si es la manifestación de una enfermedad constitucional es más sério, y su gravedad mayor en la forma herpética que en la artrítica, porque en este último caso desaparece en cierto período de la vida, mientras que

en el primero se extiende á medida que el enfermo avanza en edad y persiste hasta el término de la existencia, que algunas veces abrevia.

Etiología. — Existe una pitiriasis por causa externa y otra por causa interna.

La pitiriasis por causa externa se observa en las personas que están sometidas á la accion del sol ó hacen uso de una navaja de afeitar mellada (P. provocado directo, artificial), ó consecutivamente á la existencia de parásitos, tales como el microsporion furfur, el trichophyton (P. provocado directo, parasitario).

La pitiriasis por causa interna es artrítica ó herpética: si artrítica, es aguda ó crónica; cuando es aguda sobreviene en general en la juventud, en la primavera, bajo la influencia del frio, de las faltas de régimen, de la supresion del sudor; si es herpética, es siempre crónica.

Tratamiento. — Las indicaciones que exige la afeccion genérica son las siguientes: si la pitiriasis es aguda, se ordenarán baños de almidon ó de salvado, tisanas refrigerantes, ligeros purgantes salinos, etc.; si es crónica ó existe un intenso prurito, se prescribirán lociones con la solucion de sublimado ó de alumbre, el agua blanca, el agua de vinagre....., ó unturas con la pomada de óxido de zinc.

Si existe una abundante secrecion de laminillas epidérmicas, se obtendrán felices resultados con fricciones de aceite de enebro puro ó mitigado por la adiccion de aceite de almendras dulces. Si el aceite de enebro es puro, no deberá aplicarse más que cada dos ó tres dias.

Poseyendo el aceite de enebro un olor muy desagradable, M. Bazin ha experimentado el aceite de pino, que carece de olor y es claro, pero no ha obtenido éxito.

Tambien se podrá prescribir la pomada de calomelanos y de tanino, la de sub-carbonato de sosa, el glicerolado de tanino, las lociones con una solucion alcalina. — Agua de salvado, 500 gramos; glicerina, 30 gramos; carbonato de sosa, 0,25 á 1 gramo. — En fin, baños alcalinos, baños de vapor y duchas alcalinas ó de vapor.

Aparte de este tratamiento local, es preciso recurrir á un tratamiento general en relacion con la naturaleza de la pitiriasis, es decir, un tratamiento parasitica, antiartrítico ó antiherpético.

De la psoriasis.

Definicion. — La psoriasis es una afeccion de la piel, caracterizada en su período de estadio por escamas epidérmicas, secas, laminosas, adherentes, que ofrecen, ora un color blanco empañado, ora plateado ó nacarado, escamas que forman placas hojosas de forma y extension variables, bajo las cuales se observa una elevacion más ó ménos grande de los tegumentos y una rubicundez que recuerda algunas veces el tinte de las sifilides.

Sintomatologia. — Dividiremos la descripcion de esta afeccion en tres partes, que corresponden á los períodos de erupcion, estadio y declinacion.

Primer periodo, de erupcion. — En el mayor número de casos, la psoriasis aparece de pronto y no va precedida de fenómenos precusores; algunas veces, sin embargo, se observa un prurito más ó ménos intenso antes de la aparicion de la erupcion, ó bien esta va precedida de una pitiriasis de la misma naturaleza ó de naturaleza diferente, de un liquen generalizado ó circunscrito, de una sifilide, y entonces hay trasformacion *insitu* de una afeccion en otra.

De cualquier modo que sea, empieza por pequeñas elevaciones papulosas que se recubren de escamas muy estrechas algunas veces (psoriasis punctata); en otras circunstancias, la elevacion es mas ancha, redondeada, abombada en el centro y deprimida en la circunferencia (psoriasis guttata); ó por el contrario, la elevacion es deprimida en el centro, elevada hácia sus bordes y rodeada de una línea rojiza. Si la gota de la psoriasis guttata se extiende por su circunferencia, ó si alrededor de una placa de psoriasis se forman otras que se reúnen á ella, se ve revestir á la psoriasis la forma de superficies numulares (psoriasis numular); las placas de psoriasis numular pueden á su vez reunirse, fusionarse y formar superficies muy angulosas (psoriasis difusa), ó, en fin, las elevaciones de la psoriasis guttata pueden reunirse siguiendo la direccion de una línea más ó ménos recta, en forma de faja (psoriasis gyrata), ó segun una línea circular ó semicircular (P. circinata).

Todas estas variedades de forma no tienen más que una importancia secundaria y, en uno y en otro caso, la psoriasis está caracterizada siempre por rubicundez, una elevacion sobre las partes circunvecinas y escamas.

Las elevaciones papulosas de la psoriasis son el asiento de

una rubicundez cuya existencia solo puede evidenciarse algunas veces alrededor de las placas ó cuando las escamas presentan fisuras; pero, en general, no es visible más que cuando han sido levantadas las escamas á beneficio de baños ó de aplicaciones líquidas, como la glicerina, el aceite de enebro, etc. El matiz de esta rubicundez varía al infinito: rosado en algunos casos, es de un rojo vivo en otros y se aproxima las más veces al tinte cobrizo de las sifilides.

La elevacion de la mancha psoriásica es en general más marcada en el centro; algunas veces, sin embargo, la circunferencia de la placa está más elevada que la parte media. Esta elevacion reconoce por causa la hipertrofia de la piel y la superposicion de escamas; constituye un elemento importante en el diagnóstico de esta afeccion.

Las escamas están constituidas por laminillas blancas, nacaradas, plateadas, adherentes á los tegumentos, sobre los cuales descansan, no pudiendo separarlas de estos más que con mucha dificultad; la cara interna de la parte esfoliada de la escama, ofrece elevaciones y depresiones que corresponden á las elevaciones papilares y á sus intervalos.

La cara externa, por el contrario, es irregular, ofrece un color micáceo y de un blanco argentino ó un aspecto empañado; en este caso es cuando han podido compararse con justicia las manchas de la psoriasis guttata á las de la esperma ó á pequeños pedazos de yeso. Estas escamas psoriásicas están formadas por la reunion de laminillas epidérmicas más ó ménos numerosas mezcladas con un exudado poco abundante.

La psoriasis empieza, en general, por los codos y las rodillas, se estiende desde aquí hácia el tronco y gana así sucesivamente todas las partes del cuerpo, aun la cabeza y la cara.

Se ha escrito, sin razon, que la psoriasis de la cara era poco frecuente. Se la puede observar, en efecto, muchas veces, pero se confunde ordinariamente con otra afeccion porque casi nunca existen las escamas, á causa de que los enfermos procuran separarlas para ocultar la afeccion ó porque tiene lugar su caida espontáneamente, efecto de la finura de la piel.

El sitio de la psoriasis varía con la naturaleza de esta afeccion: si la psoriasis es artificial, está limitada á los puntos de aplicacion del agente productor; si es artrítica, no ocupa más que las partes descubiertas: el cuero cabelludo, la palma de las manos, la planta de los pies; por último, si es herpética, empieza por los codos y las rodillas y se estiende á toda la superficie del cuerpo.

Segundo período ó de estadio. — Cuando la psoriasis ha llegado á adquirir cierto desarrollo, cesa de estenderse, queda estacionada, y entonces comienza el segundo período, caracterizado por la persistencia de los fenómenos que acabo de indicar. No obstante, no es muy raro ver aparecer recrudescencias en el curso de este período de estadio, y entonces la estension de la afeccion, reviste, ora una marcha aguda, ora una marcha lenta y crónica.

En el primer caso se observa una rubicundez eritematosa que nacida de las placas psoriásicas, gana progresivamente las partes circunvecinas y no tarda en cubrirse de escamas delgadas, foliáceas y análogas á las de la pitiriasis inflamatoria; algunas veces tambien, la superficie enferma presenta una trasudacion como la del eczema; pero la ausencia de costras amarillas y gruesas y el estado puntuado de los tegumentos, el principio de la afeccion por los codos y las rodillas, los caracteres de la erupcion en su origen, caracteres que un interrogatorio hábil podrá revelar; este conjunto de conocimientos impedirá caer en error.

En el segundo caso la extension se verifica lentamente y por la adiccion de nuevas placas.

La existencia de la psoriasis puede conciliarse con una salud perfecta; tambien han asegurado algunos dermatólogos que la psoriasis era una afeccion que se encontraba esclusivamente en las personas robustas.

Sin embargo, todos los días se ven individuos débiles y delicados ser afectados de ella; así, pues, la asercion precedente no puede ser admitida de una manera absoluta.

Se ha dicho igualmente, que esta afeccion era rara en las mujeres y en los niños; ahora bien, hemos observado numerosos ejemplos de niñas afectadas de psoriasis.

Tercer período ó de declinacion. — La psoriasis puede inveterarse y persistir hasta la muerte del enfermo (P. herpética). Entonces cubre toda la superficie del cuerpo; se producen fisuras y grietas al nivel de las articulaciones que el enfermo no puede en adelante jugar sin dolor; y llega un momento en que, alterados los órganos digestivos comienza el cuarto período del herpetismo, es decir, aquel en que las alteraciones orgánicas, el asma, la bronquitis y el cáncer aparecen y constituyen otras tantas causas de una muerte más ó ménos próxima.

Si, por el contrario, desaparece la psoriasis y se cura (psoriasis artrítica), las escamas se hacen cada vez menos numerosas, y si despues de haberse desprendido de la superficie enferma, se

reproducen todavía durante cierto tiempo, á lo ménos su cantidad disminuye de dia en dia; la eminencia sobre que descansan se aplana progresivamente, y por último, el tinte rojo de los tegumentos se hace cada vez ménos intenso, de suerte que, despues de cierto espacio de tiempo, solo existe en el lugar ocupado por las elevaciones cubiertas de escamas, manchas más ó ménos rojas que se borran por sí mismas más ó ménos rápidamente sin dejar ningun estigma de la existencia anterior de la psoriasis.

Marcha, duracion, terminacion. — La psoriasis presenta las más veces una marcha crónica; no obstante, la variedad artrítica llamada escarlatiniforme, tiene ordinariamente una marcha aguda y desaparece en el espacio de algunas semanas. M. Devergie admite una psoriasis aguda, «forma rara vez primitiva y que aparece ordinariamente muchos meses ó años despues de la existencia de una psoriasis crónica.» Ahora bien, esta no es una forma aguda, sino una exacerbacion pasajera de la afeccion crónica, que se generaliza en poco tiempo, y vuelve á su estado primitivo despues de un mes ó seis semanas.

Por otra parte, la duracion de la psoriasis es variable, segun su naturaleza; si es producida por una causa externa, puede desaparecer en poco tiempo haciendo cesar la causa; si es artrítica, puede recidivar, pero, á lo ménos, desaparece en cierto período de la vida; si, por último, es herpética, su duracion es indeterminada: apenas ha desaparecido bajo la influencia de un tratamiento apropiado, reaparece y en cada recidiva tiende á invadir superficies más extensas.

Anatomía patológica. — M. Bazin cree que la psoriasis ocupa el órgano secretor del epidérmis, la papila epidérmica; en Alemania se enseña que en esta afeccion existe una hiperemia del dérmis, seguida de una infiltracion serosa poco considerable para levantar el epidérmis y dar lugar á vesículas, durante cuya hiperemia, el cuerpo papilar produce un epidérmis normal que mezclado á una exudacion poco abundante, se desprende en escamas muy grandes.

Diagnóstico. — Hemos indicado los caractéres diferenciales de la pitiriasis y la psoriasis.

La ictiosis, afeccion congénita y caracterizada por escamas repartidas por toda la superficie del cuerpo, no puede confundirse con la psoriasis, afeccion no congénita, limitada muchas veces á una region, sobre todo á los codos y las rodillas y caracterizada por escamas blancas, plateadas.

El diagnóstico de la psoriasis y del eczema ofrece dificultades

si la afección ocupa exclusivamente el cuero cabelludo ó la palma de las manos; en efecto, la psoriasis de la cabeza va acompañada algunas veces de exudación poco abundante; por otra parte, es mucho mayor la cantidad de escamas en la psoriasis que en el eczema, y si se examinan atentamente todas las superficies enfermas y principalmente la parte superior de la frente, se podrán observar los caracteres típicos de la psoriasis.

Respecto á la psoriasis palmar, se distingue del eczema palmar por los caracteres siguientes: en aquella se observan placas circunscritas, separadas entre sí por intervalos de piel sana y cubiertas de escamas blancas y argentinas, mientras que el eczema ocupa toda la región palmar y presenta grietas más numerosas y profundas.

Por lo demás, el diagnóstico del género tiene entonces poca importancia, porque la psoriasis y el eczema palmares tienen el mismo origen y ambos son artríticos.

El herpes circinado no ofrece más que una analogía de forma con la psoriasis; en efecto, en el herpes no existe más que una rubicundez erimatososa cubierta ó no de vesículas y costras, mientras que la psoriasis está caracterizada por una elevación papulosa cubierta de escamas gruesas, nacaradas y argentinas. Por otra parte, el examen microscópico revela en un caso la existencia de esporos y de tubos, y en otro la de células epiteliales.

La psoriasis puede confundirse con el líquen sifilítico ó con la sífilide tuberculosa de la palma de la mano. Pero, en el primer caso, las placas tienen un color cobrizo y están cubiertas de escamas poco abundantes; no existe comezón y se pueden observar rasgos de los accidentes primitivos; la sífilide tuberculosa ha empezado por tubérculos cuya presencia se observa todavía, y si han desaparecido, podemos remontarnos á su preexistencia interrogando al enfermo; en fin, la erupción sifilítica ofrece una coloración cobriza, nunca dá lugar á una descamación abundante, etc.

El caso más embarazoso es aquel en que el enfermo, afectado al principio de sífilis, es atacado consecutivamente de psoriasis palmar artrítica. Un médico prevenido podría creer existía una relación entre la afección palmar y la sífilis; pero el mal éxito del tratamiento específico, hará reconocer bien pronto el error, y si entonces se usan los alcalinos y el aceite de enebro, se obtendrá una pronta curación.

El líquen circunscrito no ofrece más que una analogía remota

con la psoriasis; en efecto, está caracterizado por pápulas, da lugar á una descamacion farinácea y no ocupa las regiones que con predileccion son asiento de la psoriasis.

El eritema pelagroso no podria ser confundido con la psoriasis más que por un observador poco atento.

Pronóstico. — El pronóstico de la psoriasis varía con la naturaleza de la afeccion: insignificante, si es por causa externa pues que desaparece con esta, la psoriasis es una afeccion grave si es herpética; entonces, en efecto, hay exposicion á las recidivas, se estiende á casi toda la superficie del cuerpo y acaba por adquirir derecho de domicilio en la economía.

Si la psoriasis es artrítica, la gravedad es menor, porque está limitada á algunas regiones, puede curar bajo la influencia de un tratamiento apropiado, y desaparece tambien en cierta época de la vida del enfermo.

Etiologia. — Existe una psoriasis por causa externa y otra por causa interna.

La psoriasis por causa externa ocupa regiones especiales: la parte situada debajo de la rótula en las personas que, por piedad, se ponen muchas veces y por largo tiempo de rodillas; la cara dorsal de las articulaciones falángicas en ciertos artesanos, etc. Es fácil reconocerle siempre en estos casos por la localizacion de la afeccion, el aspecto tierno de las escamas, los antecedentes, etc.

La psoriasis por causa interna es artrítica ó herpética.

Estas dos especies son debidas á las mismas causas que todas las artrítides y herpétides.

Causas de la psoriasis.

Psoriasis por	}	Debida al roce continuo de ciertas partes contra cuerpos duros.	}	Escarlatiniforme.
causa externa.				
Psoriasis por	}	Artrítica.	}	Numular.
causa interna.				

Tratamiento. — Mirada como afeccion genérica, la psoriasis necesita el tratamiento local siguiente: el enfermo deberá frotarse todos los dias las partes afectadas con el aceite de enebro puro ó mitigado ligeramente por la adiccion del de almendras dulces, dejar una ligera capa de este aceite en la superficie de la piel y acostarse con la misma camisa manchada con el aceite. Además, se hará tomar un baño alcalino ó de vapor cada dos ó tres dias. Este tratamiento da resultados maravillosos y hace desaparecer la afeccion en seis semanas ó dos meses; desgraciadamente, el

aceite de enebro repugna muchas veces á los enfermos, á causa de su olor desagradable. Entonces pueden ordenarse las pomadas de aceite de enebro, de brea ó de precipitado blanco. — El aceite de pino ha sido tambien tan ineficaz contra la psoriasis como contra la pitiriasis.

Hebra ha recomendado recientemente una disolucion muy concentrada de sulfuro de cálcio (R.: azufre lavado 1 kilogramo; cal viva 500 gramos; déjese hervir con agua comun, 12 kilogramos hasta reducirlo á 6 kilóg.; filtrad el líquido en frio). Hebra hace frotar enérgicamente con un pedazo de franela empapado en esta solucion todas las partes enfermas hasta que las escamas hayan sido completamente separadas y el cuerpo papilar puesto al descubierto; entonces, el enfermo toma un baño caliente de una hora y al salir de este se barniza las partes enfermas con un cuerpo graso cualquiera (aceite de bacalao ó pomada de brea).

Pero además del tratamiento local impuesto por la afeccion genérica, es preciso aconsejar siempre un tratamiento antiartrítico ó antiherpético contra la psoriasis por causa interna si no quiere exponerse al enfermo á una recidiva de la afeccion poco tiempo despues de su desaparicion.

DE LAS AFECCIONES ESPECIALES DE LA PIEL.

AFECCIONES POR CAUSA EXTERNA.

Hemos dividido las afecciones por causa externa, en *afecciones producidas por una causa mecánica ó física* y en *afecciones provocadas ó artificiales*.

§ 1.º—Afecciones por causa mecánica ó física.

Afecciones eritematosas.

Bajo la influencia de los rayos solares nacen físicamente en la piel del hombre erupciones eritematosas, *eritema solar*, *golpe de sol*; ó por el contrario, bajo la influencia del frio, *congelacion eritema pernio*; á causa de la permanencia de un líquido irritante entre dos superficies adosadas, *intértrigo*; ó en fin, consecutivamente á una presion lenta ejercida sobre la piel, como la que tiene lugar en los individuos sometidos por largo tiempo á un decúbito prolongado. *Eritema poratime de Alibert*.

A. *Eritema solar*.—*Sintomatología*.—Consiste las más veces en una verdadera rubefacción de la piel, es decir, en una coloración rosa débil ó de un rojo intenso que desaparece bajo la presión del dedo y acompañado de sensación de calor y de escozor. Después de diez y ocho, treinta y seis horas ó algunos días de duración, el tinte rojo pálido se borra, la piel se hace asiento de una esfoliación ligera y de comezón y todo desaparece. Pero si ha sido prolongada la exposición al sol ó si los rayos de este eran muy ardientes, pueden verse sobrevenir pequeñas vesículas en la superficie de la parte afectada; algunas veces también nace una inflamación flegmonosa.

Ordinariamente, el eritema solar no va acompañado de síntomas generales; en casos por fortuna raros, se observa, sin embargo, fiebre, cefalalgia, sed, insomnio, delirio maniaco, no tardando en llegar la muerte.

En la autopsia se hallan todos los fenómenos de una congestión cerebral ó de una meningitis.

Únicamente se observan estos accidentes graves en los veranos muy calurosos ó bajo el ardiente sol de las regiones ecuatoriales y consecutivamente al eritema solar de la cara y del cuero cabelludo.

Siendo debido este eritema á la acción de los rayos solares sobre la piel, no se observa más que en las partes desnudas; como son: el cuero cabelludo, la cara, el cuello, las manos, el pecho, las piernas y los pies. Se produce tanto más fácilmente cuanto la piel es más fina; así se le observa muchas veces en los niños.

Se establecerá siempre fácilmente el diagnóstico de esta especie de eritema, fundándose en su aparición súbita después de la exposición al sol, en su forma difusa y mal limitada, etc.

El pronóstico es en general benigno y no se hace grave mientras no aparecen síntomas cerebrales.

El tratamiento no difiere del de la quemadura de primer grado y consiste en aplicaciones de agua fría, de linimento oleo-calcáreo, etc.

Contra los accidentes cerebrales se pondrá en uso la medicación antiflogística local y general, la aplicación de vejigas de hielo á la cabeza, los revulsivos intestinales, etc.

B. *Eritema pernio ó sabañon*.—Este eritema está caracterizado por una rubicundez congestiva más ó menos intensa, que ocupa en general los dedos de las manos ó de los pies, más raramente la nariz y las orejas; esta rubicundez se hace cada vez más oscura y adquiere un tinte violado; va acompañada de tumefac-

cion de las partes afectadas, de una sensacion de calor, de tension y de prurito que obliga á los enfermos á rascarse; estas sensaciones aumentan bajo la influencia del calor de un hogar ó de la cama y se calman durante el dia.

A esto pueden limitarse los fenómenos que caracterizan al sabañon; despues de un tiempo variable, la rubicundez y la tumefaccion disminuyen y desaparecen. Pero algunas veces se ven aparecer flictenas llenas de una serosidad rosácea que no tardan en romperse, bajo las cuales se observan exulceraciones convertidas bien pronto en verdaderas úlceras de fondo pálido y grisáceo, que no tienen una tendencia destructora bien marcada, sino más bien tendencia á la cicatrizacion y acompañadas de dolores muy vivos.

El sabañon reconoce como causa primera el frio y como causas predisponentes la infancia y el temperamento linfático. En los niños linfáticos, persiste muchas veces durante todo el invierno y no desaparece hasta la proximidad del verano. Cuando aparece en niños escrofulosos, puede persistir aun faltando la causa primera, es decir, el frio, y persistir todo el año: entonces, segun la expresion de M. Bazin, parece que la escrófula, encontrando una manifestacion completamente preparada, se apodera de ella y la perpetúa en ausencia de la causa. Desde entonces, se ha hecho el sabañon una manifestacion escrofulosa.

El diagnóstico del sabañon es muy fácil en general, y creo que basta señalar la posibilidad de error con el lupus eritematoso y el acné rosáceo, si ocupa la cara; con el eritema pápulo-tuberculoso si ocupa los miembros superiores, etc., para evitar que se cometa.

Tratamiento. — Se han aconsejado como tratamiento preventivo del sabañon las lociones con aguardiente, las fricciones con nieve, el uso habitual del agua fria, en una palabra, todos los medios propios para despertar la actividad funcional de la piel.

Cuando existe el sabañon en estado eritematoso, se aconsejan un gran número de tópicos, de los cuales bien pocos tienen una eficacia real; los mejores son: la solucion ó la pomada de subacetato de plomo, la solucion de sublimado al 1/300 ó al 1/000, el cerato opiado, el cerato de saturno, la glicerina, el linimento oleocalcáreo.

Si existen úlceras, se excitará su vitalidad lavándolas con agua adiccionada con vino aromático y se las curará con el cerato de saturno.

C. *Intertrigo.* — Se le puede observar en todas las regiones

del cuerpo en que dos partes de la piel se hallan en contacto, es decir, en el pliegue de la mama, en las axilas, detrás de las orejas, en los pliegues génito crurales, en el escroto y en los grandes labios; á consecuencia de este contacto de la piel consigo misma en estas diversas regiones, se estanca el sudor, se altera, se hace irritante y produce el eritema.

El intertrigo se observa principalmente en la infancia, en la edad crítica y en las personas que traspiran con abundancia, como los artríticos.

Pero el sudor no es el único líquido que por su contacto entre dos superficies cutáneas determina el intertrigo; se ve aparecer esta afeccion bajo la influencia de las flores blancas, del líquido que se derrama de las fistulas véstico-vaginales, etc.

El intertrigo está caracterizado por una rubicundez difusa que empezando por el fondo del pliegue cutáneo, se estiende poco á poco hasta invadir toda la extension de las superficies en contacto, y no pasa entonces de este límite, á ménos de complicacion. Al principio del intertrigo, el enfermo solamente experimenta comezon; más tarde se destruye el epidérmis, y el dérmis puesto al descubierto se hace asiento de una sécrecion moco-purulenta, *intertrigo purifluens*.

Tal es el intertrigo que aparece en una persona exenta de toda enfermedad constitucional; cuando, por el contrario, esta afeccion nace en un individuo escrofuloso ó artrítico, sufre las modificaciones efecto de la existencia de la enfermedad constitucional. (Véase escrofulídes y artrítides.)

Diagnóstico.—El intertrigo podria confundirse con el eczema, pero el intertrigo está caracterizado por una mancha eritematosa y el eczema por vesículas. Esta última afeccion no queda limitada á partes adosadas, y el líquido segregado se concreta en escamas más ó ménos húmedas y gruesas; por otra parte, existen en general muchas placas eczematosas.

Pronóstico.—El intertrigo no ofrece gravedad y es solamente una afeccion molesta é incómoda, rebelde muchas veces.

Tratamiento.—Conviene ante todo separar las superficies contiguas con una compresa y espolvorear las partes enfermas con almidon, tanino, licopodio, que obran más favorablemente que los cuerpos grasos.

Si es antiguo el intertrigo, se aconsejarán lociones con líquidos astringentes y sustitutivos, tales como la solucion de alumbre, de nitrato de plata, el vino aromático con agua, etc.

D. *Eritema por decúbico prolongado ó paratrimé.*—Existe en

los puntos del cuerpo que soportan, durante largo tiempo, una presión prolongada; por otra parte, la presión está favorecida en la producción del eritema por la posición declive de las partes comprimidas que hace que se estanque la sangre, por el contacto de las secreciones cutáneas, algunas veces también en las enfermedades graves, por el de las materias fecales ó urinarias y por la debilidad de la economía.

El eritema está caracterizado por una rubicundez marmórea más intensa donde la presión es más fuerte, es indolente y solo va acompañado de un poco de prurito y de calor; pero en un momento dado aparece un dolor fijo, continuo y sordo y se observa en medio de la mancha eritematosa un punto azulado é insensible, indicio de la mortificación de los tejidos comprimidos.

El tratamiento consiste en impedir el decúbito prolongado, es decir, cambiar la posición del enfermo, renovar frecuentemente sus sábanas, usar mucha limpieza, espolvorear las superficies eritematosas con almidón ó tanino, ó lavarlas con líquidos astringentes, tales como el cocimiento de quina, la infusión de rosas de Provins, etc.

Urticaria mecánica.

Del cuerpo de las orugas de muchas bombíceas, *provisionarias*, se desprenden pequeños pelos microscópicos al trasformarse en crisálidas, se reparten en el aire y van á clavarse en la piel que irritan: de esta irritación resulta picor y erupciones que consisten las más veces en pápulas de urticaria y algunas veces en manchas eritematosas que más rara vez son pustulosas.

Las actíneas y las medusas, ortigas de mar, determinan también fenómenos de urticación más ó ménos pronunciados. El aparato urticante de las medusas está formado por dardos ó puntas agudas que el animal descubre para atacar ó defenderse.

Erupciones papulosas mecánicas.

Las picaduras de chinches determinan elevaciones papulosas rosadas ó rojas, cuyo vértice está elevado algunas veces por sensibilidad y que van acompañadas de dolor y de prurito.

Estas pápulas se diferencian: de las picaduras de pulgas, caracterizadas por una mancha hemorrágica central rodeada de una zona congestiva; de la urticaria, cuyos elementos son intermitentes, van acompañados de viva comezon y reaparecen consecutivamente por ligeras fricciones; de la epynictide, caracteri-

zada por la sensacion nocturna de millares de insectos que recorren la piel y por una comezon atroz, sin que se observe ninguna erupcion cutánea.

Erupciones vesiculosas y pustulosas mecánicas.

El rojillo, arácnido muy extendido por los campos, se insinúa por debajo del epidérmis y hasta en los folículos pilosos; entonces aparecen rubicundeces, hinchazon, vesículas; algunas veces tambien ectima, y existe una viva comezon.

Caspa no parasitaria.

Se designa así una alteracion cutánea, causada por una lesion secretoria. Esta afeccion se observa casi esclusivamente en los niños de pecho, y consiste en una capa sebácea de la cabeza, mezclada con despojos epidérmicos que exhala un olor empalagoso y nauseabundo, barniz ó capa muy blanda pero que se desprende en seguida y toma entonces la forma de escamas anchas irregulares y adherentes. Si cediendo á la preocupacion vulgar, se respetan estas costras, la papila pilosa, privada de aire y de luz, se atrofia gradualmente, se oblitera y se condena al enfermito á una calvicie definitiva.

Es preciso, pues, apresurarse á desembarazar al niño de esta caspa: se llegará á obtener fácilmente este resultado aplicando cataplasmas, haciendo en seguida lociones alcalinas y unturas con un cuerpo grasso, como el aceite de almendras dulces, la yema de huevo, la glicerina, etc.

§ 2.º—*Afecciones provocadas ó artificiales.*

M. Bazin designa bajo el nombre de afeccion provocada toda congestion ó inflamacion de la piel determinada por una causa de órden físico, que no obra sobre el tejido cutáneo más que á título de estímulo morboso ó agente provocador.

Divide las afecciones provocadas en dos secciones:

1.ª Las afecciones provocadas directas que son las más numerosas.

2.ª Las afecciones provocadas indirectas ó patogenéticas.

Hemos dicho que las primeras eran el resultado de la accion sobre la piel de sustancias irritantes, de parásitos, etc., y que las segundas nacian despues de la absorcion de principios morbíficos, como la copaiba, el alcohol, las almejas (V. pág. 4).

Dividiremos para la comodidad del estudio las afecciones provocadas directas, en afecciones provocadas no parasitarias y en afecciones provocadas parasitarias. Hay, pues, tres grandes grupos de afecciones provocadas: afecciones no parasitarias, afecciones parasitarias y afecciones patogenéticas.

Antes de estudiar estas diversas afecciones especiales por causa externa, creemos útil colocar á la vista del lector los caracteres comunes que presentan, tales como M. Bazin los ha indicado en su *Traité des affections artificielles*.

Caractères comunes de las afecciones provocadas. — 1.º Su asiento topográfico ordinario es en las partes descubiertas y más expuestas á la accion de las causas. Se producen sobre todo, en la cara, en la frente, en las manos, en el antebrazo, en la parte anterior del pecho, en las piernas y en los piés; las partes genitales constituyen para muchas de estas afecciones un verdadero sitio de predileccion, lo que se explica por el trasporte del agente provocador por intermedio de la mano; la sarna nos proporciona un ejemplo de esto. Por último, hay casos en que la erupcion artificial está generalizada por todo el cuerpo, pero aun entonces está más pronunciada en las regiones que acabamos de indicar.

2.º *Forma.* Mientras que las erupciones constitucionales tienen una forma habitual que les es propia, (forma numular y claramente limitada en las artrítides, sinuosa y formando arcos de círculo en las sífilides), las erupciones artificiales presentan aspectos muy diversos segun las mil circunstancias que pueden presidir á su desarrollo. Ora, y las más veces son difusas, mal dibujadas, vagas en sus contornos, sin tener la simetría de las herpétides, sin poseer nada de normal, de habitual y hechas como por casualidad; ora, por el contrario, sus elementos se disponen con una regularidad tan grande, que este signo basta por sí solo para establecer pronto el diagnóstico: hablo en este momento, sobre todo, de las erupciones provocadas por ciertos emplastos, unguentos ó pomadas (telas vesicantes, diaquilon, emplasto de Vigo *cum mercurio*, unguento napolitano en fricciones, etc.); tales son además las erupciones que anuncian el principio de la germinacion del achorion y del trichophyton (*anillos herpéticos*, *discos eritematosos*, etc.); pero aquí, la forma es obra del parásito, cuyo modo de propagacion representa con exactitud.

3.º El *modo patogénico* no es ménos irregular y variable que la forma; se encuentran muchas veces reunidos en un pequeño espacio todos los grados de la dermatitis á la vez. Las erupciones constitucionales están caracterizadas en general por un solo elemento

anatómico ó por un elemento predominante, tales como: el eczema, el herpes, ó bien la psoriasis, la pitiriasis ó el liquen, etc. No sucede lo mismo, en general, con las erupciones artificiales que son, por el contrario, notables por la multiplicidad de las lesiones primitivas: al lado de pápulas se encuentran pústulas; aquí, la vesícula del eczema, la ampolla penfigoide, la ancha flictena; poco más allá, forúnculos, verdaderos flegmones, etc. Así que, en la sarna existen elementos extremadamente variados: la pápulo-vesícula, los surcos, la pústula ectimática, el prúrigo, el eczema y se sabe qué importancia tiene para el diagnóstico este aspecto proteiforme.

Todavía debemos exceptuar aquí las erupciones que resultan de fricciones ó aplicaciones metódicas de agentes irritantes.

El modo patogénico, por otra parte, está sujeto á variar con la naturaleza del agente, segun que ataque de preferencia tal ó cual elemento de la membrana cutánea.

4.º Las *sensaciones* experimentadas por los enfermos son igualmente muy variables. Ciertas erupciones provocadas son completamente indolentes y algunas van acompañadas de una comezon muy viva; así acontece en el liquen trópicus. Pero la mayor parte determinan en su principio y durante su período de agudeza, calor, escozor, pinchazos dolorosos, fenómenos que por lo general, duran poco, y á los cuales sucede un prurito más ó ménos intenso.

5.º La *intensidad* depende de la fuerza del agente, de su duracion y de la sensibilidad del sugeto para sufrir su influencia. No es la misma en todos los puntos de la lesion, varía desde la simple rubefaccion al grado más avanzado de la dermatitis.

6.º La *marcha* de estas afecciones tiene una importancia considerable: las más veces es progresiva, ascendente, si la causa persiste, y esta debe suprimirse entonces sin dilacion; ó bien la lesion llega á cierto estado alrededor del cual oscila indefinidamente y de este modo puede perpetuarse durante meses y aun años. A veces, por el contrario, se habitúa en cierto modo la piel á la influencia del agente que cesa de impresionarla después de un tiempo variable; esto nos explica cómo un gran número de obreros pueden dedicarse impunemente á las ocupaciones que al principio les habia incomodado; pero esta inmunidad no se mantiene fuera del medio que la ha hecho nacer, y para reconquistarla debe la piel sufrir de nuevo toda la accion de la causa irritante.

Lo que debe notarse ante todo como el hecho más general en la historia de las afecciones artificiales, es su disminucion rápida.

cuando ya no existe la causa, y su curacion siempre pronta y radical cuando ningun vicio constitucional le ha impreso su carácter de lentitud y cronicidad.

7.º *Duracion.* — Jamás, en efecto, se ha hecho una aplicacion más justa de este antiguo adagio : *Sublata causa, tollitur effectus*. Sin embargo, las erupciones provocadas tienen por sí mismas é independientemente de la causa, cierta duracion; la piel no puede volver bruscamente á su estado normal; pero esta duracion es corta, oscila entre tres y veinticinco dias.

8.º Generalmente, es fácil hallar la causa, y los efectos que determina son proporcionales á su intensidad, lo que distinguen las afecciones artificiales simples de las afecciones mistas que resultan á la vez del agente externo y de la influencia constitucional ó diatésica. Declarando el enfermo por sí mismo la causa de su mal, fijará muchas veces el juicio del médico; por otra parte, será uno puesto en camino por el aspecto singular de la afeccion, por su sitio, por la forma y multiplicidad de los elementos que la componen; los antecedentes proporcionados por el enfermo harán el resto si no hay algun interés en ocultar la verdad.

9.º Las erupciones provocadas de naturaleza especifica están caracterizadas por la marcha regular y el período de incubacion que les precede; además son generalmente contagiosas.

10.º Hay circunstancias accidentales que pueden arrojar una viva luz para el diagnóstico; así, el olor á trementina exhalado por un enfermo hará pensar en un accidente causado por esta sustancia; otro tendrá los cabellos verdosos, un tercero tendrá las uñas fuertemente coloreadas de amarillo; en este caso se presenciaban erupciones profesionales provocadas, en un enfermo, por las preparaciones de cobre, en otro, por verdes arsenicales. En fin, el agente provocador deja á veces en el mismo punto de la afeccion, signos que nos revelan su presencia.

11.º El tratamiento es muy eficaz en las erupciones artificiales; basta tambien las más veces, como os he dicho más arriba, alejar la causa para ver casi de repente decrecer y cesar los accidentes. Ahora bien, no puede decirse otro tanto de las afecciones constitucionales.

Dos órdenes de causas obran para producir las afecciones artificiales: unas son provocatrices ó determinantes, otras predisponentes.

Las primeras pueden pertenecer á los tres reinos de la naturaleza; obran irritando el tejido dérmico. Los agentes irritantes son gaseosos, líquidos ó sólidos.

Si son gaseosos, están cargados de principios acres, irritantes ó tóxicos, de cuerpos sólidos impalpables que obran sobre los tegumentos y determinan erupciones.

Si líquidos, obran, ora á consecuencia de sus propiedades especiales, ora en virtud de los principios que tienen en disolucion ó en suspension.

Si sólidos, obran por su dureza, su resistencia, su temperatura; algunas veces tambien penetran en la piel: por lo demás, así se comportan ciertos vegetales parásitos; el acarus.

La composicion química de las sustancias explica muchas veces su accion: así, algunas desprenden á una débil temperatura, principios volátiles irritantes, (aceites esenciales, mostaza, trementina); otras obran combinándose con los tejidos é irritándolos.

Un gran número de agentes tienen una especie de propiedad electiva y obran sobre tal ó cual elemento de la piel, sobre la red vascular, las papilas, los folículos sebáceos, las glándulas sudoríparas, las aréolas dérmicas; de aquí eritemas, pápulas, vesículas, pústulas.

Causas predisponentes.— El niño recién nacido ó de pecho está expuesto á las erupciones cutáneas provocadas ó artificiales, á consecuencia de la finura de la piel, del frote de las ropas que le rodean, del contacto de la orina y de las materias fecales.

La mujer estaria más expuesta que el hombre, á causa de la delicadeza de su piel, si este último no ejerciera profesiones que le obligasen á manejar sustancias irritantes.

Las personas linfáticas sufren más fácilmente la accion de los agentes artificiales que los individuos biliosos y sanguíneos.

En fin, existe una aptitud especial para cada individuo. En efecto, la piel no es igualmente sensible en todos los individuos á los diversos agentes de irritacion; no responde siempre necesariamente de la misma manera á un mismo agente de irritacion. Por otra parte, no todos los puntos de la piel de un mismo individuo son igualmente sensibles á los irritantes; hay partes en que la piel es muy fina, en otras muy gruesa.

1.º AFECCIONES PROVOCADAS NO PARASITARIAS.

Tan pronto son simples y caracterizadas por una sola lesion elemental; tan pronto, por el contrario, están formadas por la presencia de muchas lesiones elementales, de pápulas, de pústulas, de vesículas.

(a) **Afecciones provocadas caracterizadas por una lesion elemental única.**

Se ha dado en terapéutica el nombre de rubefacientes á las sustancias que aplicadas sobre la piel tienen la propiedad de provocar en ella una congestion activa. Las principales de estas sustancias son: la harina de mostaza, el ajo triturado, la pez de Borgoña, la clemátida, una especie de las ranunculáceas, etc.

Todos conocen el clásico efecto de la mostaza: algunos minutos despues de la aplicacion, se experimenta una sensacion parecida á pinchazos, que aumenta á cada instante y se convierte bien pronto en una sensacion de quemadura; simultáneamente la piel toma una coloracion roja intensa y se pone turgesciente. Todos estos fenómenos desaparecen despues de la separacion de la harina, la rubicundez persiste, sin embargo, algunas veces por mucho tiempo.

Urticaria provocada directa.—Es producida por el contacto de la ortiga ó *urtica urens*. Apenas se toca la piel con esta planta, se ven aparecer pápulas blancas rodeadas de un ligero tinte rosado y acompañadas de una sensacion de escozor quemante. Despues de algunos minutos, ha desaparecido toda señal de la erupcion.

Las propiedades irritantes de la ortiga son debidas á un líquido acre que se insinúa bajo el epidérmis á favor de los pelos huecos y punzantes de que el vegetal está erizado.

Roseola provocada directa.—*Roseola del estío.*—En estío ó en otoño, bajo la influencia del eretismo cutáneo producido por el calor, aparecen principalmente en las partes descubiertas, pequeñas manchas rojas, aisladas, no elevadas sobre las partes circunvecinas y que desaparecen bajo la presion del dedo. Despues de uno ó dos dias de duracion, el tinte de las manchas palidece y se produce una ligera descamacion furfurácea; algunas veces existe simultáneamente un ligero movimiento febril, anorexia, etc.

Diagnóstico.—La roseola del estío se distinguirá fácilmente del sarampion y de la escarlatina, cuyas enfermedades tienen siempre un período de prodromos especiales: fiebre intensa y angina en la escarlatina; fiebre, coriza, congestion ocular y lagrimeo, bronquitis congestiva, etc., en el sarampion, y además tienen una erupcion más regular y ménos fugitiva que la de la roseola del estío.

Luego indicaremos los caracteres diferenciales de las roseolas sifilítica y herpética y de la roseola de estío.

El pronóstico no tiene ninguna gravedad, puesto que la roseola desaparece espontáneamente.

ERUPCIONES PAPULOSAS PROVOCADAS DIRECTAS.

1.º *Liquen trópico*.—Se desarrolla como su nombre lo indica bajo la influencia de la temperatura elevada de las regiones tropicales. «En esos climas, dice Bontius, citado por M. Rayer, cuando ha sido excitado el sudor, se manifiestan pápulas rojas y rugosas que las más veces cubren todo el cuerpo y van acompañadas de un prurito muy violento. Esta erupcion ataca de preferencia á las personas recién llegadas á esas comarcas, pero ninguno de sus habitantes ha dejado de ser atacado por ella. La comezon es intolerable.»

2.º *Dermatitis de pequeñas pápulas*.—Es producida por las pomadas y baños alcalinos; no ofrece nada de especial en su forma; tambien es difícil llegar al diagnóstico de la causa por los solos caracteres objetivos de la lesion.

3.º *Dermatitis de gruesas pápulas*.—Es producida por la ipecacuana. Si nos servimos de una pomada compuesta de una parte de ipecacuana por dos partes de manteca y se fricciona la piel cinco minutos cada dia, aparece de la segunda á la cuarta friccion una erupcion caracterizada por rubicundeces difusas, sobre las cuales se elevan pequeñas eminencias que aumentan de volúmen bajo la influencia de nuevas fricciones. Estas eminencias son rojas de la base al vértice, pero están desprovistas de aureola circunferencial, su color desaparece bajo la presion del dedo, jamás son muy numerosas y están separadas entre sí por intervalos variables. La piel, en el punto que ocupan es ruda, rugosa y seca al tacto sin que por esto presente engrosamiento notable.

Al principio experimenta el enfermo un escozor vivo debido á la accion irritante producida por la pomada; más tarde, cuando ha aparecido la erupcion papulosa, se siente un prurito intenso que se exaspera y se hace intolerable durante la noche bajo la influencia del calor de la cama. Tambien se roza el enfermo muchas veces las pápulas, que se cubren de costras sanguíneas análogas á las del prúrigo.

La erupcion desaparece con lentitud y no es necesario ménos de uno ó dos septenarios para que se borre completamente.

Si se tuviera que establecer el diagnóstico de una lesion se-

mejante, dice M. Bazin, se podría reconocer por la coloración viva y animada de sus pápulas, por su volumen, por la regularidad de su aspecto, por su marcha aguda y por la ausencia de toda esfoliación sensible en su superficie. Añadimos á estos signos, que están ordinariamente agrupadas en un espacio circunscrito y que la piel que las sostiene no ha sufrido engrosamiento.

AFECCIONES PROVOCADAS VESICULOSAS.

(a) *Miliar sudoral*. — Como lo indica su nombre, esta especie de miliar aparece exclusivamente bajo la influencia de sudores; se observa, sobre todo, durante los grandes calores y en los individuos que están sujetos á una secreción abundante de sudor: la piel se calienta, se hace halituesa y turgente, aparecen acá y allá en su superficie manchas rojas que se cubren bien pronto de pequeñas eminencias hemisféricas formadas por un derrame de serosidad bajo el epidermis; estas pequeñas vesículas son siempre distintas unas de otras, discretas ó confluentes. Rara vez está generalizada la erupción; las más veces está limitada al cuello, á la parte anterior del pecho, al vientre, á la cara interna de los miembros.

Después de 24 ó 36 horas de existencia, el líquido de las vesículas se enturbia y se hace opaco; después, hácia el tercer día, la vesícula se aplana, se marchita y desaparece dando lugar á una ligera esfoliación.

La miliar sudoral, afección de las más benignas, no reclama ningún tratamiento particular.

(b) La dermatitis vesiculosa puede también ser producida por la trementina, el azufre, los emplastos de pez de Borgoña, de cicuta, de ópio, el aceite de croton, las euforbiáceas.

M. Bazin divide las erupciones producidas por estas diversas sustancias, en erupciones de pequeñas, medianas y gruesas vesículas.

La trementina y el azufre producen erupciones de pequeñas vesículas. Bajo la influencia de lociones y pomadas sulfurosas nace una irritación que se manifiesta, sobre todo, por una viva fluxión seguida inmediatamente de una erupción de pequeñísimas vesículas confluentes que se llenan de pus ó de serosidad purulenta y se rodean de una aureola inflamatoria que iguala dos ó tres veces su diámetro; esta erupción es muy dolorosa, se disipa en el espacio de algunos días.

La dermatitis de vesículas medianas se produce, sobre todo, por las preparaciones mercuriales aplicadas localmente.

La erupcion se aproxima mas ó menos á la del eczema: está constituida por un tinte eritematoso que es algunas veces el único fenómeno observado; pero, las mas veces, nacen vesículas hemisféricas, sensiblemente iguales por su volúmen, y repartidas con una gran profusion por la superficie cutánea donde provocan viva comezon.

La serosidad clara que las llena en su principio se vuelve muy pronto lactescente; la mayor parte se desecan sin romperse su envoltura y se asemejan mucho entonces á gotitas de cera concreta; otras son desgarradas por las uñas de los enfermos y se cubren de pequeñas costras foliáceas. En el espacio de algunos dias todo vuelve á su estado normal.

Los emplastos de pez de Borgoña, de esparadrapo, de cicuta y de ópio, la clemátida, los ranúnculos, los ácidos diluidos, etc., provocan tambien una dermatitis de vesículas medianas; pero para estos diversos agentes, la produccion de vesículas es completamente excepcional, y estos elementos, por otra parte, no tienen ni la forma bien definida, ni el volúmen igual de las vesículas mercuriales.

El aceite estraido de las euforbiáceas, dice M. Bazin, goza de propiedades tan enérgicas, que bastan ordinariamente una ó dos fricciones de algunos minutos para que la dermatitis vesiculosa se declare con sus caracteres mas marcados. Sobre un fondo ligeramente eritematoso, aparecen grupos de vesículas confluentes, ora perfectamente distintos, ora reunidos por sus bordes, perdiendo así su forma redondeada primitiva; tambien pueden cierto número de elementos, en su desarrollo escéntrico, fusionarse entre sí y dar lugar á verdaderas ampollas.

El contenido de las vesículas es al principio seroso y claro, y puede conservarse con este carácter mientras duren; pero, ordinariamente del segundo al cuarto dia (sobre todo si las fricciones han sido continuadas), se enturbia y vuelve completamente purulento. Algunas se desecan en su sitio sin romperse; otras, se desgarran la cubierta y deja una exulceracion redondeada, limitada por un reborde epidérmico que se cubre de una pequeña costra amarillenta; esta exulceracion puede ser muy extensa é irregular.

Al principio experimenta el enfermo una sensacion de ardor y de escozor que se aumenta con el progreso de la lesion, para disminuir en seguida con ella y dar lugar á un prurito ordina-

riamente moderado. El dolor adquiere á veces una intensidad extremada.

Algunas veces se observan lesiones secundarias lejos de la region donde se habia aplicado el agente (escroto), y que son debidas al transporte del aceite de croton ó del euforbio, por medio de los dedos ó por algun otro agente intermedio.

La thapsia gargánica produce una erupcion caracterizada por vesículas uniformes, muy numerosas y repartidas con igualdad, vesículas que se hacen rapidísimamente purulentas.

Erupciones eczematosas de los cocineros y cocineras.—En la cara dorsal de las manos, en las muñecas y en los antebrazos de estos individuos existe muchas veces un eczema caracterizado por vesículas esparcidas, diseminadas por una superficie eritematosa; estas vesículas se rompen y el líquido se concreta en escamas delgadas y adherentes; pero la causa que ha provocado la aparicion de las primeras vesículas hace brotar bien pronto otras, y así se perpetúa la afeccion.

Cuando el eczema es antiguo, las superficies enfermas son rudas, secas, están cubiertas acá y allá por escamas delgadas y adherentes que presentan una coloracion rojiza; el epidermis es quebradizo y resquebrajado y el dérmis se engruesa, se eriza de elevaciones papulosas y de placas liquenoides; de tiempo en tiempo aparecen algunas erupciones agudas de corta duracion. Los enfermos experimentan al principio una sensacion de calor y de escozor, y mas tarde de prurito.

Esta afeccion es debida á la manipulacion de sustancias irritantes y sucias y á la exposicion de las manos al calor de los hornos.

El tratamiento consiste, al principio, en alejar la causa si la afeccion es aguda, y emplear despues los emolientes, es decir, los baños de almidon, el polvo de almidon, las cataplasmas de fécula; pero cuando la afeccion existe desde largo tiempo, es preciso dejar estos medios y aconsejar, ora las pomadas de brea ó calomelanos, ora las unturas con el aceite de enebro mitigado por la adiccion del de almendras dulces, etc.

Sarna de los especieros.—Al lado del eczema de los cocineros debemos colocar nua erupcion que se observa en los especieros, y que está caracterizada por el eczema y el liquen. Es debida á la accion de los álcalis y de otros irritantes que manejan estas personas.

Eczema producido por la coralina.—En la sesion del 2 de Febrero de 1869, M. Tardieu llamó la atencion de los médicos

sobre los accidentes que puede determinar la coralina ó peonina, sustancia derivada del ácido rosólico, el cual es asimismo un derivado de la oxidacion del ácido fénico.

La coralina sirve para colorear en rojo los calcetines; ahora bien, se observa en las personas que hacen uso de estos, una erupcion vesiculosa aguda, dolorosa, y que se asemeja á una erupcion eczematosa. Las vesículas pequeñas descansan sobre una superficie roja; algunas veces, y especialmente en la planta de los piés, se reunen y forman anchas vejigas ó ampollas llenas de un líquido sero-purulento; la erupcion va acompañada de malestar general, fiebre, cefalalgia y náuseas; desaparece con la cesacion del uso de los calcetines y bajo la influencia de aplicaciones emolientes.

ERUPCIONES PROVOCADAS AMPOLLOSAS.

La dermatitis ampollosa provocada se presenta bajo dos formas distintas: el pénfigo y la rupia.

El pénfigo es producido por numerosos agentes: el amoniaco puro ó incorporado á la manteca, el agua hirviendo, el polvo de cantáridas, la corteza de torbisco, etc.

El levantamiento del epidermis no se opera de una manera completamente idéntica con todos los agentes de vesicacion, y de aquí resultan aspectos variados en la lesion; cuando se usa el polvo de cantáridas, el epidermis es levantado en toda la superficie donde se aplican, y muchas veces existe una ampolla única, ancha é irregular; algunas veces, no obstante, existen muchas ampollas separadas entre sí, de volúmen variable y en el intervalo de las cuales apenas está levantado el epidermis.

Otros agentes, dice M. Bazin, dotados de una gran energía y cuya accion es difícil medir, son por esto mismo mas irregulares en sus efectos; producen en la piel una verdadera quemadura que á veces no llega, y que á menudo pasa del grado de la vesicacion (amoniaco, calor, cauterio objetivo, alcohol inflamado, ácido acético, etc.). En fin, al lado de estas se colocan un gran número de sustancias, cuyas propiedades se aproximan bastante á las de las cantáridas, pero que no llegan á producir en la mayoría de los casos mas que flictenas aisladas, estendidas como por casualidad por una superficie roja eritematosa: la dermatitis puede ser tanto vesiculosa, como ampollosa (harina de mostaza, torbisco, algunas plantas de la familia de las ranunculáceas, etc.).

Cualquiera que sea, por otra parte, el agente puesto en uso, no varía el modo de formación ni la constitución de las ampollas; del dermis inflamado se exhala un líquido sero-albuminoso, trasparente, que desprende y levanta de una manera brusca ó gradual la lámina epidérmica, y el dermis, puesto al descubierto, se cubre de una capa delgada de linfa semi-coagulada, que más tarde podrá transformarse en falsa membrana.

La vesicación es producida algunas veces con objeto de simular. En el Hospital Sain-Louis estuvo por espacio de muchos meses una jóven que todas las tardes aplicaba en diversos puntos de su piel pequeños discos de emplasto vesicante, y todas las mañanas en la visita ofrecía ocho ó diez ampollas penfigoides; se la creía afectada de pénfigo, cuando un dia se reconoció sobre una de las ampollas el polvo de cantáridas.

Se concibe que en estos casos el diagnóstico es muy difícil, que es preciso estudiar la marcha, el sitio de la erupción y mirar atentamente las ampollas para tratar de descubrir algunos vestigios de polvo de cantáridas.

La *rupia artificial* es muy rara, y solamente se obtiene aplicando sobre la piel un papel José empapado en aceite de nueces. Despues de seis, ocho ó veinticuatro horas se observa la existencia de una ó muchas ampollas llenas de una serosidad purulenta; despues de la rotura de estas, se nota que el dermis está ulcerado; entonces segrega un líquido que se trasforma en costras muy gruesas.

ERUPCIONES PROVOCADAS PUSTULOSAS.

a. *Erupciones pustulosas flizáceas*, es decir, purulentas de la base al vértice. La mas notable es la producida por el tártaro estibiado en solución ó en pomada. Despues de la aplicación de esta sustancia sobre la piel, se ven aparecer pequeñas pústulas, cuyo volúmen aumenta rápidamente, pero de una manera desigual, pústulas rodeadas de una aureola muy viva, redondeadas y que contienen desde el principio un líquido oscuro, opaco y purulento; se ve ordinariamente en el centro de la pústula una pequeña mancha que se destaca por su coloración mas oscura sobre el tinte general de la vesícula; si entonces se abre ésta observaremos se halla tapizada por una falsa membrana.

Despues de algunos dias de duración, el líquido interior se hace cada vez mas consistente, las pústulas se aplanan y pierden su plenitud; la mancha central aumenta y se deprime, de

donde resulta algunas veces una especie de umbilicacion; despues, ora se rompe la vesícula en su centro y desde entonces existe una ulceracion que mide el diámetro de la pústula; ora el líquido se concreta al contacto del aire y forma una costra negruzca que cubre toda la superficie de la vesícula purulenta.

El tártaro estibiado ataca la misma sustancia del dermis, produce una verdadera ulceracion y pequeñas cicatrices indelebles.

b. *Erupciones psidróceas*, es decir, purulentas en el vértice, duras en la base. El aceite de enebro, el verde arsenical y el ácido nítrico, son los principales agentes que las producen.

1.º *Aceite de enebro*.—Cuando un enfermo se ha dado fricciones durante algun tiempo con el aceite de enebro, se ven aparecer pápulo-pústulas diseminadas ó reunidas en grupos poco confluentes, pero distintos unos de otros; esas pápulas se implantan en la piel por una ancha base papulosa y terminan por un vértice puntiagudo que da salida á un pelo, son duras, sólidas, rojas y están rodeadas de una aureola del mismo color; supuran difícilmente, y cuando la supuracion se ha verificado, está localizada en el vértice.

La afecion tiene evidentemente su asiento en los folículos pilosos y merece el nombre de *sicosis por el enebro* (*sycosis cadique*), con el cual le ha designado M. Bazin.

2.º *Compuestos arsenicales*.—M. Bazin, á beneficio de fricciones con una pomada que contiene 8 gramos de verde de Scheele ó de ioduro de arsénico por 30 gramos de manteca, ha obtenido efectos completamente semejantes á los que se observan en los obreros que manejan los verdes arsenicales: eritemas, pústulas, ulceraciones.

3.º *Acido nítrico*.—M. Bazin ha hecho fricciones con el ácido nítrico diluido en dos veces su peso de agua. A la primera ó segunda friccion, la piel presentaba una rubicundez difusa sembrada por pequeñas elevaciones llenas; á la cuarta friccion, estas pequeñas elevaciones se convierten en pústulas que bien pronto dan lugar á pequeñas ulceraciones que presentan un punto negro en el centro y una zona blanquecina de aspecto pseudo-membranoso en la periferia.

(b) **Afecciones provocadas caracterizadas por lesiones elementales múltiples.**

Erupciones propias de los obreros que manejan los verdes arsenicales.—El eritema constituye el primer grado de la dermatitis arsenical; es difusa y no ofrece ningún carácter especial. Bien pronto se forman en la superficie eritematosa, pápulas, vesículas finas y transparentes, ó pústulas. Esta es la pústula que en último análisis parece traducir la acción de los arsenicales sobre la piel. Estas pústulas que constituyen elevaciones cónicas, rojas en la base y purulentas en el vértice, no tardan en cubrirse de costras verdosas opacas y muy delgadas. Si entonces el obrero cesa en su trabajo, la erupción desaparece, pero si continúa en él, la pústula va seguida de una úlcera redondeada, de bordes tallados á pico, sin desprendimiento, y que miden á veces mas de un centímetro de altura; el fondo es grisáceo ó rojizo ligeramente húmedo, algunas veces indurado como el contorno, y entonces se ha comparado la ulceración á un chancro específico. Las úlceras van acompañadas en general de un dolor mas ó menos vivo.

El Dr. Vernois cree que las úlceras suceden á las picaduras que se hacen los obreros empleados en secar las telas. «La sal arsenical se inocula, la piel se irrita y enrojece, se forma una vesícula, despues recubre la picadura una ancha pústula y ésta sufre *in situ* todas las transformaciones que producen la supuración, y muchas veces la gangrena; bajo ellas se desarrolla una ulceración profunda y dolorosa, tanto mas lenta en cicatrizar cuanto que la inoculación se renueva cada dia.» M. Bazin no admite la opinion exclusiva de M. Vernois, y cree que las úlceras no proceden siempre de una escoriación ó de una herida; por otra parte, ha podido obtener ulceraciones dando fricciones con el verde de Scheele en partes que no presentaban ninguna solución de continuidad.

Sitio.—Como la mayor parte de las erupciones provocadas, las erupciones producidas por los verdes arsenicales están localizadas en las partes descubiertas, allí donde el agente tóxico puede depositarse; se las observa en las extremidades de los dedos y en su base en las flexuras de los brazos, en los antebrazos, alrededor de los labios y de las alas de la nariz, en la frente, detrás de las orejas y en la region cervical. El escroto y la parte interna de los muslos son casi siempre atacados en los hombres, y se explica fácilmente el asiento de la lesion en estos puntos por

los incesantes contactos que exige la necesidad de la miccion. La lesion se presenta aquí bajo la forma de anchas pápulas húmedas y secretantes, verdaderas placas mucosas como las ha llamado M. Pietra-Santa. Algunas veces ocupan las úlceras la extremidad de los dedos, pero las mas se fijan en la raiz de los mismos.

Diagnóstico.—Se encuentran reunidos todos los caracteres pertenecientes á las erupciones artificiales: asiento en las partes descubiertas, multiplicidad de los elementos, diseminacion, etc. Pero los eritemas, pápulas, vesículas y pústulas, no presentan ningun carácter particular; la úlcera únicamente es tipo y no podria ser confundida mas que con la úlcera específica; pero si se tiene en cuenta la profesion, el asiento de la úlcera, el hecho de que el chancro arsenical indurado no ofrece jamás esa resistencia elástica, apergaminada, tan notable en el chancro específico, se podrá siempre hacer un diagnóstico exacto.

Tratamiento.—Los accidentes desaparecen espontáneamente desde que los enfermos se han sustraído á la causa provocatriz; algunos baños de almidon y las curas con el cerato simple ó el de saturno, bastan para obtener la curacion. M. de Pietra-Santa se ha servido constantemente con éxito de las lociones de las partes enfermas con agua salada, espolvoreando estas inmediatamente con calomelanos.

Erupciones propias de los obreros que trabajan la caña de Provenza.—La caña de Provenza es completamente inofensiva, y no adquiere sus propiedades irritantes y tóxicas mas que por el desarrollo en su superficie de un polvo blanco formado al parecer por una criptógama parásita producto de fermentacion, que vive en los lugares húmedos, mal aireados y sobre las cañas mas ó menos alteradas y viejas.

Este polvo irrita todo lo que toca.

La afeccion se anuncia en su principio por malestar, cefalalgia, estornudos, rubicundez de los párpados y comezon en todo el cuerpo; entonces se enardece la fiebre y aparecen manchas eritematosas en la parte superior del tronco, en la cara interna de los muslos y en los órganos sexuales; estas manchas se cubren de vésico-pústulas. Hacia el segundo dia, dice M. Maurin, la erupcion se localiza en los bolsas, que están tumefactas, rutilantes, despojadas de epidermis, exulceradas, en una palabra, y mas tarde se recubren de una costra única, morena y arrugada. M. Miguel ha comprobado un caso de muerte á consecuencia de gangrena de las partes genitales.

El contacto del moho con las diversas mucosas, desarrolla en ellas accidentes análogos: conjuntivitis, coriza, estomatitis, angina, laringitis.

Pasados dos ó tres dias, todos los síntomas precedentes disminuyen de intensidad: la rubicundez palidece, las pústulas se aplanan y se cubren de costras, y hácia el noveno ó décimo dia todo ha desaparecido.

Tratamiento.—Los baños templados simples ó con agua de salvado; un linimento alcanforado de oliva virgen, adiccionado con uno ó dos granos de láudano; un vomitivo y purgantes cuando el tubo intestinal está afectado, tal es el tratamiento.

Se precaverá la afeccion teniendo cuidado de mojar las cañas para hacer así adherente el polvo tóxico.

Afecciones de los obreros ocupados en machacar naranjas amargas.—A M. Imbert-Gourbeyre debemos el conocimiento de este punto.

Los obreros están ocupados en machacar naranjas chinas (obrerros machacadores); comienzan por incindir las con un cuchillo, y el jugo que se escurre de la naranjita se extiende por las manos, las que á su vez pueden trasportarlo á otras partes del cuerpo: de aquí accidentes cutáneos locales. Además, la esencia que se desprende incesantemente de las naranjas chinas (mandarinas), vicia la atmósfera de las habitaciones y se convierte en causa de síntomas generales mas ó menos graves. Los accidentes observados por M. Imbert-Gourbeyre, han sido de dos especies: trastornos funcionales nerviosos, que consisten en cefalalgia, vértigos, neuralgias diversas, convulsiones epileptiformes ú otros, parciales ó generales, calambres, agitacion, etc., etc.; del lado de la piel, lesiones de diversos órdenes; eritemas dolorosos con tumefaccion, erupciones vesiculosas y pustulosas con escozor y prurito intensos. Estas lesiones, ordinariamente localizadas en los miembros superiores y en la cara, y especialmente en la mano izquierda que tiene la naranjita en el momento de incindir la, pueden ser encontradas en todas las regiones; son notables por su persistencia indefinida en ciertos casos y por los sufrimientos á veces intolerables que molestan á los enfermos.

Erupciones propias de los pintores, tintoreros, molenderos de colores (minium, cromato de plomo, etc.).—Las sustancias de que se sirven estos artesanos casi todas tienen una accion irritante, tales son: el plomo, el arsénico, el cobre, el hierro, el mercurio, etc., que proporcionan las materias colorantes empleadas por los pintores; la esencia de trementina, que sirve para diluir

los colores; muchos ácidos y las sales empleadas como mordientes, etc. De esta multiplicidad de sustancias que manejan, resultan erupciones elementales múltiples: eritemas, pápulas, vesículas, pústulas, escamas.

Los pintores, los molenderos de colores, los tintoreros son los mas frecuentemente atacados, y sus afecciones ocupan las manos y los antebrazos; las manos están habitualmente rojas, hinchadas, resquebrajadas y hendidas.

Erupciones propias de los obreros empleados en las fábricas de productos químicos y farmacéuticos.—Cierta número de productos químicos y farmacéuticos pueden determinar en los obreros que los preparan, accidentes de diverso orden y, particularmente, erupciones cutáneas. No podemos indicar todas las sustancias dotadas de propiedades irritantes, solamente señalaremos las principales.

M. Chevalier ha demostrado que los obreros que trabajan el sulfato de quinina eran atacados de accidentes cutáneos especiales.

M. Bazin ha comprobado las aseercciones emitidas por monsieur Chevallier y ha resumido en estos términos el trabajo de este médico:

1.º Estos accidentes, muy raros en Inglaterra, muy comunes por el contrario en Alemania, y sobre todo en Francia, atacan casi exclusivamente: *a.* á los obreros que hierven las cortezas; *b.* á los que convierten la quinina en sulfato y á los que ponen en frascos el sulfato.

2.º Los mismos accidentes han sido observados á veces en las personas que no hacian mas que habitar en las fábricas sin tomar ninguna parte en los trabajos.

3.º Consisten especialmente en erupciones cutáneas sobre la naturaleza de las cuales parecen estar de acuerdo todos los fabricantes; estas son rubicundeces, vesículas y pústulas que, localizadas en las manos, los antebrazos, la cara y las partes genitales, pueden en ciertos casos generalizarse á toda la superficie del cuerpo; se observa una comezon intensa.

4.º La erupcion cutánea dura quince dias, un mes y aun mas; un obrero estuvo seis meses imposibilitado de trabajar.

5.º La erupcion cutánea es debida á un principio emanado de la quina, y de ningun modo como se ha pretendido, á la penetracion en el tejido de la piel, de pequeñas astillas de quinina, puesto que ataca á los que hierven las cortezas, á los sulfatadores y tambien á las personas que simplemente frecuentan

las fábricas ó trabajan en sus alrededores. Es verdad, que las astillas de las cortezas, pueden causar irritaciones cutáneas, pero de ninguna manera se parecen estas á la erupcion producida por las emanaciones quínicas.

La preparacion de ciertos extractos, y particularmente del de dulcamara, puede determinar algunas veces en la cara, los miembros y las partes genitales, accidentes que consisten en rubicundeces, tumefaccion, etc.

La mayor parte de las plantas de la familia de las euforbiáceas, sobre todo el croton-tiglio y el *euphorbia latyris*, gozan de propiedades extremadamente irritantes, y los que las manejan deben, para preservarse de su accion, usar las mayores precauciones. El euforbio es un violento estornutatorio; cuando está en polvo fino puede difundirse en el aire á grandes distancias y producir el efecto ptármico; obra al mismo tiempo sobre la piel y provoca en ella una rubicundez hinchazon dolorosa y una erupcion de vesículas muy parecidas á las del eczema. El croton-tiglium posee propiedades análogas.

Añadamos, por último, que si un individuo se duerme á la sombra del *rhus radicans* y del *rhus toxicodendrum*, su cuerpo se cubre casi inmediatamente de un exantema vesiculoso con enorme hinchazon, y al mismo tiempo se declaran síntomas generales que afectan la forma de un verdadero envenenamiento agudo cuya violencia puede producir la muerte en un tiempo muy corto.

Enfermedad del gusano ó enfermedad del lavado. Erupciones de las hilanderas de capullos.—Se designa con el nombre de enfermedad de los gusanos, una erupcion vesico-pustulosa que se presenta en las hiladoras de capullos de gusanos de seda. El primero que ha descrito esta curiosa afeccion es el Dr. Potton, de Lion.

Para darse cuenta, dice M. Potton, de la causa y del modo de desarrollarse la enfermedad, es necesario saber que las obreras están sentadas cerca de una vasija llena de agua caliente, donde desarrollan y reúnen los hilos precedentes de los copos remojados y reblandecidos que flotan sobre el líquido. Hay dos clases de accidentes: unos son ligeros, sin importancia y debidos al contacto del agua caliente; el epidermis se reblandece, se macera, algunas veces es levantado por serosidad, se observan tambien fisuras, grietas y pequeños abscesos alrededor de la uña. Estas lesiones se curan fácilmente.

Los accidentes de la enfermedad del gusano, propiamente

dicha, se observan en las grandes fábricas de hilados surtidas de capullos antiguos; después de ocho días de trabajo se presentan en la raíz de los dedos y en los espacios interdigitales; entonces se ve aparecer una rubicundez eritematosa, sobre la cual se forman vesículas redondeadas. Estos fenómenos van acompañados de comezon y de un dolor agudo; entonces pueden suceder dos cosas: ó las vesículas se rompen, la rubicundez se extingue y todo vuelve al orden; ó la afeccion aumenta, las vesículas se trasforman en pústulas y en sus intervalos se forman de repente otras pústulas voluminosas. Entonces, el dolor es agudo, los movimientos son imposibles, sobre todo en el sentido de la flexion, las pústulas se rompen y dejan al descubierto superficies ulceradas y tumefactas; sin embargo, dice M. Pottou, todo el dolor cesa bruscamente y las hilanderas pueden, desde entonces, volver á su trabajo sin inconveniente.

La duracion total de los accidentes, es de quince á diez y ocho dias.

M. Potton ha observado algunas veces la inflamacion del tejido celular subcutáneo y de los vasos y gánglios linfáticos; pequeños flemones circunscritos bajo las pústulas: entonces existe una reaccion local y general muy intensa, pero desde que las pústulas se resquebrajan desaparece todo el eretismo.

Esta afeccion no ataca á las obreras mas que una vez, y les confiere, por decirlo así, una inmunidad.

M. Potton atribuye esta afeccion á una descomposicion del gusano, que se verifica lentamente en el interior del capullo. Se ha ensayado prevenirla, sin éxito, con variados medios: se ha aconsejado dejar trabajar á las obreras hasta la aparicion de las pústulas, y, entonces, no emplear ni los emolientes, ni los anti-flogísticos, ineficaces para estos casos como para todas las inflamaciones específicas, sino los cocimientos de plantas aromáticas, de hojas de nogal, de zarzas y de corteza de roble, las soluciones de alumbre y de sulfato de hierro. Si existen abscesos es preciso abrirles y cauterizar las superficies denudadas con nitrato argéntico.

Los *ebanistas*, los *grabadores* y los *albañiles* están expuestos á afecciones vesiculosas y pápulo-escamosas, producidas por el contacto de las sustancias irritantes que emplean; cal, barniz, cemento romano, etc.

Los hilanderos de lana, envueltos sin cesar en polvos irritantes y dañosos, presentan forúnculos, erisipelas, y algunas veces todas las formas de la dermatitis.

Muchas veces existen grietas en la piel de las manos de los obreros en *nacar*; son debidas al polvo ténue y abundante que se escapa de la concha que se sierra.

Los *curtidores*, los *zurRADORES*, los *que trabajan en crines*, los *manguiteros*, los *mercáderes de pieles de conejo*, etc., todos los obreros que manejan de continuo las pieles ó los pelos de animales muertos, ofrecen muchas veces erupciones pustulosas y ectimáticas en la superficie de los dedos.

Los *herrerros*, los *vidrieros*, los *pasteleros*, etc., expuestos constantemente á un calor intenso, presentan lesiones cutáneas en las manos y en la cara. El tejido de la piel se vasculariza, pierde su brillo y su flexibilidad, se observa el eritema y mas tarde la exageracion de la secrecion epidérmica, sequedad, grietas que se hacen mayores con los movimientos de los dedos, grietas cuyos bordes son duros y el fondo sanguinolento. Modificada la piel, de este modo no vuelve á sus condiciones fisiológicas sino con extrema dificultad.

2.º AFECCIONES PROVOCADAS PARASITARIAS.

Se designa con el nombre de *parásito* un ser vegetal ó animal que fijo en otro extrae de él exclusivamente los elementos de su nutricion.

Existen *parásitos vegetales* y *parásitos animales*.

La afeccion cutánea parasitaria es una afeccion producida directamente por el parásito mismo—surco acariano—ó sintomática de una enfermedad parasitaria.

Ahora bien, la enfermedad parasitaria es un estado particular y accidental del organismo que se desarrolla á consecuencia de la presencia de un parásito, y se manifiesta por un conjunto de síntomas, de lesiones y de afecciones.

La enfermedad no puede desarrollarse sin el concurso de la causa determinante, el parásito, y una causa interna: la aptitud morbosa. M. Bazin ha tenido ocasion de observar un sugeto en el cual la piel de las manos estaba cubierta de surcos y de ácarus, pero que no presentaba la más mínima erupcion; en este caso habia defecto de aptitud, el sugeto no presentaba la sarna, aunque sus condiciones fuesen terreno abonado muy favorable al desenvolvimiento de los parásitos.

(A) **Afecciones cutáneas producidas por los parásitos vegetales.**

Los parásitos vegetales tienen una preferencia marcada por los pelos y las uñas: *vegetales trichophyticos y onychophyticos*; ó viven mejor á expensas del epidermis: *vegetales epidermophyticos*: ó, en fin, ocupan principalmente las superficies epiteliales, *vegetales epitheliophyticos*.

1.º Vegetales trichophyticos y onychophyticos.

Estos vegetales se desarrollan algunas veces sobre el epidermis, pero tienen por sitio de predilección los pelos y las uñas. M. Bazin da el nombre de tiñas á las afecciones cutáneas que determinan.

Existen tres especies de tiñas, que son: la tiña favosa, debida al *achorion Schœnleinii*; la tiña tonsurante, debida al *trichophyton tonsurans*; la tiña pelada, debida al *microsporon Audouini*.

1.º FAVUS, TIÑA FAVOSA.

Definicion.—Se designa con el nombre de favus una tiña, es decir, una afección cutánea debida á la existencia del *achorion Schœnleinii* sobre los pelos, las uñas y el epidermis, caracterizada por costras amarillentas y mas ó menos gruesas, secas, ásperas, de un olor *sui generis*, ora dispuestas de una manera irregular, ora por el contrario, deprimidas artísticamente en forma de copas ó dedales; esta tiña produce la decoloración de los cabellos y la alopecia, y es trasmisible de un individuo á otro.

M. Bazin admite tres variedades de forma: el *favus urceolaris*, el *favus scutiformis* y el *favus squarrosus*.

§ 1.º Tiña favosa urceolaris.

Puede ocupar todos los puntos del cuerpo donde hay pelos, mientras que el *favus scutiformis* ó el *squarrosus* ocupan exclusivamente el cuero cabelludo.

Al principio, solamente experimenta el enfermo comezon al nivel de las superficies que deben estar cubiertas de costras, y bien pronto aparecen rubicundeces que se observan mas fácilmente en el tronco que en el cuero cabelludo cubierto de una espesa cabellera, pero cuya existencia en esta última region no es

menos incontestable.—Estas rubicundeces se presentan bajo la forma de pequeños anillos uniformes, muy parecidos á los círculos herpéticos, pero mas pequeños que los menores de estos últimos y sin alcanzar nunca las dimensiones de una moneda de dos reales.

Entonces, y antes que el hongo sea visible, nace una erupcion pustulosa, discreta, en las superficies eritematosas, y las pústulas indican en general los puntos precisos en que aparecerán los botones favosos. Algunas veces existen todavía las pústulas cuando aparece el hongo; por esta simultaneidad de existencia entre el favus y las pústulas, cuyo líquido se deseca, es por lo que los observadores un poco superficiales han podido sostener que el favus estaba constituido por pus desecado.

Se observa que los pelos han sufrido simultáneamente alteraciones en sus propiedades físicas: han perdido su brillo, se han deslustrado, han cambiado de color y no ofrecen el mismo grado de resistencia si se les quiere arrancar. Estas alteraciones son debidas evidentemente á la existencia del achorion sobre el boton y la raiz del cabello. El hongo forma entonces un obstáculo á la escrescion de la materia sebácea encargada de lubricar el pelo, y de aquí el aspecto seco y deslustrado de este último.

El hongo sale en seguida al exterior, y entonces comienza el segundo período de la enfermedad. Si se examina con la vista solo la naciente criptógama, se la distingue bajo la forma de un punto amarillento, apenas perceptible y que ofrece sin embargo una depresion central atravesada por un pelo. Por medio de la lente se puede sorprender su desarrollo antes de veinticuatro horas: «se vé, dice M. Bazin, ora una pequeña elevacion epidérmica en el punto en que el pelo sale de la piel, ora un pequeño punto amarillo sub-epidérmico y lateral, ó bien dos ó tres concresciones del mismo color, aisladas, separadas de la base del pelo, y que al dia siguiente no forman ya mas que una sola, escabada por una depresion cónica y atravesada por el pelo.»

Así se forma el boton caliciforme que á partir de este momento no cesa de aumentar; su diámetro vertical aumenta de un cuarto de línea á media en veinticuatro horas, y á medida que se eleva, la depresion central se hace mas notable; la costra favosa puede adquirir de esta manera hasta centímetro y medio de altura.

El boton fávico caliciforme está atravesado exactamente en su centro por un pelo. Tan pronto la cara interna de la cúpula es perfectamente lisa, tan pronto es rugosa, desigual y ofrece una

série de relieves circulares concéntricos. Estas diferentes capas, cada vez mas raras, tienen un color amarillo tanto mas oscuro cuanto mas recientes son; las mas antiguas que ocupan el centro son casi blancas. La última de estas capas, la que forma el borde de la cúpula levanta algunas veces fuertemente el epidermis y pasa algunos milímetros del nivel de la piel vecina. El boton puede adquirir así, sin deformarse, una anchura de mas de dos centímetros.

Hasta entonces ha permanecido engastado entre dos láminas epidérmicas, pero bien pronto el hongo desgarrá la membrana superficial á algunos milímetros del punto en que la costra ha sido atravesada por el pelo, algunas veces al nivel de la circunferencia de la cúpula. A partir de este momento, el hongo se desarrolla libremente y no ofrece ya una forma regular en su crecimiento. Entonces los botones se deforman, se desconocen y son reemplazados por anchas costras mas ó menos salientes y desiguales, que exhalan un olor repugnante parecido al olor de los ratones, del orin de gato ó de materias animales en descomposicion, olor completamente distinto al del usagre ó del impétigo.

Sin embargo, el pelo se ha alterado mas todavia: los cabellos parecen cada vez mas atrofiados, presentan un diámetro variable en los diversos puntos de su tallo, están marchitados, descoloridos, ó de un color deslustrado, gris ratonado ó ceniciento, se arrancan por la influencia de la más ligera traccion, ó se rompen espontáneamente al nivel de las costras.

Si el enfermo, cediendo á la comezon que experimenta se rasca, puede sobrevenir una trasudacion sanguínea que dé un aspecto moreno á las costras favosas; ó á consecuencia de la irritacion que se produce al rascarse, nacen pústulas y costras impetiginosas que, mezclándose á las costras favosas, enmascaran los caracteres de estas últimas y hacen el diagnóstico difícil.

El impétigo puede, por otra parte, nacer bajo la influencia simultánea de otros parásitos, del piojo, por ejemplo, ó porque el favus haya despertado una predisposicion morbosa latente y haya provocado la aparicion de manifestaciones escrofulosas.

Es mas raro que la inflamacion producida por el parásito se estienda mas profundamente y ataque el tejido celular subcutáneo; entonces pueden formarse verdaderos abscesos en diferentes puntos del cuero cabelludo, abscesos ordinariamente circunscritos, de número y volúmen variable y que en ciertas circunstancias, por otra parte raras, destruyen todas las partes blandas pericraneanas, y llegan hasta la superficie huesosa desnuda; con

mas frecuencia se encuentran angioleucitis y adenitis que ocupan las regiones sub-maxilar y parotídea.

Despues de un tiempo variable de algunos meses ó muchos años, el favus urceolar se extiende desde el cuero cabelludo á otras regiones del cuerpo, á la cara, al tronco, á los miembros, siendo precedido muchas veces en su desarrollo por círculos herpéticos de un pequenísimó diámetro. Ordinariamente tiene lugar la propagacion de la enfermedad por vía de inoculacion.

El tiñoso que rasca con la uña una parte cubierta del favus, puede, al rascarse en otra parte sana de la piel, insertar bajo el epidermis algunas porciones de materia favosa. Tambien es muy raro encontrar enfermos que tengan desde largo tiempo la tiña favosa, en los cuales no se encuentre alteracion de las uñas; porque el hongo introducido bajo la uña ocupa un terreno muy apto á su desarrollo. Está entre dos láminas epidérmicas, de las cuales la superficial es muy dura y gruesa. Se encuentra, pues, en condiciones favorables á la germinacion. No obstante, el favus urceolar puede aparecer desde el principio en todas las regiones, especialmente en los brazos, en las piernas y en las partes sexuales, y ya Mahon habia hecho notar que el favus de la uña es algunas veces primitivo.

La enfermedad llega al tercer período despues de un tiempo muy variable que no se podria precisar de ninguna manera; los cabellos se caen para no volver á aparecer mas, y los folicúlos se obliteran; al mismo tiempo las costras favosas se desprenden y dejan al descubierto superficies rojas, deprimidas, que poco á poco se trasforman en verdaderas cicatrices.

M. Bazin da de estos hechos la explicacion siguiente: El parásito, en su marcha invasora, ataca rápidamente la parte mas profunda del foliculo, donde encuentra la papila, elemento generador; al principio se limita á desnaturalizar, á trasformar en su propia sustancia los productos segregados, de aquí resultan esas alteraciones tan notables de los pelos señaladas mas arriba.

Hasta entonces no hay pérdida irremediable de los cabellos. Pero al cabo de cierto tiempo, el mismo órgano secretor se altera, no sufriendo impunemente la presencia de la materia parasitaria. La papila se hace, pues, el sitio de una irritacion latente, se atrofia, esta alteracion hace progresos incesantes y llega un dia en que ya no segrega los elementos formadores del pelo; entonces se cae este último, y no pudiendo reproducirse queda una calvicie definitiva. Entonces tambien el foliculo piloso no tiene razon

de ser; sus paredes se aproximan y no tardan en llegar á ponerse en contacto.

Algunas veces no se destruye la papila pilosa, pero á consecuencia de una alteracion especial segrega células epidérmicas en vez de células pigmentarias. En este caso no hay obliteracion del folículo, éste deja paso á las células epidérmicas como lo hacia con el pelo.

En fin, otras veces, despues de la desaparicion del parásito y de la obliteracion incompleta del folículo, la papila puede segregar todavía los elementos del pelo, y, como lo ha hecho notar M. Cazenave, se ven restos de cabellos que se arrastran y parecen aprisionados bajo el epidermis.

Cuando la secrecion pilosa se ha suspendido en el bulbo papilar, el hongo, no encontrando los elementos necesarios á su subsistencia, no tardà en morir, desaparece de la superficie de la piel y deja al descubierto las cicatrices ya formadas, sobre las cuales no se le halla jamás.

Las superficies despojadas de cabellos se presentan bajo la forma de placas blancas, donde los bulbos pilosos y todo el pigmento han sido absorbidos por el hongo fávico, y donde la piel es lisa, tensa, reluciente y extremadamente adelgazada. En el tercer período, las funciones digestivas se trastornan, el enfermo se hace anémico, cae en el marasmo, y la muerte viene á poner término á una tan triste existencia. Pero, sin embargo, estos hechos son del dominio de la historia, y semejantes accidentes no son de temer desde que M. Bazin ha puesto en uso y hecho conocer un método de tratamiento siempre eficaz.

§ 2.º TIÑA FAVOSA SCUTIFORMIS, FAVUS EN ESCUDO,
FAVUS NUMMULAR.

En el primer período, el eritema precursor afecta una forma mas regularmente circular, y se presenta bajo el aspecto de placas redondeadas, muy largas, muy salientes y muy rojas, sitio de una hipersecrecion epidérmica abundante; los pelos están rodeados en su base de escamas epidérmicas blanquecinas que le forman una vaina adherente de un aspecto engomado, de aquí cierta analogía con la tiña tonsurante llegada á su segundo período ó aun con la pitiriasis del cuero cabelludo.

Aparecen muy pronto pequeños puntos amarillos, pequeños botones caliciformes que, separados al principio, se reunen, se

aglomeran y deforman mutuamente antes que el parásito sea visible en la superficie de la piel.

Entonces, la enfermedad ha llegado á su segundo período; á consecuencia de la reunion de pequeñas costras amarillas parciales solamente queda una que, atravesada por los cabellos, cubre completamente la superficie afectada; es circular, desigual, abollada, saliente, algunas veces está levantada por sus bordes, y exhala el mismo olor que las costras del favus urceolar.

Ordinariamente existen muchas placas en la misma region, las cuales se reunen para no formar mas que una ancha superficie que ocupa la mayor parte y algunas veces tambien la totalidad del cuero cabelludo.

Muchas veces queda en la frente y la parte inferior de la region occipital una corona de cabellos respetados por el parásito.

La alteracion de los pelos es menos pronunciada que en el período correspondiente del favus urceolar, y la alopecia llega mas tarde.

El tercer período no presenta ninguna particularidad; en una época avanzada de su existencia, la tiña scutiformis puede tambien extenderse del cuero cabelludo á otras regiones del cuerpo; pero entonces desaparece la forma de escudo y se presenta la forma urceolar.

§ 3.º TIÑA FAVOSA SQUARROSA, PÓRRIGO SQUARROSA.

Los autores no han admitido esta variedad del favus y la han confundido, unos con el favus scutiforme y otros con el impétigo granulata.

El pórigo squarrosa no existe mas que en el cuero cabelludo, y empieza por grupos en los que no se observa ninguna señal de la forma urceolar aunque puede ser esta, sin embargo, su forma primitiva.

La materia fávica parece desenvolverse mas particularmente en el tallo de los pelos, á los cuales forma, en cierta extension, vainas que se reunen y se adhieren con fuerza unas á otras. De aquí esas elevaciones anfractuosas, algunas veces considerables, que erizan el cuero cabelludo, especies de montecillos muy parecidos á los de una carta geográfica en relieve que representase una region montañosa, como por ejemplo, el suelo de Ardeche. La membrana epidérmica del pelo no queda en su lugar, como en las variedades precedentes, sino que separada por la presion del parásito, se desliza sobre la raiz y el tallo, formando así á este

último, con la túnica interna de la cápsula, una verdadera vaina en la extension de uno á muchos centímetros. La criptógama está entonces en relacion inmediata con el pelo.

Los demás síntomas no difieren de los de las otras dos variedades precedentes.

Ya hemos dicho que los botones fávicos caliciformes podian observarse en todas partes donde hay pelos, tambien se han visto en el glande que presenta pequeños pelos.

En el tronco y los miembros, la erupcion se presenta bajo la forma de anillos eritematosos notables por su uniformidad y pequeño diámetro.

Cuando la materia favosa se introduce bajo la uña, encuentra en las células blandas del epidermis un terreno favorable á su desenvolvimiento. Entonces, la lámina córnea de la uña se engruesa; deja ver por su transparencia una materia sucia y morena, y entonces la uña se pone amarilla y se marchita; las estrías longitudinales se distinguen muy bien y parecen separarse unas de otras; muchas veces se observan en diversos puntos, hinchazones, nudosidades, tuberosidades y un adelgazamiento cada vez mas marcado, como si la uña se gastase gradualmente por el hongo sub-yacente; por último, se verifica la perforacion de la uña.

Complicaciones.—El favus puede ser complicado por otra tiña, por parásitos animales (piojos) ó por erupciones constitucionales herpéticas, escrofulosas, etc.

Duracion y terminacion.—Si se abandona el favus á los solos esfuerzos de la naturaleza, se prolonga indefinidamente hasta la destruccion completa de la cabellera. En una vigésima parte de los casos sobrevienen los síntomas de la caquexia parasitaria y aun la muerte; aunque excepcionalmente, la curacion espontánea suele verificarse.

Etiologia y patogenia. Causas predisponentes.—El favus se observa principalmente en la infancia y con mas frecuencia en los jóvenes que en el sexo opuesto, sin duda porque los primeros, luchando cuerpo á cuerpo y cambiando de casquetes ó de gorras, etc., se trasmiten mas fácilmente el hongo unos á otros. La constitucion tiene poca importancia; si algunos tiñosos son débiles y pálidos, otros son fuertes y robustos.

El favus es mas bien la tiña de los pobres, mientras veremos que las tiñas tonsurante y pelada no se encuentran con mas frecuencia en estos últimos que en los ricos.

En fin, la escrófula es su predisposicion ordinaria.

Causas determinantes.—No hay mas que una causa determinante: la existencia del parásito en las partes velludas; ahora bien, el achorion se trasmite al niño por el aire, por el contacto mediato, por el contacto inmediato, y, en fin, por la inoculación.

Se han opuesto mucho contra el primer modo de trasmision (por el aire); pero dice M. Bazin: «¿es, pues, tan absurdo ó tan difícil admitir que uno de los numerosos esporos que cubren la cabeza del tiñoso pueda ser importado por el aire y depositado en la cabeza de un compañero ó de un camarada?»

En 1850, M. Cazenave escribía que las tentativas de inoculación habian quedado estériles; pero despues, M. Deffis, que durante mas de diez años ha dirigido el tratamiento de la tiña en el hospital de Saint-Louis, ha inoculado tres veces el favus y ha obtenido, en dos casos, el favus epidérmico y en un caso un boton caliciforme muy bien formado y atravesado en el centro por un pelo.

No se obtiene siempre un boton fávico caliciforme á beneficio de la inoculación, porque sería necesario para esto atacar con la punta de la lanceta el canal pilífero y depositar en él uno ó muchos esporos, y esto no es fácil.

Anatomía patológica. Descripción del parásito y de las alteraciones de los pelos.—Si se examina al microscopio, con un aumento de 200 á 300 diámetros, un fragmento de costra favosa diluida en un poco de ácido acético, se observa la existencia de esporulos, de tubos vacíos, *mycelium*, y de tubos cargados de esporulos, *sporidios*. Algunos esporulos son á veces muy pequeños y apenas se distinguen de las granulaciones; otros ovoideos ó triangulares y como estrangulados, separados ó reducidos por sus extremos en forma de rosario, tienen 0,007 á 0,008 de milímetro de diámetro, y parecen cubiertos por dos envolturas.

Los tubos son flexuosos, simples ó ramificados, vacíos ó cargados de esporos ó de gránulos, están pegados unos á otros, forman tallos mas ó menos largos y algunas veces como articulados.

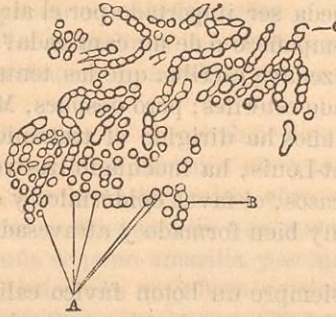
El alcohol, el éter y el cloroformo, no disuelven las costras favosas pero sí la materia sebácea (especialmente el cloroformo). El amoniaco blanquea un poco el favus y disuelve el pus líquido ó concretado.

En fin, si se examina al microscopio un cabello alterado, descolorido y quebradizo, se observa: que las dos sustancias, cortical y medular son menos distintas que en el estado normal; que las fibras longitudinales son mas gruesas, están separadas y

como trasformadas en tubos, y en medio de ellas existen esporos y tubos que parecen salir del espesor del cabello. Algunas veces desaparece la cápsula y solo se encuentran pedazos de ella.

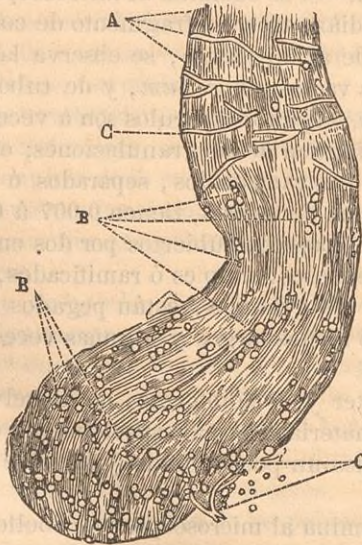
Las alteraciones de los pelos son primitivas y existen antes de toda manifestacion exterior del hongo.

Esporos, esporulos, esporidios.



A. Espórulos separados.
 B. Espórulos reunidos.
 C. Tubo esporulario.

Cabello alterado por el achorion Schænleinii.



A. Extremidad superior del cabello.
 B. Espórulos aislados en el cabello.
 C. Filamentos tubulosos.

Diagnóstico.—El diagnóstico del favus no es tan simple ni tan fácil como pudiera creerse; existe un gran número de casos en los que el médico mas ejercitado duda y tiene necesidad de un exámen profundo y multiplicado.

Resumamos, pues, los caracteres propios del favus, é indiquemos aquellos que le distinguan de otras afecciones que se le pueden asemejar.

1.º *Caratères del favus.*—Cuando el favus está caracterizado por costras secas, de fractura pulverulenta, adherentes, de un color amarillo pálido y de un olor de ratones ó de pantano; cuando, por otra parte, los cabellos están deslustrados, marchitos, secos, y ofrecen un color gris ceniciento que difiere del de los cabellos que les rodean; cuando están ensortijados, bifurcados, lanosos; cuando la mas pequeña traccion basta para arrancarles y falta en ellos la cápsula, entonces es difícil desconocer esta afeccion.

Cuando se han caido las costras ó han sido levantadas, todavía existen signos capaces de hacer conocer el favus. Entonces se encuentran en el sitio ocupado por las costras superficies rojas, deprimidas, circunscritas, al nivel de las cuales, aunque el dermis parece estar desnudo, se halla cubierto por una delgada lámina epitelial. Las rubicundeces se extinguen poco á poco, las depresiones se borran y cada vez se manifiesta más el aspecto cicatricial. Sin embargo, si las papilas pilosas no están completamente destruidas, aparecen otros cabellos y se forman nuevas costras.

Algunas veces es difícil el diagnóstico, porque los padres, antes de llevar el niño enfermo al médico, han limpiado toda la cabeza y separado las costras, de modo que no queda ningun signo de la erupcion; ó por el contrario, han hecho uso de sustancias irritantes que han determinado erupciones artificiales impetiginosas, las cuales, combinadas con la erupcion favosa la enmascaran mas ó menos completamente.

En los dos casos, es necesario detenerse antes de diagnosticar, y recomendar á los padres se abstengan de toda limpieza y de todo tópico durante ocho ó quince dias, y despues traer sus niños nuevamente. Se podría, no obstante, practicar la avulsion de algunos pelos y recurrir al microscopio si fuera necesario formar un juicio *in actu*.

Tambien debemos investigar con cuidado si existen dos especies de tiñas.

2.º *Diagnóstico diferencial.*—El favus puede confundirse con

ciertas afecciones constitucionales, designadas con el nombre de pseudo-tiñas á causa de sus analogías con las tiñas verdaderas.

Estas pseudo-tiñas son húmedas, escamosas ó sebáceas.

Las pseudo-tiñas húmedas corresponden á las escrofulídes benignas exudativas (ó primer período de la escrófula) y comprenden: el eczema, el eczema impetiginoso y el impétigo; pero en estas diversas erupciones, las costras son morenas y mas húmedas, y ofrecen un color análogo al de la mermelada de albaricoques un poco cocida, presentando además un aspecto reluciente como si estuviesen cubiertas de una capa de barniz. Simultáneamente existe una trasudacion eczematosa detrás del pabellon de la oreja. En fin, los cabellos están aglutinados, no ofrecen ninguna alteracion, resisten á la traccion de la pinza, y cuando ceden no presentan vulvos mas voluminosos que los de los cabellos normales.

Si se han caido las costras, todavía es fácil la distincion entre las pseudo-tiñas y la tiña verdadera.

En este momento, es cierto, las dos afecciones están caracterizadas por rubicundez solamente; pero en la pseudo-tiña, esta rubicundez es superficial, difusa, y ocupa espacios mas ó menos irregulares y extensos; en el favus, por el contrario, la rubicundez es mas oscura, las superficies están bien limitadas, son ordinariamente ovales, muy deprimidas y cubiertas de una lámina epidérmica sumamente ténue que deja ver los vasos del dermis inyectados.

Las pseudo-tiñas escamosas ó furfuráceas comprenden la psoriasis y algunas veces la pitiriasis, ó la pseudo-pitiriasis del cuero cabelludo. Casi no se pueden confundir mas que con el favus en círculo (*pórrigo scutulata*). Pero en las pseudo-tiñas, las costras son menos gruesas y por consiguiente menos salientes; tienen un color mas blanco, un aspecto mas laminoso, una forma menos regularmente circular; se adhieren menos á la piel y á los cabellos y por este carácter se distingue con claridad de las vainas gomosas que vemos tan frecuentemente rodear los pelos en el favus en escudos. En el mayor número de casos, la erupcion constitucional no está limitada al cuero cabelludo.

Por último, los cabellos no parecen tan alterados y la calvicie no se hace temer tanto como en el favus scutiforme.

Respecto á la pseudo-tiña sebácea, se distingue mas difícilmente de la tiña favosa que las afecciones precedentes. La alopecia es un carácter comun á la afeccion parasitaria y á la afeccion constitucional; no obstante, está lejos de seguir la misma marcha

en los dos casos. Cuando el sujeto es atacado de la pseudo-tiña sebácea, los cabellos caen de una manera irregular y en diferentes puntos de la cabeza á la vez; antes de su caída, no han sufrido ninguna alteracion apreciable en sus caractéres físicos y, mas tarde, las superficies denudadas no afectan un aspecto cicatricial. Sabemos que en el favus sucede todo lo contrario. Por otra parte, los caractéres de las costras ofrecen habitualmente, en uno y otro caso, diferencias perfectamente distintas; en este son muy secas, gruesas y de un color amarillo pálido...; en aquella, por el contrario, son delgadas, negruzcas ó grisáceas, y mas ó menos untuosas al tacto.

En fin, en los casos dudosos, el exámen microscópico será siempre un gran recurso.

Tratamiento.—Antes de 1852, solo el empirismo curaba la tiña, esto, sin embargo, no debe admirar. ¿Pueden engendrar las teorías falsas otra cosa que una terapéutica impotente?

A una terapéutica empírica, M. Bazin ha sustituido una terapéutica racional y siempre eficaz cualquiera que sea la especie de tiña y cualesquiera que sean las condiciones de salud del tiñoso.

La causa, la única causa de la enfermedad, es un hongo; ahora bien, para curar es necesario y basta destruir ese hongo. Pero, se dirá, esto no es nuevo; mucho tiempo antes de M. Bazin se habian empleado los parasiticidas; ¿por qué, pues, no se curaban? No se curaba por no llenarse esta condicion fundamental, la de poner en todas partes en contacto el parasiticida con el parásito. Se destruía el hongo en la superficie de la piel y se dejaban numerosos esporos en la parte central del pelo, en su raiz y en el folículo.

La depilacion es necesaria con el doble objeto de separar con el cabello el hongo que encierra, y dejar al descubierto por esta extraccion, la abertura del folículo piloso, en el cual puede entonces introducirse la solucion parasiticida.

La depilacion es una operacion que exige como cualquiera otra quirúrgica, cierto hábito para ser practicada convenientemente. Parece tan simple, que se mira todo aprendizaje como inútil, y sin ningun esrúpulo se la confia á un enfermero mas ó menos inesperto. Así, ¿qué sucede? Que muchas veces no se curan los enfermos; y el mal éxito se atribuye al método terapéutico mas bien que á la manera con que ha sido aplicado.

Para la extraccion de los pelos existen tres procedimientos, estos son: el casquete general ó parcial, la extraccion con los dedos y la extraccion con las pinzas.

Depilacion por el casquete.—El casquete es el procedimiento mas antiguamente conocido. Consiste en un emplasto aglutinante que se aplica en toda la cabeza ó solamente en una parte de ella; de aquí, la distincion del casquete, en general y parcial. La composicion del emplasto es la siguiente:

Vinagre blanco.....	150 gramos.
Harina de trigo candeal.....	} aa 25 gramos.
Pez negra.....	
Pez blanca.....	

Este método de depilacion produce siempre dolores atroces y constituye un verdadero suplicio para los enfermos que se ven obligados á sufrirle muchas veces. Por lo demás, la eficacia del tratamiento por el casquete no es menos cierta. Los cabellos se arrancan en masa y se extraen la mayor parte en direcciones opuestas á las de las cápsulas; de este modo, se parten en gran número y sobre los pelos rotos habita y se desarrolla el hongo para reaparecer bien pronto en la superficie de la piel.

Lo calota es, pues, un procedimiento de depilacion tan imperfecto como doloroso y que merece ser proscrito para siempre de la terapéutica de las tiñas.

Depilacion con los dedos.—Este es el procedimiento de los hermanos Mahon. Se sirven al mismo tiempo del peine y de los dedos, y siempre antes de la operacion cubren el cuero cabelludo con su pretendido polvo depilatorio.

A pesar de la habilidad mas consumada en este género de ejercicio adquirido por una larga práctica, es difícil coger bien con los dedos los pelos que se quieren extraer, y muchas veces tambien, cuando los cabellos son muy cortos ó cuando no hay mas que un ligero vello, como en la tiña pelada, la extraccion por este procedimiento se hace imposible. Pero si sus dedos son insuficientes, los hermanos Mahon, sin ningun escrúpulo, recurren al método de M. Bazin y hacen uso de la pinza.

Depilacion con la pinza.—Este método de avulsion de los cabellos, tiene sobre los precedentes, incontestables ventajas: causa algunos dolores al enfermo, pero menores que los determinados por el casquete ó la depilacion con los dedos. Por otra parte, no es ordinariamente doloroso mas que en la primera sesion; á la tercera, los enfermos se han acostumbrado y solo sufren moderadamente.

No necesitan los enfermeros ejercitados mas que siete ú ocho horas para depilar toda una cabeza; pero, en general, la depila-

cion se practica en cuatro ó cinco sesiones. Si los enfermos soportan difficilmente esta operacion, es preciso multiplicar las sesiones y no depilar toda la cabeza mas que en siete, ocho ó diez veces.

No pueden servir todas las pinzas para practicar la depilacion; las que se usan son pinzas de disecar, ligeramente modificadas por M. Deffis.

Esta modificacion solamente existe en las extremidades de las dos ramas de la pinza, las cuales son aplanadas, tienen un diámetro de tres ó cuatro milímetros, adaptándose exactamente por sus superficies internas cuando se las aprieta y están provistas de dentellones romos en la extension de un centímetro próximamente. Son romos, porque si los dientes de lima con que están armadas las extremidades internas de la pinza, conservasen sus bordes cortantes, partirian los cabellos como lo harian las tijeras, y la depilacion se hace imposible.

El extremo libre de la superficie externa de cada una de las dos ramas está tallado en bisel y su espesor en este punto es poco mas ó menos de un milímetro; una de las dos ramas está perforada en el centro; en esta pequeña abertura circular, viene á encajarse una punta que se encuentra sólidamente fija á la rama del lado opuesto; esta mantiene así las dos ramas aplicadas una á otra, y las impide deslizarse cuando se cierran al coger los cabellos ó en el momento de extraerlos.

Con estas pequeñas modificaciones, la pinza llena perfectamente las condiciones necesarias para practicar la depilacion con facilidad y casi sin dolor, cuando los cabellos ó los pelos son proporcionados y tienen cierto desarrollo. Pero allí donde no haya mas que vello ó algunos cabellos cortados muy al rape, cuya extraccion sea indispensable, M. Deffis reemplaza esta pinza por otra que, en este caso, funciona mucho mejor.

Esta difiere de la primera, en que las dos ramas son mas anchas, sobre todo en las estremidades libres, que tienen un diámetro de ocho á diez milímetros y que están encorvadas hácia dentro simulando una tenaza. Cuando se ha limpiado un espacio mas ó menos extenso de la piel con la primera pinza, la segunda, si se maneja bien, se apodera de todo lo menos preñible y deja limpio el sitio.

Apelandò, pues, á su ayuda, ora con una, ora con otra de estas pinzas, M. Bazin ha llegado á obtener una depilacion lo mas perfecta posible.

¿Cómo se practica, pues, la depilacion?

El operador hace tomar al enfermo y él mismo adopta la posición que le parece mas cómoda. Los enfermeros depiladores están sentados y hacen descansar en sus rodillas la cabeza del paciente. Con una mano, ordinariamente la derecha, cogen la pinza como una pluma de escribir, ó tambien en los casos mas fáciles, como un arco de violin. La otra mano se aplica sobre la parte que se trata de depilar, y con el pulgar y el índice se extiende la piel para que no deslice. Despues, practicando de antemano una locion jabonosa, se extraen los pelos tirando en sentido de su direccion natural; no se cogen á la vez más que un pequeño número, dos, cuatro, seis ó á lo mas, un solo penacho.

Cuando se ha denudado una superficie de dos á tres centímetros cuadrados, se suspende algunos instantes la depilacion y se hace una aplicacion parasitocida (casi siempre, solucion de sublimado) con una brocha fina, una esponja, un pincel..., segun el sitio de la parte afectada. Entonces se vuelve á empezar la avulsion de los pelos para detenerse de nuevo despues de algunos instantes, y así sucesivamente hasta el fin de la sesion.

No es necesario depilar ni muy de prisa ni muy despacio; hay un término medio que no se puede alcanzar sino con un poco de hábito.

Cuatro ó cinco horas despues de la depilacion, se hace una friccion con la pomada parasitocida; M. Bazin emplea con preferencia la pomada de aceite de enebro, y mas frecuentemente la pomada de turbith. Hé aquí las fórmulas de estas dos preparaciones.

1. ^a	Manteca.....	15 gramos.
	Aceite de almendras.....	} <i>aa</i> 2 gramos.
	Glicerina.....	
	Turbith mineral.....	0,50 centigramos.
2. ^a	Manteca.....	20 gramos.
	Aceite de enebro.....	2 gramos.

En definitiva, si el favus se halla extendido por toda la cabeza, es preciso desde el principio limpiarla, hacer caer las costras con un peine despues de haberlas reblandecido con cataplasmas de fécula y baños de almidon, en los que el enfermo sumerge la cabeza, y cortar los cabellos á dos ó tres centímetros del cuero cabelludo. En seguida, se aplica una capa de aceite de enebro que destruye en parte el parásito situado en la superficie de la piel, extingue la sensibilidad del cuero cabelludo y facilita la extrac-

cion de los pelos. Al dia siguiente se depila y la operacion exige, como ya he dicho, de una á cinco sesiones, segun la extension del mal y la sensibilidad del sugeto. Durante la depilacion se hacen aplicaciones de sublimado con una brocha fina; deben continuarse las mismas lociones mañana y tarde durante dos ó tres dias despues que la depilacion se ha terminado, y despues se las reemplaza por las unturas con la pomada de turbith.

Si hay favus por el cuerpo, se ordenan algunos baños de sublimado y se practica la depilacion si es posible.

Si están afectadas las uñas, se destruyen con la lima poco á poco las capas superficiales hasta llegar á la materia amarilla, al achorion, que se destruye entonces por medio de una disolucion de sublimado.

Tres semanas ó un mes despues de la depilacion del cuero cabelludo, la rubicundez, que habia disminuido, reaparece y se producen nuevos botones caliciformes, precedidos habitualmente de otras pústulas. Entonces, es preciso practicar una segunda depilacion que se repite de nuevo un mes despues, y, muchas veces, estas tres depilaciones bastan; algunas veces, sin embargo, aparecen todavia algunos raros botones caliciformes, y es necesaria una cuarta operacion. Cuando el favus está diseminado por todo el cuero cabelludo, de modo que solo queden algunas coronas de cabellos en la frente, los temporales, la nuca, es preciso, como en el caso precedente, practicar una depilacion general y no respetar ninguna parte.

Si, por el contrario, no existen mas que cinco ó seis placas de favus, es suficiente con la depilacion de las partes enfermas; pero es necesario que sean comprendidos los cabellos que rodean las costras en un radio variable que el médico debe indicar al enfermero. Estos cabellos, en efecto, están generalmente afectados.

La depilacion debe repetirse naturalmente tres ó cuatro veces.

Cuando existen solamente dos ó tres botones, basta muchas veces desprenderlos, arrancar algunos cabellos y lavar con la disolucion parasiticida para que el enfermo se cure.

Es útil, despues de la última depilacion, continuar frotando la cabeza cada cuatro ó cinco dias con la pomada de turbith durante un mes ó seis semanas y hacer lociones jabonosas para que desaparezca la materia sebácea y las células epidérmicas segregadas en grande abundancia á continuacion del favus.

2.º TIÑA TONSURANTE.

Definición.—La tiña tonsurante es una tiña, es decir, una afección cutánea debida á la existencia de un hongo (el trichophyton) sobre los pelos, el epidermis y las uñas, trasmisible de un individuo á otro, y caracterizada por copos de hongos blancos que ocupan el epidermis y los pelos rotos, copos que pueden ir acompañados de numerosas erupciones sintomáticas, vesiculosas, pustulosas, tuberculosas..., según el sitio y la época de la tiña.

Sintomatología.—Se pueden distinguir en la marcha de la tiña tres períodos:

Primer período. El enfermo experimenta al principio prurito acompañado ó no de pinchazos, de una sensación de quemadura que aumenta por la noche y durante el trabajo de la digestión, y que obliga algunas veces al enfermo á rascarse con furor.

Cuando el mal ocupa la cara, el enfermo no se rasca con las uñas, pero se frota con el dorso de las manos y de las muñecas: así se observa muchas veces en estas últimas regiones, círculos herpéticos, discos liquenoides ó eritematosos debidos al transporte de los esporos criptogámicos de la cara al dorso de las manos. Naturalmente, estas lesiones se observan con preferencia en la mano derecha, con la que habitualmente se sirven los enfermos. Estos círculos herpéticos y placas liquenoides circunscritas del dorso de la mano tienen un gran valor diagnóstico y esclarecen muchas veces inmediatamente la naturaleza de una afección de la cara que podría dar lugar á la duda.

Al mismo tiempo que el prurito ó poco después, aparecen erupciones que pueden ser eritematosas; entonces están caracterizadas por manchas circulares, rojas, sin elevación sensible sobre las partes vecinas y que ofrecen dimensiones que varían desde las de un real de plata hasta las de una pieza de dos pesetas. Algunas veces, sin embargo, la placa forma una ligera elevación y tan pronto toda la superficie eritematosa está saliente, tan pronto, por el contrario, el relieve no existe más que en la circunferencia, donde se observa á simple vista y por el tacto un rodete; en fin, este rodete circunferencial puede existir solo y circunscribir un espacio sano (erythema circinatum y erythema marginatum).

En el período de germinación del trichophyton, se observan las afecciones vesiculosas con tanta frecuencia como las eritematosas. Algunas veces las vesículas no tienen más que una dura-

cion efímera y pasan desapercibidas. Ordinariamente, las vesículas se disponen en pequeños grupos que se mantienen separados ó se reúnen. Muchas veces se presentan en la periferia de los grupos primitivos erupciones vesiculosas que pueden adquirir también dimensiones muy considerables (*herpe tonsurante* de los autores).

Algunas veces, las vesículas se desarrollan sobre una zona roja de forma anular, y son excesivamente numerosas y pequeñas, ó ocupan la periferia de un círculo lleno, al cual forman un rodete análogo al del eritema marginado (*herpe circinado*).

Otras veces, alrededor de un círculo herpético se desarrolla otro, y á veces, mas tarde, hasta un tercero alrededor de este último; estos diversos círculos concéntricos pueden ofrecer matices variados y constituir la afección descrita en las obras de dermatología con el nombre de *herpe iris*, y que no debe confundirse con el iris de Bateman (hidroa).

La forma circular pertenece á las afecciones eritematosas y vesiculosas, pero en un caso existen vesículas y en el otro una simple rubicundez eritematosa.

Algunas veces, indican las pústulas el principio de la enfermedad: se observan en diferentes puntos de la barba, botones puntiagudos, purulentos en el vértice y atravesados por pelos, ó grupos de pústulas en forma circular,—parte media del labio superior,—ó verdaderos círculos, en la circunferencia de los cuales existen pústulas miliares.

Las afecciones papulosas, menos frecuentes que las anteriores, se observan, sin embargo, no en el cuero cabelludo, sino en el dorso de la mano, en la muñeca y en el cuello, donde forman placas de líquen circunscrito.

En fin, algunas veces, se observan al principio escamas (*herpe furfuráceo*).

Simultáneamente con estas erupciones, ó poco tiempo después de su aparición, se observan alteraciones de los cabellos; estos, están deslustrados, secos, rojizos, de color leonado, friables y se rompen á algunas líneas de la superficie tegumentaria: así, no pueden ser estraidos sino muy difícilmente con la pinza cualquiera que sea la habilidad del depilador.

Al principio de la enfermedad son raros los pelos rotos, y es difícil percibirlos en medio de una espesa cabellera; pero bien pronto se hacen mas numerosos y se produce una tonsura que simula perfectamente una tonsura artificial.

M. Bazin ha colocado en el número de los síntomas del primer

período la quebradura de los pelos y la tonsura; pero inmediatamente despues empieza el segundo período.

Segundo periodo. — La comezon persiste y es muchas veces mas franca que en el primer período, porque las erupciones sintomáticas son menos numerosas, ó han desaparecido. Pero si todavía existen estas erupciones, el prurito conserva sus caracteres y el enfermo experimenta sensaciones de calor, de tension....

De cualquier modo que sea, el hongo aparece sobre los pelos rotos y sobre el epidérmis. En los pelos reviste la forma de una vaina amiantácea de un blanco mate, completa ó incompleta. Si es incompleta, se ve en el centro de la pequeña masa blanca constituida por el hongo, un punto negro que corresponde á la extremidad libre del pelo quebrado. Pero las mas veces, la vaina es completa, y los pelos, enteramente ocultos á la vista, no se pueden reconocer mas que por la elevacion de la materia criptogámica.

El hongo que se desarrolla sobre el epidérmis, en los intervalos de los pelos, forma, por la reunion de sus elementos, una sustancia coposa ó laminosa, cuyo color blanco es uno de los caracteres mas sobresalientes. En realidad, esta sustancia no difiere de la que constituye las vainas; solamente la disposicion de los elementos es un poco diferente y en relacion con el sitio que ocupa el parásito.

La existencia bien comprobada de la vaina blanca tiene un gran valor cuando se trata de sentar un diagnóstico; este es un signo que basta por sí solo, un signo verdaderamente patognomónico de esta especie de tiña.

Los copos blancos formados por el mismo vegetal parásito (*trichophyton*) podrian confundirse muy fácilmente con las escamas epidérmicas en medio de las cuales están repartidos, porque el hongo va acompañado de una hipersecrecion, muy abundante de ordinario y que se manifiesta por fuera constituyendo uno de los síntomas mas constantes y notables entre los que pertenecen al segundo período de la tiña tonsurante.

Sin embargo, la distincion entre el elemento parasitario y el elemento cutáneo es posible siempre; el hongo es blanco, coposo, sin forma bien determinada; el epidérmis, por el contrario, es amarillo ó grisáceo mejor que blanco, y su disposicion es siempre manifiestamente escamosa.

Algunas veces no hay mas que una sola placa; con mas frecuencia hay muchas, que ora se mantienen separadas, ora se reunen formando así, principalmente en el cuero cabelludo, an-

chas superficies tonsuradas, sobre las cuales se encuentran todavía vestigios de la forma circular.

Las superficies enfermas son habitualmente mas oscuras y resaltan por su coloracion sobre la piel sana que las rodea. La superficie de las tonsuras parece levantada, sobresaliendo uno ó dos milímetros del nivel de las partes vecinas. Este aspecto se debe sin duda á la hipersecrecion epidérmica y á la turgencia de los folículos pilosos, los cuales, llenos de hongos, dan á las superficies que ocupan el aspecto de una piel de chagrin.

La alteracion de los pelos es mayor que en el primer período; están quebrados, cubiertos de hongos, siendo muy difícil arrancarlos en totalidad y quedando la raiz casi siempre en el folículo que la encierra.

Tercer período.—El hongo que contiene el folículo piloso inflama á este, resultando de esta inflamacion pústulas cubiertas de costras amarillas ó morenas, al través de las cuales pasan con frecuencia los pelos rotos y marchitos; esta tiña puede confundirse entonces con la escrofúlida benigna exudativa ó con el favus scutiforme. La inflamacion invade las areolas dérmicas vecinas; las pústulas van tambien acompañadas ó seguidas de induraciones profundas, de nudosidades y de verdaderos tubérculos cutáneos ó subcutáneos que, ora aislados y raros, ora numerosos y aglomerados en pequeñas superficies, dan á las partes enfermas un aspecto desigual, mamelonado y muy particular. Tambien se encuentran muchas veces forúnculos en medio de las pústulas y de los tubérculos. Las induraciones tuberculosas desaparecen casi siempre por resolucion, sobre todo bajo la influencia de un tratamiento conveniente. Lo mismo sucede con las pústulas y los forúnculos que se abren al exterior y son muchas veces el punto de partida de pequeñas vegetaciones fungosas elevadas sobre la superficie de los tegumentos y sostenidas en este estado por los pelos enfermos que las rodean.

Ya hemos dicho (véase *Sycosis*) que la inflamacion de los folículos daba lugar á una secrecion purulenta muy abundante y que el pus jugaba un papel parasitico con respecto al hongo que bañaba, destruyendo á la criptógama y siendo muy difícil, si no imposible, encontrar esporos sobre los pelos; no es en este período, pues, cuando debemos buscarlos, sino en el segundo.

Por lo demás, no se limita el pus á destruir el parásito, sino que separa las paredes del folículo de las del pelo y este se desprende poco á poco hasta que cae; entonces, ó bien las paredes del conducto pilífero inflamadas se aproximan, obliterando el

fóliculo é impidiendo toda reproduccion del pelo, y de aqui resulta una curacion espontánea y al mismo tiempo una calvicie definitiva; ó bien, y este es el caso mas frecuente, á pesar de una alteracion profunda en su estructura, todavía segrega la papila pilosa los elementos necesarios á la formacion del pelo. Mas el pelo, nuevamente formado á consecuencia de esta alteracion, no puede tener sus caractéres normales; es rojo y amarillento, está muy destruido, carece de cápsula, y el exámen microscópico nos enseña que sus elementos se hallan totalmente confundidos. Este pelo, sin embargo, vive todavía, y por su presencia, contribuye poderosamente á entretener la inflamacion supurativa en el fóliculo que le da origen.

Entonces debe perderse toda esperanza de una curacion espontánea, el pelo es un secuestro del cual debemos desembarazar al fóliculo. La depilacion es necesaria, indispensable, aunque no haya hongo, y en estas circunstancias produce maravillosos resultados; tambien ha podido decir con toda verdad M. Bazin, que las antiguas mentagras eran mas fáciles de curar que las recientes, y que bastaba las mas veces una sola depilacion para librar completamente de ellas á los enfermos. Este es verdaderamente el triunfo de un método terapéutico.

El intervalo de tiempo que separa los períodos, dice M. Bazin, es extremadamente variable, y bajo este punto de vista, el tratamiento seguido tiene una influencia muy marcada. Cuando un enfermo atacado de herpes circinado en la cara, desiste de la depilacion que le ha sido propuesta como medio curativo, y se limita á las aplicaciones parasiticidas, el herpe durará mucho tiempo y desaparecerá, volviendo á reproducirse muchas veces, ocupando siempre las mismas superficies. Si se pasa el tiempo en esta inaccion, ¿por qué la enfermedad no llega antes al tercer período? Puede el hongo que produce la erupcion herpética no existir mas que entre las dos láminas epidérmicas y el vello; ahora bien, usando solo las lociones y unturas parasiticidas, puede destruirse el hongo situado en la superficie tegumentaria sin atacar la raiz del vello; y hé aquí, por qué no desaparece la erupcion ó reaparece de nuevo despues de haberse presentado. Pero el tratamiento tiene por efecto oponerse, hasta cierto punto, á la extension del parásito sobre esos débiles pelos; esto es lo que nos explica por qué la enfermedad llega con trabajo al período mentagroso.

En el conocimiento de la duracion de los diversos periodos de la tiña, es necesario tener en cuenta, no solamente el tratamiento y las condiciones generales que muchas veces no podemos

apreciar y cuya influencia es, sin embargo, incontestable, sino también, además de la hidiosincrasia, otras condiciones individuales en virtud de las que el herpe circinado dura algunos días en un individuo, persistiendo meses en otro sin que el estado del sistema piloso pueda darnos cuenta de estas diferencias. En general, puede decirse que la tiña tonsurante es una enfermedad larga y que persiste muchos años cuando llega al tercer período. En igualdad de circunstancias, es mayor su duración en los sujetos en que el parásito encuentra una abundante nutrición. Suponiendo exista una tiña tonsurante de la cara en su período herpético y que afecte á la mujer ó al niño, en los cuales solamente existe un poco de vello, nos convenceremos fácilmente que pasado cierto tiempo y no encontrando el hongo los elementos de su nutrición, morirá y el enfermo será curado. Por el contrario, si esta misma tiña facial ataca á un hombre de barba bien poblada, observaremos que el herpe circinado va seguido de los fenómenos del segundo y tercer período, y que la enfermedad se prolongará indefinidamente, á menos que no se produzca (lo cual sucede rara vez) una obliteración de los folículos y una calvicie permanente después de la caída de los pelos. Esta es una curación espontánea con la cual solo escepcionalmente debemos contar.

De este modo, la tiña tonsurante se cura espontáneamente: en su primer período, cuando el parásito muere falto de nutrición ó bajo la influencia de causas desconocidas; en el tercero, cuando los folículos se obliteran después de la destrucción del parásito por el pus y la caída de los pelos enfermos. Esta curación tiene lugar produciendo una calvicie irremediable.

VARIETADES DE SITIO EN LA TIÑA TONSURANTE. — 1.º *Tiña del cuero cabelludo. Tiña tondante de Mahon, herpe tonsurante de Cazenave.* — Tanto el herpe en grupo ó herpe tonsurante de los autores, como el herpe escamoso y el circinado, pueden observarse al principio de la tiña tonsurante del cuero cabelludo.

Con frecuencia se observa la existencia de pequeñas placas circulares herpéticas que ocupan diferentes puntos de la cabeza y que se extienden y aun reúnen por el desarrollo de vesículas en su circunferencia.

A veces, solo se observan al principio escamas, las cuales quizá hayan sido precedidas de vesículas herpéticas efímeras (herpe escamoso).

Por último, el herpe circinado puede ser el primer signo de la existencia del trichophyton. M. Bazin dice no es tan raro este modo de empezar como se cree, pero que el herpe circinado se

distingue con dificultad á causa de las condiciones anatómicas de esta region.

Al mismo tiempo se observan las alteraciones primitivas de los pelos que hemos dicho mas arriba; estos se rompen inmediatamente y se cubren de vainas blancas. Entonces se producen calvas parciales mas ó menos anchas, al nivel de las cuales, la piel, que se encuentra elevada sobre las regiones vecinas, presenta un aspecto parecido al chagrin y ofrecen un color azulado de pizarra en los morenos, rojizo ó amarillento en los rubios. Este color tiene para el diagnóstico una importancia muy grande, pues no pertenece á ninguna otra afeccion cutánea; desaparece tarde, y cuando los tegumentos han recobrado su color normal, puede decirse que el enfermo está curado, y por tanto, es inútil la depilacion.

En el tercer período cambian de naturaleza dichas calvas parciales; produciendo el hongo una inflamacion profunda en los folículos pilosos, se ven aparecer erupciones pustulosas, á veces muy confluentes, las cuales son bien pronto reemplazadas por costras amarillentas, oscuras, relucientes, húmedas, y que presentan, en una palabra, todos los caracteres asignados por los autores á las costras impetiginosas. En este período tambien, cuando las costras tienen un color menos oscuro y son mas secas, la enfermedad parasitaria se confunde casi siempre con las escrofulides benignas exudativas del cuero cabelludo y aun á veces con el favus.

Entonces es preciso emplear el microscopio y examinar los cabellos con cuidado.

2.º *Tiña de la cara y del cuello.* — En estas regiones, la tiña tonsurante empieza por el herpe circinado ó por discos eritematosos, cuyo número y dimensiones varían mucho. La region submaxilar, así como la nuca, son afectadas muchas veces al mismo tiempo que la cara. Segun M. Bazin, se observa con frecuencia una pequeña placa roja, circular, del diámetro de una peseta, y situada delante de la línea de implantacion de las patillas. Es más raro ver un círculo herpético incompleto de un diámetro considerable, estendido desde la region mastoídea izquierda á la misma region del lado derecho y que comprende en su concavidad las mejillas, el menton y la mitad superior del cuello; estas partes, por lo demás, pueden estar cubiertas al mismo tiempo de discos ó anillos de un diámetro menor.

El herpe en grupos y el herpe escamoso, son mucho menos comunes en la cara que en el cuero cabelludo.

En el segundo período aparecen placas de pitiriasis, observándose al mismo tiempo los pelos rotos y envainados.

El tercer período está caracterizado, no solamente por erupciones pustulosas, sino también por todos los grados del sicosis, es decir, por núcleos indurados, por tubérculos cutáneos ó subcutáneos y por forúnculos mezclados con papulo-pústulas atravesadas por pelos en su centro.

A consecuencia de las pústulas, de los tubérculos y de los forúnculos, sucede á veces una tumefacción considerable de la cara, una alteración de los rasgos que la caracterizan, é imposibilidad en la palabra y la masticación.

3.º *Tiña del tronco y miembros.*— Las únicas erupciones primitivas que se observan en estas regiones, son: el herpes circinado, los discos eritematosos y el líquen circunscrito; el hongo, á causa del poco desarrollo de los pelos, aborta, y la enfermedad no pasa del primer período.

4.º *Tiña de las partes sexuales.*— En esta región se encuentran reunidos habitualmente los tres períodos de la tiña tonsurante.

Etiología.— Las causas pueden ser predisponentes y eficientes.

Causas predisponentes.— La tiña tonsurante ocupa en los niños, por lo general, el cuero cabelludo, en los adultos, la cara; la mujer y el niño rara vez son afectados en la cara de tiña tonsurante, y en este caso la enfermedad no pasa del primer período, á no ser que exista un desarrollo anormal de los pelos.

M. Bazin cree que la constitución y el temperamento no tienen influencia alguna sobre la tiña misma, sino únicamente sobre las erupciones sintomáticas; que los individuos linfáticos padecen ordinariamente afecciones vesiculosas ó pustulosas y los sujetos fuertes y sanguíneos, tubérculos y forúnculos; por último, que la sífilis que con tanta frecuencia se observa en los enfermos atacados de tiña tonsurante, parece predisponer á esta afección.

Causa determinante.— La única causa de la tiña tonsurante, es el *trichophyton*.

Esta criptógama está constituida en gran parte ó casi exclusivamente de esporos, y se distingue por este carácter de los demás hongos que producen la tiña.

M. Bazin ha llegado á creer que al principio de la tiña tonsurante, lo mismo que en un período avanzado de esta enfermedad, existen en medio de gran número de esporos, tubos de micelium. En cualquier época intermedia, cuando la criptógama está en toda la fuerza de su desarrollo, se halla formada solamente por

esporos, siendo inútil buscar en este caso otro elemento diferente.

El trichophyton, como los demás hongos de las tiñas, comienza á germinar entre la capa mucosa y la lámina córnea del epidermis. Puede vivir, así como el achorion del favus, á espensas de los pelos, de las uñas ó del epidermis; en estos diferentes casos ocupa siempre el mismo sitio anatómico.

Cuando vive en la capa mucosa del epidermis, forma esos copos y láminas que ordinariamente resaltan por su color nacarado entre los despojos epidérmicos.

Cuando ataca á las uñas, produce cierta alteracion especial que puede confundirse con la producida por el favus, aunque se diferencia en algo.

El parásito habita en los pelos mucho tiempo antes que la concentracion de sus elementos permita percibirle; este es el período de germinacion, durante el cual, los pelos, mas ó menos alterados en sus cualidades físicas, indican ya la presencia de alguna criptógama. Aun cuando no se observen otros síntomas que un círculo herpético, el hongo nunca falta, basta buscarle con cuidado para encontrarle siempre.

No sucede lo mismo cuando la enfermedad, pasado algun tiempo, ha llegado á su tercer período; examinados los pelos al microscopio, ofrecen alteraciones de estructura, pero muchas veces no puede descubrirse en ellos ningun elemento criptogámico, y aun renovando estas investigaciones durante ocho ó quince dias, no obtenemos á veces resultado alguno. Sin embargo, no debemos afirmar por esto que el trichophyton haya sido destruido completamente, puede suceder que á fuerza de perseverancia llegásemos á distinguir algunos esporos característicos en cualquiera de los numerosos pelos arrancados, que nos recordasen el papel que el parásito juega en el sicosis.

En el segundo período de la enfermedad, no solamente existe el hongo, sino que siempre es fácil encontrarle y percibirle aun á simple vista, formando vainas blancas que envuelven los pelos quebradizos.

Observado el pelo con un aumento de doscientos á trescientos diámetros, parece como espigado en sus dos extremidades, estando tan alterados sus elementos, que es imposible distinguir las dos sustancias (cortical y medular) que le componen normalmente; todo está confundido. Las fibras longitudinales están separadas, hallándose llenos de esporulos sus intervalos. Roto el pelo en sus dos extremidades, no se encuentran en él, ni raiz ni cáp-

sula, percibiéndose muy bien la señal de la ruptura. Alrededor del pelo y en cierta estension, se ve tambien una masa compuesta exclusivamente de esporos, la cual forma á aquel una envoltura completa, una especie de manguito en el centro del cual se halla colocado. Tanto en el pelo como en la vaina, los esporos son innumerables, muy irregulares y en todas partes idénticos.

En una época menos avanzada de la tiña tonsurante, en el período herpético, pueden, aunque con dificultad, extraerse los pelos enfermos con sus bulbos. Entonces se ven en la parte intracutánea, alteraciones del mismo género, pero menos avanzadas que las que acabamos de exponer. Todavía existen los esporos alrededor del pelo y en su espesor, pero tienen diámetros diferentes, son menos numerosos, irregularmente redondeados, y algunos son alargados y se aproximan en parecido á los tubos de micelium. Hay una alteracion notable de los pelos, mas pronunciada, sin embargo, en la tiña pelada que en la tonsurante, y que consiste en *relieves olivares ó tuberosos formados al parecer, al menos en gran parte, por una acumulacion de materia parasitaria*, cuyos relieves ó engruesamientos son mas perceptibles en la raiz que en el tallo. Si no supiéramos que los pelos se rompen por sí mismos en la tiña que estudiamos, quizá fuésemos inducidos á creer se debiera la dificultad de la depilacion á las lesiones que presentan.

En el tercer período, sobre las placas supuradas de antiguas mentagras, es raro el trichophyton; muchos de los pelos enfermos no tienen ningun espora aunque su alteracion sea profunda y se hallen despojados de sus cápsulas. Cuando hallamos esporos (para estudiar sus caracteres físicos, es preciso buscarlos en pelos muy poco alterados) estos son desiguales, mas pequeños y mezclados con gran número de tubos de micelium.

La diferencia de los caracteres microscópicos del vegetal parásito en el segundo y tercer período de la tiña tonsurante, explica el error del Dr. Gruby, el cual ha creido descubrir en esta última un hongo distinto del trichophyton. Para M. Robin, el *microsporion mentagrophytes* de M. Gruby no es mas que el epidermis arrollado en forma de tubos; para M. Bazin, es un trichophyton de avanzada edad.

El *trichophyton decalvans* de algunos micrógrafos, no es mas que la criptógama que acabo de describir, y no pertenece en modo alguno, como se ha pretendido, á la tiña pelada producida por el *microsporion de Audouin*. Por una casualidad singular se ha buscado este último en las placas de la falsa pelada, y no debe sorprendernos haber encontrado un hongo semejante en todo al

trichophyton, pues que la falsa pelada no tiene mas que una analogía de forma con la verdadera pelada, no siendo mas que una variedad de la tiña tonsurante (Bazin).

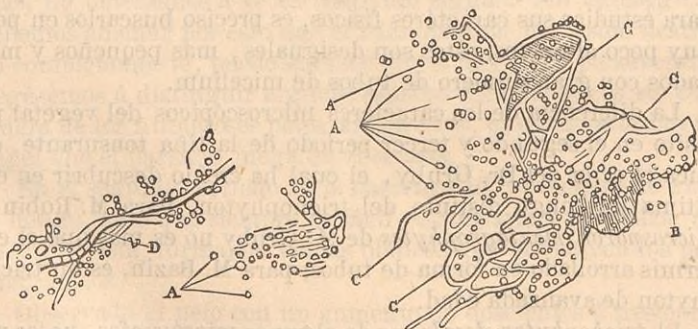
La tiña tonsurante se trasmite por el aire, el contacto mediato (gorro, casquete), el contacto inmediato (besos del padre á los niños ó á la madre, trasmision al dorso de la mano por la accion de rascarse), y, en fin, por la inoculacion (ordinariamente se trasmite la tiña tonsurante de la cara por la inoculacion de la navaja del barbero).

M. Deffis, por lo demás, ha practicado inoculaciones con éxito.

Diagnóstico.—Nada mas fácil que reconocer la tiña tonsurante cuando ha llegado á su segundo período: entonces, en efecto, hay calvas parciales, al nivel de las cuales los tegumentos grisáceos se hallan levantados, observándose en estas superficies pelos rotos á algunos milímetros de la superficie de la piel, envueltos en una vaina blanca y rodeados de copos nacarados y de escamas grisáceas (estas escamas están formadas por el epidermis y no por la criptógama, que es la forma que los copos). Ahora bien, todos estos caracteres no pertenecen mas que á la tiña tonsurante.

Pero el diagnóstico es difícil muchas veces cuando la tiña tonsurante se halla en su primero ó tercer período.

Figura 3.—Laminilla del polvo blanco que reviste los cabellos rotos de l herpe tonsurante, vista al microscopio.



A. Espóruos aislados.
B. Espóruos reunidos.

C. Tubos vacíos.
D. Tubo esporulario.

Tiña tonsurante en su primer período.—El eritema precursor del cuero cabelludo escapa muchas veces á la observacion, y la

descamacion que le sucede puede tomarse por una pitiriasis dactilosa; los pelos entonces no están rotos ni se encuentran envainados, *fundándonos* solamente entonces para el diagnóstico en la circunscricion de las superficies pitiriásicas de forma circular y en la friabilidad de los pelos, que no presentan ninguna resistencia á la pinza, rompiéndose en lugar de dejarse extraer, caracteres todos que no pertenecen á la pitiriasis simple.

Estos signos permitirán tambien diferenciar la tiña tonsurante en su primer período de la psoriasis. Cuando el pórriigo scutulata está en su período pitiriásico y no existe manifestacion exterior del achorion, es preciso esperar para diagnosticarlos á que la afeccion llegue á su período mas avanzado; la rotura de algunos pelos ó la aparicion de concrecciones de color amarillo de azufre, no tardarán en suspender la duda, sin embargo, pudiera ensayarse tambien la extraccion de algunos pelos: estos, en la tiña tonsurante, se rompen, en el favus cedén fácilmente y se extraen con su bulbo y cápsula, siendo aquel mucho mas voluminoso que en el estado normal. En todos estos casos de difícil diagnóstico, el exámen microscópico nos sacará inmediatamente de dudas.

Los anillos trichophyticos de la cara, tronco y miembros, se distinguen fácilmente de los anillos fávicos, psoriásicos y pitiriásicos. Los anillos fávicos son de pequeño diámetro y afectan una uniformidad notable. Los anillos psoriásicos, por el contrario, son mas anchos y rara vez están desprovistos de escamas características.

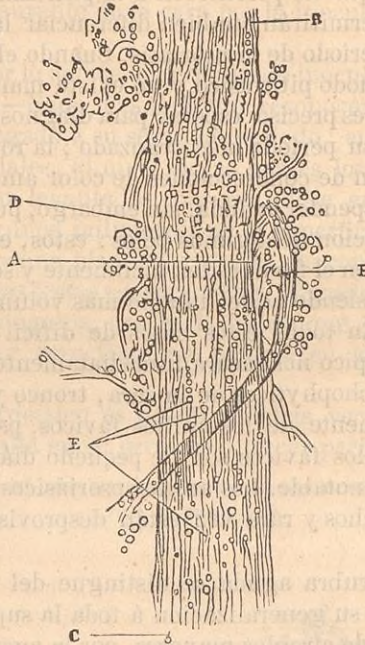
La pitiriasis rubra aguda se distingue del herpe circinado trichophytico por su generalizacion á toda la superficie cutánea, por la existencia de círculos mayores, por la ausencia en el centro de estos de otros círculos secundarios, por la existencia de zonas herpéticas mas ó menos sinuosas, y, en fin, por la presencia de esporos enmedio de las láminas epidérmicas.

Se ha confundido á veces el herpe circinado con una sifilide tambien circinada; pero el sitio de las erupciones sifilíticas no es el mismo que el de la tiña tonsurante; estas erupciones no van acompañadas de comezon, y la sifilides eritematosa, que es la única susceptible de confundirse con el herpe trichophytico, no afecta la forma circular.

M. Bazin ha dado el nombre de falsa pelada á una forma de tiña tonsurante de aspecto muy análogo á la verdadera, y que no presenta el color apizarrado y la elevacion de las placas, signos importantes de la tiña tonsurante. Sin embargo, examinándola con atencion, siempre puede comprobarse la existencia de pelos

negros y rotos á uno ó dos milímetros de la superficie cutánea, carácter suficiente para establecer el diagnóstico.

Cabello extraído de una placa tonsurante.



- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| A. Tallo del cabello. | paradas y rotas. |
| B. Extremidad superior rota. | E. Espórulos infiltrando el |
| C. Extremidad inferior rota. | tallo. |
| D. Fibras longitudinales, se- | F. Tubos esporularios. |

En el tercer período, el diagnóstico es oscuro. Las tonsuras ó calvas del cuero cabelludo son casi desconocidas, están cubiertas de costras impetiginosas que ocultan los pelos medios rotos, y, según que estas costras sean secas ó húmedas, amarillas ó morenas, puede dudarse entre una escrofúlida ó una tiña favosa; entonces, el diagnóstico es difícil, y solo el examen microscópico de los pelos puede sacarnos de dudas.

Cuando encontramos en la cara el herpes dartroso, el impétigo escrofuloso ó el producido por causa artificial (impétigo del labio

superior debido á un líquido irritante en las personas que toman rapé), las escrofúlides malignas inflamatorias ó crustáceas, y, en fin, las sifilides pustulosa ó tuberculosa, pueden confundirnos haciéndonos referir á la presencia del trichophyton dichas afecciones. Aun es mas difícil el diagnóstico cuando las erupciones constitucionales se complican con las parasitarias. Es fácil, sin embargo, cuando existen algunos de los caracteres siguientes:

- 1.º Presencia en cualquier parte de la cara ó del cuello, de círculos incompletos en via de desaparicion;
- 2.º Existencia de placas circulares ó induradas en las mejillas;
- 3.º Herpe pelagroso ó liquenoide en el dorso de las manos ó en los antebrazos.

Pero, ¿qué hacer cuando estos tres signos falten á la vez?

Es necesario, dice M. Bazin, interrogar con cuidado al enfermo sobre el principio y la marcha de la enfermedad que padece, tener en cuenta el estado de los pelos.... Y si se vé obligado á dudar respecto á la existencia del parásito, y cree hallarse en presencia de la sífilis (en caso semejante se observa con frecuencia una sifilide tuberculosa), es preciso someter al enfermo sin vacilacion á un tratamiento anti-sifilítico; la sífilis desaparecerá bajo su influencia, y si despues queda una erupcion parasitaria, se la atacará por los medios ordinarios.

Mas tarde estableceremos el diagnóstico diferencial entre el sicosis parasitario y el artrítico.

Pronóstico. — Abandonada á sí misma la tiña tonsurante, es menos grave que la favosa, pues no produce la caquexia que la suele preceder ni la muerte. Pero el método terapéutico de M. Bazin no triunfa con tanta seguridad en la tiña tonsurante como en la favosa.

El favus no exige mas que uno ó dos meses de tratamiento; se necesita, por lo menos, un tiempo doble para curar la tiña tonsurante del cuero cabelludo.

Por último, el trichophyton puede contribuir al desarrollo de afecciones constitucionales.

Tratamiento. — La tiña tonsurante exige idénticos medios que las demás, es decir, el empleo combinado de los parasiticidas y la depilacion.

Pueden presentarse muchos casos. Si se trata de niños, de mujeres ó de adolescentes imberbes, en los que la afeccion ocupa cualquier region menos el cuero cabelludo, exceptuando las áxilas y partes genitales, podemos obtener su curacion con el uso de lociones ó fricciones parasiticidas, por lo menos mientras

que la piel enferma se halle desprovista de un espeso vello; entonces debe añadirse la depilacion á los parasitcidas. Si ataca el herpe circinado á regiones bien pobladas de pelo, tales como las partes sexuales en el hombre y la mujer adultos, así como la cara en el hombre, y solo existen dos círculos bien limitados, basta arrancar los pelos para obtener una curacion rápida y duradera. Cuando, por el contrario, dice M. Bazin, los círculos herpéticos son mas numerosos y están diseminados por muchos puntos de la region velluda, debe esperarse y dejar la depilacion para una época mas avanzada de la enfermedad (en su segundo ó tercer período); porque si se depilase inmediatamente, sería necesario arrancar todos los pelos de la region, de lo cual podemos dispensarnos. Entre los numerosos círculos herpéticos que existen, muchos desaparecen sin ir seguidos de los fenómenos que pertenecen á períodos mas avanzados. ¿Será que la criptógama aborte á los pocos dias de su germinación? ¿Por qué, pues, depilar en semejante circunstancia? En el segundo período, la afeccion parasitaria que antes era difusa, se localiza, siendo en estas superficies la depilacion un medio conveniente. Muchas veces esperando se evitan los enfermos los dolores de una depilacion general. Es preciso, antes que la enfermedad se localice, destruir con los parasitcidas el parásito que vive en el epidermis ó en la superficie de la piel, porque podría invadir las partes vecinas y ser trasladado por la accion de rascarse ó por cualquier otro mecanismo á otras regiones velludas.

Quando la enfermedad ha llegado á su segundo ó tercer período, se practicará inmediatamente la depilacion en todas las superficies afectadas; pero los pelos son tan friables que se rompen por la accion de la pinza; entonces nos debemos servir de pinzas con bocados encorvados. Habitualmente se practican cuatro, cinco ó seis veces estas depilaciones imperfectas antes que los pelos puedan ser arrancados en totalidad con su vulvo y cápsula.

Quando los pelos, en vez de estar ensortijados como antes, toman una direccion rectilínea, pareciéndose á los pelos de las partes sanas, entonces debe cesarse en la depilacion; esto mismo debemos practicar cuando las placas se aplanan y nivelan con las partes vecinas, y cuando el aspecto de chagrin debido á la erccion de los folículos y el tinte apizarrado desaparecen.

Quando la enfermedad está en su primer período y crece por el desarrollo excéntrico del rodete circunferencial, es preciso arrancar los pelos débiles y frotar rudamente las partes enfermas

con los parasiticidas á fin de desgarrar la capa superficial del epidermis y poner, sobre todo, al parásito en contacto con el agente parasiticida.

Si la tiña tonsurante ha llegado despues de mucho tiempo al período papulo-pustuloso, todavía se necesita depilar, aun cuando se esté seguro (lo cual no puede ser) de que el parásito no exista; en estas circunstancias es suficiente una sola depilacion. No es extraño, pues, haya dicho M. Bazin que la curacion de la mentagra era tanto mas fácil cuanto mas antigua la enfermedad.

3.º TIÑA PELADA.

Definicion.—Se designa con el nombre de *pelada* una tiña producida por una criptogama, el *microsporon Audouini*, y caracterizada por placas ovales desprovistas de pelos, con el color normal de la piel ó decoloradas y de un tinte blanco de leche, sobresaliendo ó no de las partes circunvecinas.

Sintomatologia.—La pelada presenta tres períodos;

En el primero está caracteriza por un prurito franco y moderado y por alteraciones de los pelos, que ora evidentes, ora oscuras, consisten en un aspecto deslustrado, sucio y feo de los cabellos, los cuales cuando no están decolorados tienen un color rojizo.

En el segundo período, el hongo aparece bajo la forma de una pelusilla agrisada que pasa desapercibida á veces por su poca abundancia. El prurito continúa, y el cuero cabelludo ofrece un estado de hipertrofia, descrita muy bien por M. Devergie, pero comparada sin razon, al edema, pues que la aplicacion del dedo no determina jamás en ella depresion ninguna.

La alteracion de los cabellos se pronuncia mas, pero bien pronto caen reproduciéndose alternativamente y distinguiéndose por esto con dificultad del vello.

En el tercer período, el prurito continúa, los pelos se desprenden sin reproducirse mas, las placas enfermas se aplanan y el vello blanquecino desaparece.

M. Bazin admite una pelada acromatosa (antigua tiña acromatosa) y una pelada decalvante ú ofisiaca (antigua tiña decalvante).

A. *Pelada acromatosa.*—Ora las superficies enfermas se hallan deprimidas como las partes afectadas del favus despues de la caída de las costras, ora, y esto es mas frecuente, están al ni-

vel de las superficies vecinas. Los pelos tienen un aspecto sucio y deslustrado, son finos y descoloridos, á veces rojizos.

En el segundo período se ven aparecer placas ovales de un color blanco de leche, al nivel de las cuales los pelos se desprenden, de suerte que la denudacion es bien pronto completa. A veces no hay mas que una placa, pero ordinariamente se observan muchas, dispersas acá y allá en distintas partes del cuero cabelludo.

Estas placas se agrandan y reunen entre sí, ocupando de este modo la mayor parte de la cabeza. De aquí la afeccion puede extenderse á todo el cuerpo destruyendo en todas partes los pelos que encuentra. Mas no es esto lo mas frecuente, y muchas veces la pelada no pasa mas allá del cuero cabelludo ó la barba. Tambien puede verificarse la curacion.

B. *Pelada decalvante*.—Se distingue de la variedad precedente por los caracteres siguientes: tiene una marcha mucho mas rápida; los pelos se caen antes de toda alteracion apreciable en sus caracteres físicos; por último, las superficies que éstos dejan al descubierto, irregularmente redondeadas sin ser ovales, ofrecen la coloracion normal de los tegumentos en lugar de ser blanco lechosas.

Sus variedades de sitio no tienen, por decirlo así, ninguna importancia.

Dos terminaciones pueden observarse: la calvicie definitiva y la curacion espontanea; más frecuente la primera, se verifica á menudo en la pelada decalvante; la última no es rara en la pelada acromatosa.

Etiologia. Causas predisponentes.—Ninguna edad está exenta de la pelada, pero la del cuero cabelludo es mas frecuente en los niños, y la de la barba ó de cualquier otra region en el adulto.

Causa eficiente.—El microsporon Audouini es la única causa determinante de la pelada. M. Bazin ha descrito en los términos siguientes los caracteres distintivos del *microsporon Audouini* y del *trichophyton*.

En el *microsporon Audouini*, los esporos son mas pequeños y menos numerosos que en el *trichophyton*; los trichomata, mas numerosos. La disposicion del hongo, con relacion al tallo y raíz del pelo, es muy notable y diferente á la del *trichophyton*. Así, los esporos forman algunas veces en el tallo pequeños grupos aislados, ó afectan la disposicion de un racimo. El mismo tallo presenta á distintas alturas hinchazones ó nudosidades esféricas

ú ovoideas, formadas por las fibras longitudinales dilatadas y encorvadas, á través de las cuales se ven aglomerados los esporos. En los intervalos de estas nudosidades no parece estar enfermo el pelo.

El trichophyton produce otros desórdenes en el tallo del pelo; éste se encuentra alterado en toda su extension, sus dos extremidades en forma de espiga, y en conjunto adopta verdaderamente el aspecto de un haz; sus fibras longitudinales, separadas por los esporos, se hallan rotas á veces, formando como astillas en algunos puntos del tallo. Ahora bien, esta disposicion es escepcional en el hongo del microsporon, y nunca es tan pronunciada como en el trichophyton. En la pelada, no se observa rotura de los cabellos enfermos mas que al nivel de las nudosidades, que se rompen á la manera de un junco. Cuando en ésta la alteracion criptogámica ha llegado al *sumum* de intensidad, las fibras del cabello están separadas en toda su extension por los esporos dispuestos en séries lineares; pero el cabello se mantiene trasparente, delgado, aplanado y no en hacecillos ó mazorcas como en la tiña tonsurante.

En la raíz no son menos notables los desórdenes. Así, la mayor parte de los cabellos sacados de las tonsuras de la pelada, tienen un bulbo sin cápsula, mientras que en la tiña tonsurante ó el herpe en descamacion, carecen de ella por estar rotos en sus dos extremidades. En la pelada, la raíz del cabello está encorvada en forma de cayado, ó recta y en maza; en el herpe, extraído el cabello de la circunferencia de las tonsuras, presenta con frecuencia un engrosamiento enorme, parecido por su forma, ya á una cebolla, ya á un nabo; y si la alteracion de la raíz ha llegado á su último límite, presenta el aspecto de una horca ó de un tridente.

Fácilmente puede comprobarse la existencia del microsporon epidérmico y del microsporon unguinal examinando al microscopio el vello ó pelusilla agrisada que cubre las placas desnudas de la pelada y la sustancia que forma las puntas amarillas de la uña en la misma enfermedad; pero siempre encontrareis, con los elementos criptogámicos, un gran número de células epiteliales, mientras que el trichophyton le vereis en su estado de pureza en las vainas blancas que cubren los pelos quebradizos del herpe en descamacion.

La tiña pelada, lo mismo que las demás, puede transmitirse de cuatro maneras; aunque la inoculacion no ha sido practicada todavía.

El microsporon Audouini puede vivir á expensas de los pelos, del epidermis y de las uñas.

Cabello, extraído de una placa de tiña pelada.

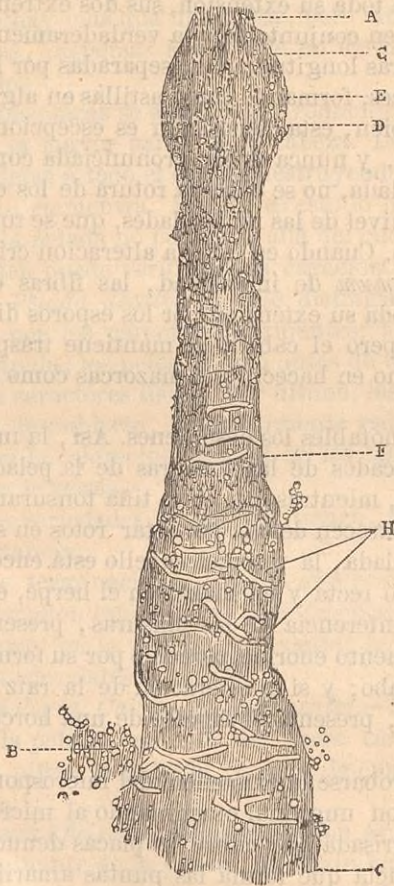


Figura 5.

- A. Extremidad superior del cabello, cortada.
 B. Espórulos alrededor del cabello.
 C. D. E. Hinchazon ó nudosidad del cabello.
 F. Tubos esporularios.
 G. Extremidad inferior del cabello.
 I. Espórulos en medio del cabello.—Figura tomada del *Tratado de las afecciones parasitarias* de M. Bazin.

Ya hemos indicado los desórdenes que produce cuando ocupa los pelos; ordinariamente afecta al mismo tiempo al epidermis que existe en el intervalo de estos, presentándose aquí bajo la forma de una sustancia feculenta.

M. Bazin no ha observado mas que una vez en las uñas la alteracion producida por el microsporon Audouini; los dedos de la mano derecha de un niño afectado de pelada en el cuero cabelludo ofrecian una alteracion notable de la uña, alteracion que se acercaba á la producida por el trichophyton. Las estrias longitudinales, en su extremidad libre, estaban separadas, dando á la uña el aspecto de una brocha, y en el cuerpo de la uña se veian, bajo la lámina superficial, pequeñas manchas amarillas dirigidas en el mismo sentido que las fibras longitudinales. El microscopio nos enseñó que estas manchas estaban formadas por el microsporon Audouini, el cual

por otra parte, se presentaba con una riqueza notable en todos los cabellos examinados al microscopio.

Diagnóstico.—La pelada puede confundirse con el vitiligo, con las diversas especies de tiñas, con la alopecia senil y con la sintomática del acné sebáceo y de enfermedades graves.

Peró en el simple vitiligo, cuyo asiento de predileccion no es el cuero cabelludo, las placas presentan ordinariamente una forma irregular y no oval ó circular; los pelos no están siempre alterados en sus caracteres físicos; por último, alrededor de las superficies decoloradas y privadas de pigmento, la piel ofrece un color mas oscuro, una hipersecrecion pigmentaria que jamás se observa en la pelada.

Difficil es confundir el favus con la pelada: en efecto, desprendidas ya las costras favosas, dejan al descubierto superficies ovales ó redondeadas, ligeramente deprimidas, de un color rojo mas ó menos intenso y no de un color blanco de leche. Cuando pasado algun tiempo queda un tejido cicatricial blanco, el aspecto de este tejido es completamente distinto al de la piel sana ó decolorada de las placas de pelada.

Cuando la tiña tonsurante presenta sus caracteres típicos, es imposible confundirla con la pelada, pero algunas veces pierde sus caracteres principales y no ofrece aquel aspecto moreno apizarrado tan característico; desapareciendo simultáneamente la hipertrofia de los folículos pilosos, las placas no están mamelonadas ni elevadas, pudiéndose tomar la afeccion por una pelada, así M. Bazin la designa, como hemos dicho, con el nombre de *falsa pelada*. Sin embargo, un exámen á simple vista permite establecer el diagnóstico. En efecto, en la superficie de las placas denudadas que se forman en la falsa pelada, pueden observarse puntos negros formados por pelos partidos á uno ó dos milímetros de dicha superficie; en la placa de verdadera pelada solo se observan pequeños pelos muy finos y descoloridos que la pinza puede extraer con su raiz.

La *calvicie senil* marcha con regularidad, empieza por las partes anteriores del cráneo propagándose hácia el vértice de la cabeza, y la denudacion queda limitada dentro de un semicírculo de cabellos que se extiende de un temporal á otro pasando por las regiones laterales y occipitales inferiores.

Esta calvicie no es patrimonio exclusivo de la juventud, tambien se la observa en los adultos y en la edad madura bajo la influencia de causas debilitantes; presenta todos los caracteres que acabamos de mencionar.

La *alopecia sifilitica* es producida por afecciones cutáneas que alteran los folículos, ó por una modificacion general que imprime al organismo una enfermedad constitucional; esta es la verdadera *alopecia sifilitica*.

La preceden síntomas sifilíticos, y aparece quince dias ó tres semanas despues de haber empezado los síntomas secundarios.

La cabellera se aclara, dice M. Diday, pero jamás desaparece en totalidad. Cuando la infeccion llega á un alto grado ó ha producido un estado cloro-anémico pronunciado, no se limita la alopecia al cuero cabelludo; las cejas, las pestañas, la barba, los pelos del púbis y de todo el cuerpo sufren la misma suerte, y su ausencia da al individuo un aspecto tan conocido por sí mismo, que es característico para el médico. Y no solamente han caido algunos pelos, sino los que quedan han perdido su apariencia normal. Secos, delgados, sin lustre y quebradizos, todo nos hace adivinar están condenados antes de que se conmuevan. Un hombre que ofrece esta lesion se reconoce á distancia aunque oculte sus cabellos y lleve al aire su peluca.

Las lesiones que en este período de la sífilis se observan en el cuero cabelludo bajo la forma de pequeñas costras, contribuyen á la caída de los pelos. Però la alopecia está muy lejos de limitarse á los puntos, muy circunscritos por otra parte, ocupados por esta erupcion; los cabellos se desprenden, lo mismo lejos que en las mismas costras. Igualmente se desprenden de las cejas, allí donde no puede hallarse ninguna lesion, como donde esta pudiera comprobarse.

La causa de la alopecia sifilitica es mas que una influencia local. Procede de un defecto en la vitalidad, de la desglobulizacion y del empobrecimiento especial que ha herido la sangre. Como en todas las grandes debilitaciones del cuerpo, estados puerperales, fiebres tifoideas, etc., la organizacion entonces economiza, por decirlo así, de la nutricion de las partes accesorias ó supérfluas, cierta cantidad para subvenir al mantenimiento de aparatos necesarios á la vida.

Siendo esencialmente pasajera la debilidad que produce la alopecia sifilitica, podemos prometer á estos enfermos la vuelta de su sistema piloso al estado normal, al cabo de algunos meses. Son exceptuados, sin embargo, aquellos sugetos en cuya familia es un hecho habitual la caída precoz de los cabellos, así como los que, en el momento de contraer la sífilis, tienen próximamente cuarenta años.

Tambien sobreviene la alopecia en la lepra, ora por el hecho

de las infiltraciones localizadas de materia tsarática, ora primitivamente y bajo la influencia directa de la enfermedad misma.

La alopecia es general cuando sobreviene durante la convalecencia de enfermedades graves, á consecuencia del parto, de las fiebres, de las flegmasías, ó en el curso de la tisis, de la diabetes, etc.; todos los cabellos caen al mismo tiempo, porque bajo la influencia del trastorno producido por la enfermedad en la inervacion general, el pelo no recibe los elementos necesarios á su nutricion, perdiendo su adherencia á la piel hasta tal punto, que lejos de volver á la salud y al restablecimiento de su actividad funcional, se desprende á la manera de un cuerpo extraño. Por lo demás, los cabellos se renuevan en general muy pronto en la alopecia sifilítica y en la alopecia consecutiva á las enfermedades graves.

Si la alopecia se debe al acné sebáceo, la cabeza está cubierta de un barniz aceitoso característico.

El acné pilaris va acompañado algunas veces de denudaciones que se presentan bajo la forma de placas circunscritas que pudieran ser tomadas por pelada acromatosa deprimida; pero en el acné pilaris la denudacion ha sido precedida de grupos pustulosos.

La caída de los pelos consecutiva á la pitiriasis va precedida igualmente de fenómenos cutáneos característicos y suficientes para establecer el diagnóstico (1).

(1) No he descrito la historia de la alopecia en el capítulo de los síntomas cutáneos porque en el diagnóstico diferencial de la pelada, con objeto de evitar repeticiones inútiles, solo quise enumerar ligeramente las diversas especies de alopecia; esta nota, por lo demás, completará la historia de este síntoma.

Se designa con el nombre de alopecia (de ἀλώπηξ, zorra, porque este animal pierde los pelos en ciertas épocas del año), un síntoma caracterizado por la pérdida general ó parcial de los cabellos ó de los pelos, cualquiera que sea su causa.

Hay una alopecia natural y una alopecia morbosa.

La alopecia natural comprende: la congénita y la senil ó calvicie. La alopecia congénita, ordinariamente parcial, es producida por un detenimiento en el desarrollo de los folículos pilosos; está caracterizada por superficies denudadas, lisas ó revestidas por un vello finísimo. Este estado persiste durante algunos meses, y aun uno ó dos años, pero rara vez dura toda la vida.

Ya hemos descrito mas arriba la alopecia senil.

La alopecia patológica reconoce causas múltiples: ora es debida á quemaduras, á inflamaciones traumáticas de las regiones velludas ó á parásitos que destruyen la raíz del pelo; (*alopecia por causa externa*); ora sobreviene en el curso ó la convalecencia de enfermedades agudas ó crónicas, como las erisipelas, las fiebres eruptivas, la tisis, la diabetes, etc., ora es consecutiva á las afecciones cutáneas producidas por las enfermedades constitucionales, como el artrismo, el herpetismo, la sífilis, etc.—*Alopecia por causa interna*. — Para

El lupus eritematoso del cuero cabelludo simula hasta cierto punto la pelada acromatosa; no obstante, el lupus, en su período de estado, presenta un rodete circunferencial rojizo, que cuando se ha curado deja en pos de sí una cicatriz, mientras que en la pelada, ora á simple vista, ora con una lente, podemos observar una gran cantidad de vello.

Pronóstico.—La pelada tiene un pronóstico mas sério que las otras tiñas, aunque no determina ninguna alteracion de la salud por mas que esté generalizada. Pero es muy difícil obtener la curacion, y ésta no sobreviene hasta pasado mucho tiempo.

Tratamiento.—Se usa el mismo que en las demás tiñas, y consiste en la depilacion y el empleo de los agentes parasiticidas. Pero la depilacion es muy difícil, porque el vello que es preciso extraer escapa de la pinza. Así que debemos repetir muchas veces esta operacion y no cejar hasta que los cabellos hayan recobrado sus caractéres normales. Por lo demás, la depilacion debe practicarse, no solamente al nivel de las superficies enfermas, sino tambien en cierta extension de su perímetro.

establecer el diagnóstico es preciso tener en cuenta la *generalizacion ó localizacion de la alopecia*: la generalizacion indica una causa que dirige su accion sobre todos los folículos pilosos (*alopecia caquética*), ó la existencia del *microsporion Audouini*.

De su estension cuando es parcial. Unas veces está denudado todo el cráneo, otras la denudacion se limita á placas mas ó menos grandes. Las afecciones parasitarias en su principio y el acné pilaris, no determinan mas que alopecias circunscritas del cuero cabelludo; las placas denudadas solo se observan en algunos sitios.

De la denudacion mas ó menos grande de las partes afectas. Tan pronto no queda ningun vestigio de pelos, como, por el contrario, todavía se observan algunos ó tan solo un ligero vello. Si la alopecia es completa y generalizada, no quedando ningun vestigio de pelos, es producida por el *porriño decalvans*; si es completa, pero parcial, podemos creer haya sido producida por una especie de tiña, por las sifilides ó por las escrofulídes profundas del cuero cabelludo (*lupus eritematoso y pelada*).

De la forma que presentan las superficies desprovistas de pelos. Pueden ser redondeados ú ovals, irregulares y sin límites definidos. En la pelada acromatosa, su forma es oval é irregular en la pelada decalvante.

Marcha. La caída rápida de los cabellos es signo de una enfermedad aguda.

Duracion. Una alopecia de corta duracion supone la existencia anterior de una enfermedad aguda, la que se remonta á una época lejana, hace pensar en una afeccion herpética, en una pelada ó en un favus.

Estado de los cabellos. Los cabellos secos, deslustrados y de un color gris de raton, pertenecen al favus; los pelos rotos, bifidos, ensortijados, indican una tiña tonsurante; en fin, en la pelada no existe mas que un ligero vello. Los cabellos están secos en la pitiriasis y grasientos en el acné sebáceo.

Estado de la sensibilidad. La anestesia indica la existencia de una lepra tuberculosa; la comezon, una pitiriasis, los pinchazos, el acné.

Estado de la piel. Si el color de la superficie denudada es pálido y liso, solo puede du-

2.º Vegetales epidermofíticos.

M. Bazin designa con el nombre de *crasis parasitarias* las diversas afecciones producidas por los vegetales epidermofíticos. Las crasis parasitarias corresponden á las afecciones designadas por los autores con los nombres de *pitiriasis versicolor*, *pitiriasis nigra*, *cloasma* ó *macula gravidarum* manchas epáticas, eflides lenticulares, las cuales son miradas por ellos como otras tantas afecciones distintas.

Ahora bien: todas estas afecciones no son mas que una sola, producida por el *microsporon furfur*, vegetal que debiera llamarse epidermofyton, y que ha sido descubierto por Eichstedt.

El *microsporon furfur* vive á espensas del epidermis, y ocupa sus capas superficiales; rara vez se encuentra en el vello, pero jamás destruye las células pigmentarias.

Sintomatología.—Las crasis parasitarias pueden observarse en todos los puntos del cuerpo, pero principalmente en el tronco

darse entre la pelada acromatosa ó el vitiligo leproso; si es apizarrada dicha superficie y tiene un aspecto rugoso y mamelonado, se trata de una tiña tonsurante. La depresion de la piel pertenece á la pelada acromatosa. Si el fondo de la superficie desnuda está formado por un tejido cicatricial, debemos creer haya sido producida por el favus, una sífilide ulcerosa ó una escrofulide cutánea profunda.

El pronóstico varía segun la causa; es menos grave en la alopecia por causa externa que en la alopecia por causa interna.

Siendo la alopecia una consecuencia de la alteracion de los vulvos pilosos, el tratamiento consistirá en aplicaciones tópicas sobre la piel y los orificios glandulares.

M. Bazin aconseja cortar los cabellos á menudo cuando la alopecia se debe á una pitiriasis; rasurar, si es efecto del acné sebáceo; en fin, si es el resultado de la existencia de parásitos, la depilacion, y además la brea, el aceite de enebro para las afecciones escamosas, las cataplasmas de féculas para separar las costras; en seguida las pomadas astringentes de calomelanos, tanino, óxido de zinc, etc., ó solamente polvos de arroz ó de almidon, segun el estado de inflamacion de las superficies, y soluciones de saponina ó de potasa si hay costras sebáceas. En ausencia de toda lesion material, los tónicos y astringentes, como los preparados de zinc, de hierro, de ratania, de quinina y alumbre, son los indicados con especialidad. Por último, al tratamiento local debe ir unido un tratamiento general, basado en la naturaleza de la enfermedad causa de la alopecia.

En estos casos en que no hay lesion, tienen buen éxito las pomadas siguientes: tuétano de buey, 250 gram.; acetato de plomo, 4 gram.; raiz del Perú, 30 gram.; alcohol á 30º, 8 gram.; tintura de cantáridas, 1,20 gram.; tintura de clavo y de canela, aa. 0,72 gram.; (Dupuytren); zumo de limon, 4 gram.; extracto de quina, 8 gram.; tintura de cantáridas, 4 gram.; aceite empireumático de enebro, 1 gram.; aceite esencial de bergamota, 0,05 gramos, y tuétano de buey, 60 gram. (Schneider); por último, la pomada de Cazenave, compuesta de tintura aromática del Codex, 4 gram.; aceite de ricino, 4 gram., y tuétano de buey, 30 gramos. (N. del A.)

y cara; están caracterizadas por manchas oscuras (*pitiriasis nigra*) ó de un color de café con leche ó moreno amarillento, manchas que no desaparecen bajo la presión del dedo; son asiento de una descamación furfurácea, afectan una forma irregular de bordes sinuosos, y por último, sus dimensiones varían entre las de una pieza de 20 céntimos y la de la palma de la mano (*pitiriasis versicolor*).

La esfoliación furfurácea es continua, pero tan poco marcada á veces que se necesita examinar con cuidado las superficies enfermas para descubrirlas. Está formada por restos epidérmicos y materia parasitaria.

La comezón ligera, en general, que precede y acompaña á las crisis parasitarias es muy viva, según algunos autores, bajo la influencia de ciertas condiciones higiénicas y fisiológicas.

Las crisis parasitarias recidivan muchas veces á causa de haber sido incompletamente destruida la criptógama y quedar por esto algunos esporos que reproducen la afección.

Fácilmente se obtiene la curación con el tratamiento que más arriba hemos expresado.

Etiología.—La adolescencia y la edad adulta, el temperamento linfático, el embarazo (manchas de las mujeres en cinta), y quizá ciertas enfermedades del hígado dependientes de enfermedades constitucionales, favorecen el desarrollo de las crisis parasitarias (*causas predisponentes*).

La única causa determinante es la existencia del microsporón *furfur*. Este hongo ofrece idénticos caracteres en la *pitiriasis versicolor*, en el cloasma de las embarazadas y en las manchas hepáticas; ocupa un término medio entre las criptógamas de las tiñas y las de las mucosas, pareciéndose á estas últimas por una red pequeñísima compuesta de tubos rectos ó contorneados, simples ó ramificados con esporos terminales, filamentos más delgados que los del *oidium albicans* y sin tabiques.

Los esporos son casi todos esféricos, parecen tener contornos duplicados, y no encierran granulaciones en su interior.

Jamás penetra este vegetal en el interior de los pelos, solamente se desarrolla en la superficie, de aquí la curación rápida de las crisis parasitarias. La coloración de los tegumentos se debe á la mezcla del vegetal con el epidermis.

Si se quiere comprobar la existencia del microsporón Audouini, es preciso raspar con un bisturí la superficie enferma, colocar las escamas así obtenidas sobre un vidrio, añadir una ó dos gotas de ácido acético, cubrir esto con un delgado vidrio y colocarlo

todo en el campo del microscopio; entonces con un aumento de 300 diámetros podrán observarse los esporos y tubos esporularios.

Diagnóstico.— En general es muy difícil, sin embargo; á veces se presentan dificultades. Si una sífilide papulosa, dice M. Bazin, se desarrolla en un individuo afectado hace algun tiempo de pitiriasis versicolor, las pápulas desaparecen en cierta época, no quedando mas que manchas cuyo aspecto difiere poco de las crisis parasitarias. En semejante caso, el parásito pasa desapercibido muchas veces; entonces tambien causa admiracion que una sífilide papulosa vaya acompañada de picor. Sin embargo, la comezon, que falta en la sífilide, la forma y la extension de las manchas, su color y la descamacion, bastan para establecer el diagnóstico.

Las pecas se distinguen de las efélides lenticulares por la ausencia de prurito y de furfuracion, y por la imposibilidad de hacerlas desaparecer raspándolas con un instrumento cortante.

Las manchas hepáticas pueden tomarse por manchas sífilíticas; pero estas últimas van acompañadas de cierto número de síntomas específicos que no pueden dejar duda alguna respecto al diagnóstico.

La pitiriasis nigra tiene cierta analogía con el acné sebáceo; no obstante, la pitiriasis ocupa ordinariamente las regiones temporales, mientras que el acné reside casi siempre en la punta de la nariz, y no va acompañado de prurito, fenómeno que rara vez falta en la pitiriasis. En fin, la materia sebácea que se concreta en la superficie de la piel tiene una semejanza muy lejana con la materia parasitaria y epidérmica que forma las manchas morenas de la *pitiriasis nigra*. A veces se han tomado por placas de vitiligo las partes sanas de la piel que separan las manchas de pitiriasis versicolor; ahora bien, basta hacer notar el error para evitarlo.

La *pitiriasis simplex* y la *pitiriasis rubra* se conocen por su color, su marcha, sus escamas mas gruesas y mas francamente laminosas.

Tratamiento.— Siendo producida la afeccion por un hongo situado en la parte mas superficial del epidermis ó en la superficie de la piel, basta para obtener la curacion ordenar á los enfermos las lociones de sublimado al 1/300 y baños sulfurosos ó de sublimado.

3.º Vegetales epiteliophyticos.

Se desarrollan sobre las mucosas, y solo aparecen en la piel cuando á consecuencia de frotamientos repetidos ha adquirido esta los caractéres de las mucosas, ó tambien cuando se ha desprendido el epitelio.

En la mayor parte de los casos se producen consecutivamente á una alteracion de los líquidos; el *oidium albicans* no aparece sino cuando el mucus bucal se ha hecho ácido. Como los demás vegetales, estos son trasmisibles de un individuo á otro, y desaparecen rápidamente bajo la influencia de los agentes parasití-cidas.

M. Bazin aconseja reemplazar en el tratamiento del muguet, el borax por la solucion de sublimado, de accion mucho mas rápida.

B. Afecciones cutáneas producidas por parásitos animales.

Los animales que viven en la piel del hombre son de dos categorías distintas: unos ocupan siempre la superficie exterior del cuerpo, recorriéndola libremente; otros se hallan situados en el espesor mismo del epidermis.

En la primera categoría se encuentran el piojo y la pulga comun; en la segunda, la nigua ó pulga penetrante y el sarcopto.

1.º Afecciones producidas por animales parásitos que viven en la superficie de la piel.

(a) AFECCIONES PRODUCIDAS POR EL PIOJO.

Se distinguen tres especies de piojos: 1.º el de la cabeza; 2.º el del cuerpo; 3.º el del púbis. Cada especie tiene su sitio de predileccion que solo accidentalmente abandona. Así, los piojos de cabeza, por numerosos que sean, nunca se estienden al resto del cuerpo, ni se desarrollan libremente hasta producir los mismos accidentes que solo corresponden á los piojos de la segunda especie; los del púbis llegan á invadir las axilas, las patillas y las cejas, pero siempre respetan los cabellos.

Piojo de la cabeza (1).—Esta especie se observa en los niños

(1) Para los caractéres zoológicos del piojo, de la pulga y de la nigua, remito al lector al *Traité de zoologie* de Moquin-Tandon; tan solo indicaré los del *ácarus scabiei*. (N. del A).

sucios y mal cuidados, complicándose muchas veces con el eczema, el impétigo, la tiña, y sobre todo el favus. Segun Natalis Guillot, los niños de pecho no presentan jamás este parásito.

La existencia de este insecto se traduce por una comezon mas ó menos viva, que obligando á rascarse, produce en el cuero cabelludo cierta irritacion, y, por lo general, erupciones sintomáticas impetiginosas: la afeccion designada con el nombre de impétigo granulata y de tiña granulada de Alibert, es un efecto habitual de la presencia del piojo en el cuero cabelludo. Este impétigo está caracterizado por la presencia enmedio de los cabellos de pequeñas costras diseminadas y de una forma muy irregular y desigual. Estas costras, muy parecidas á pequeños granos de arena ó de argamasa, suceden á pequeñas pústulas nacidas en la base de los pelos. Una parte de estos granos está en contacto con los tegumentos del cráneo; la otra, separada por las uñas del enfermo, rueda entre los cabellos, que se hallan muy erizados. Esta afeccion radica con preferencia en la parte posterior de la cabeza; va acompañada casi siempre de un olor infecto, y en estos casos los piojos pululan en gran número entre las costras (Bazin).

Para M. Bazin el impétigo *granulata* es una afeccion provocada por parásitos animales, ó, por el contrario, y esto es lo mas frecuente, una manifestacion escrofulosa modificada por la presencia de dichos parásitos.

Un exámen algo atento permitirá observar los piojos enmedio de las costras, á las que levantan, y bajo las cuales se abrigan; en fin, en los cabellos se hallan fijos un número mayor ó menor de liendres ó huevos de estos insectos, notables por su forma oblonga, su color blanco y por la vaina que les une á los cabellos.

En ningun caso deben respetarse estos parásitos; es preciso destruirlos con unturas de unguento napolitano y lociones con la estafisagra.

Piojo del cuerpo. — Se encuentra habitualmente en los viejos de la clase pobre, á los cuales produce erupciones papulosas acompañadas de viva comezon (*prurigo pedicular*).

Segun M. Bazin, el diagnóstico es fácil, un prurito á veces mas violento que el del prurigo formicans, algunas pápulas, estrias negras y alargadas producidas por la accion de rascarse, situadas en distintos sitios del cuerpo, pero principalmente en el dorso y hombros: tales son los signos que deberán hacer suponer en un hombre de edad avanzada, la existencia de animales parásitos. El prurigo *senilis*, las mas veces no es mas que un prurigo

pedicular; además, tambien se verán correr los piojos por la superficie del cuerpo. En la mayor parte de los casos el pronóstico es simple; un tratamiento insecticida produce rápidamente la curacion. Algunas veces, sin embargo, la piel presenta un color bronceado de mal aspecto, exhala un olor repugnante, y los piojos se propagan con sorprendente rapidez, renaciendo á medida que se les destruye. Estos hechos han inducido á los médicos antiguos y aun á los modernos á pensar que habia generacion espontánea de un gran número de piojos. Esta idea debe rechazarse completamente, pues que siempre se obtendrá una rápida curacion, á beneficio de baños sulfurosos ó con cinabrio, y en los casos rebeldes con las lociones y baños de sublimado.

Piojo del púbis (pediculus pibis). — Estos parásitos, no solo ocupan las partes genitales, sino tambien las demás regiones velludas, esceptuando la cabeza; producen una comezon muy viva, y la piel está sembrada de un gran número de granulaciones rojas, formadas por gotitas de sangre concreta. El pediculus púbis se encuentra con dificultad á causa de su adhesion á los pelos y su pequeño volúmen.

Para destruir el parásito bastan algunas fricciones con el ungüento napolitano.

(b) AFECCIONES PRODUCIDAS POR LA PULGA COMUN.

Despues de la picadura de una pulga, se forma en la piel una elevacion congestiva redondeada y dura, en cuyo centro existe un pequeño punto mas rojo, indicio del lugar en que se ha hecho la picadura; la elevacion se borra gradualmente, afectando el puntito rojo los caracteres de un pequeño equimosis, que ocupa el centro de un círculo rosado, que disminuye progresivamente y desaparece bien pronto, en tanto que la mancha equimótica persiste durante muchos dias despues de la desaparicion del círculo rosado que le rodea.

Estos caracteres son suficientes para distinguir la erupcion producida por la pulga, de las petequias.

2.º Afecciones cutáneas producidas por animales parásitos que ocupan el espesor de la piel.

(a) AFECCIONES PRODUCIDAS POR LA NIGUA.

M. Bazin describe en estos términos los fenómenos producidos por la nigua, parásito que habita los climas tropicales y que

jamás hemos tenido ocasion de observar aquí (1). Este animal, que ataca particularmente los piés y se aloja con preferencia debajo de las uñas y en la piel del talon, provoca un prurito ligero al principio, pero que bien pronto se hace insorpotable y no tarda en ser reemplazado por un verdadero dolor; en este momento el cuerpo del insecto está hundido hasta la mitad, no pudiéndose extraer sino con precauciones, y á veces con dificultad; si se tira con fuerza, se rompen las partes que le rodean, quedando en los tejidos algunas porciones del parásito que desarrollan una inflamacion de mala naturaleza. Es mas pequeño que la pulga comun, pero su cuerpo puede adquirir el volúmen de un guisante ó de un haba cuando se encuentra lleno de sangre.

(b) AFECCIONES PROVOCADAS POR EL ACARUS SCABIEI, SARNA PSORE.

Definicion. — La sarna es una afeccion contagiosa de la piel debida á la existencia del *acarus scabiei* ó *sarcopte*, caracterizada por una lesion específica (eminencia acariana y surco) y por erupciones inflamatorias sintomáticas variables segun la anti-güedad de la afeccion, la edad del sugeto y las predisposiciones individuales.

Sintomatologia. — M. Bazin admite tres períodos en la marcha de la tiña.

El primer período, ó de incubacion, tiene una duracion que varia de dos á tres dias y aun un mes ó seis semanas. Durante este espacio de tiempo, el enfermo solo experimenta cierta comezion al nivel de las partes ocupadas por el parásito, estando afectado únicamente de erupciones fugaces, tales como algunos rasgos eritematosos.

El segundo período, ó de estado, presenta cuatro órdenes de síntomas: 1.º síntomas producidos por los parásitos (sarcoptes); 2.º síntomas que resultan de las modificaciones que los parásitos imprimen directamente á la piel y sus anejos (surcos); 3.º erupciones sintomáticas; 4.º fenómenos simpáticos (trastornos de la inervacion cutánea).

1.º *Síntomas producidos por el parásito.* — M. Bazin da del

(1) Segun D. Antonio J. Amadeo, la nigua (*pulex penetrans* de L.), puede ser importada á los puertos marítimos de España, Francia y aun á latitudes mas altas, habiéndose observado en Paris el año 1867. Se cria y reproduce en las caballerizas y porquerizas, tanto, que el puerco se considera como el conservador de este afaníptero. (Para mas detalles véase el núm. 475 de *El Pabellon Médico*, año 1871.) (N. del T).

sarcopte la descripción siguiente, que transcribiremos textualmente.

El sarcopte debe ser considerado, no como un insecto, sino como un arácnido degradado (Moquin-Tandon); es probable respire por la superficie cutánea y no por la boca como cree M. Bourguignon. Borel fué el primero que señaló hácia mediados del siglo XVII la semejanza del arador de la sarna con la tortuga. Este animalillo es blanquecino, trasparente, con cierto brillo y de forma redondeada, tiene 0^{mm},33 de longitud por 0^{mm},25 de ancho; el dorso, mas abombado que el vientre, tiene cierto número de tubérculos córneos (aguijones), los unos llenos (estos son los mas pequeños), oradados por un canal los otros; el abdómen presenta arrugas transversales, irregulares, generalmente curvilineas; sus bordes son algo sinuosos; en la parte posterior y en la línea media, se ve una escotadura, al nivel de la cual, sobre el dorso, se encuentra el ano con dos pares de largas cerdas.

Las patas, en número de ocho, forman cuatro pares, dos anteriores y dos posteriores muy separados de las de los primeros. Las patas anteriores terminan por una porcion muy delgada, tubulosa, que lleva en su extremidad una ventosa, disposicion notable que facilita singularmente la progresion del animal. Las patas posteriores son abdominales, y terminan por una larga cerda arqueada, sin ventosa.

Se da el nombre de apodemas á las partes duras que forman el esqueleto. Un apodema medio representa al esternon; los apodemas laterales ocupan la base de las patas y representan las epimerias de los insectos.

El rostro del sarcoptus, pequeño, recto, obtuso y ovoideo, tiene dos cerdas en su origen y se compone de dos mandíbulas, de dos maxilas con dos palpos maxilares enormes formados de tres artejos, los cuales están revestidos por tres pelos y rodeado todo de un reborde membranoso delgado que representa las mejillas. Las mandíbulas, en su extremidad, están dispuestas en gancho, formando una pinza con la prolongacion que les recibe del rostro. Tambien debo mencionar el menton situado sobre la convexidad de las maxilas, y el labro inferior que forma debajo un plano en el cual se distingue una lengüeta lanceolada.

La boca se continúa con el exófago, y éste con el estómago (Wieger). El intestino es corto y el recto, que casi lo es así por carecer de ángulos (Bourguignon), se dilata antes de abrirse al exterior.

El sistema nervioso está representado por un engrosamiento

trasversal, situado cerca del exófago y del cual parten hácia delante y atrás filamentos muy delgados. Ya hemos dicho antes que el *sarcoptus* carece de ojos.

El aparato genital de la hembra está formado por una hendidura transversal (vulva), situada detrás del apodema esternal y que comunica con un cuerpo glanduloso (ovario).

El aparato del macho, muy bien descrito por M. Lanquetin, está situado en la parte posterior y media del abdómen; sostenido y protegido por una pieza córnea que se articula con los apodemas de las patas posteriores; se compone de dos testículos, dos próstatas y un pene con su piel.

No es solamente el aparato genital el que distingue los dos sexos. El *sarcoptus* macho es mas pequeño (cerca de la mitad), las eminencias cutáneas del dorso menos numerosas, las patas posteriores menos separadas y sus apodemas unidos en la línea media; el tercer par tiene pelos mas largos, en fin, y este es el principal carácter distintivo; el último par, mas corto como los pares anteriores, está terminado por una ventosa.

Los machos, mucho mas raros que las hembras, no hacen surcos, sino que, dotados de cierta agilidad, recorren sin cesar la superficie del cuerpo y buscan un abrigo bajo las costras y eminencias epidérmicas que lindan con los surcos. Bajo el punto de vista del diagnóstico no tienen una importancia real.

Después de la fecundación, los huevos aumentan en el cuerpo de las hembras, pudiendo adquirir un volumen considerable antes de haber sido depuestos en el surco. Son ovoideos, lisos y como nacarados, pareciéndose mucho á las perlas del *Unia margaritifera*. Cada hembra puede, en un mes, y por una fecundación, deponer una veintena de huevos.

Doce dias necesitan los huevos para trasformarse en larvas. Estas son pequeñas (un sexto de milímetro de longitud), no tienen mas que seis patas, y no obstante son muy ágiles. Al cabo de algunos dias, se engordan, pierden la piel, los órganos sexuales aparecen con las últimas patas, y el animal llega á su estado perfecto.

Bajo el punto de vista patológico, solo la hembra tiene gran importancia. Después de haber escogido un punto conveniente, orada y forma en el espesor del epidermis una especie de galería (surco) en la cual ocupa siempre su extremidad bajo la forma de un pequeño punto blanco brillante y bastante elevado para merecer el nombre de *eminencia acariana* que M. Bazin le ha dado. Con un poco de hábito es fácil poner el animal al descu-

bierto y hacerle salir de su albergue. Para esto se sirve de una aguja ó alfiler, con los cuales se desgarran la epidermis á un milímetro poco mas ó menos del punto blanco dirigiendo la punta hácia él, y se pasa el instrumento por debajo del animalillo, el cual se agarra á su punta, permaneciendo inmóvil algunos instantes; entonces tiene mucha semejanza con un grano de fécula. El animal ejecuta bien pronto movimientos perceptibles á simple vista. Si se coloca ese punto blanco en el campo del microscopio, se comprueban todos los detalles mas arriba indicados.

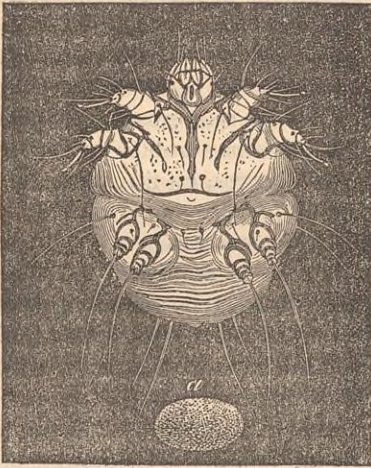


Figura 6.ª—Acarus hembra.



Figura 7.ª—Acarus macho.

2.º *Modificaciones directamente imprimidas por el parásito en la piel y sus anejos.*— Los surcos constituyen un síntoma patognomónico de la sarna é indican el punto donde debe encontrarse el sarcoptes. Su existencia basta para permitir diagnosticar la sarna. Estos surcos solo los produce el ácarus hembra, para lo cual orada y hace galerías con sus órganos bucales en el espesor del epidermis; por lo demás, tienen cierta semejanza con las señales que produciría la punta de un alfiler que se pasase á lo largo de la piel. Son de un blanco grisáceo, si los sugetos tienen la piel fina y limpia; negruzcos, por el contrario, si es dura, gruesa y sucia; en fin, afectan un tinte variable segun las profesiones ejercidas por los enfermos (Lanquetin).

La longitud de los surcos varía desde algunos milímetros á uno ó dos centímetros, y su dirección puede ser recta, curva ó angulosa. Por medio de una lente, puede observarse que el as-

pecto grisáceo se debe á la presencia de unos puntos oscuros correspondientes á pequeñas soluciones de continuidad por las cuales entra libremente el aire, y asimismo salen las larvas del ácarus.

Las galerías epidérmicas encierran heces de ácarus, huevos en diversos periodos de desarrollo, larvas y algunos despojos marchitos de piel resultantes de la metamórfosis de estos últimos.

Cada surco presenta dos extremidades, una que dió entrada al parásito, la otra, cerrada y redondeada, encierra á aquel.

¿Corresponde una de las extremidades del surco á una vesícula y la otra á una eminencia acariana? M. Bazin y M. Piogey creen: que la vesícula puede encontrarse en cualquier punto del surco, á veces próxima al ácarus, siendo difícil en este caso dejarla intacta cuando se quiere extraer el animal; que el surco puede pasar sobre la vesícula, á la cual parece atravesar; que entonces, la extracción del sarcoptes es mas difícil; que en este caso, el menor roce puede traer la rotura de la vesícula y la muerte del parásito; por último, puede suceder que el surco rodee mas ó menos completamente á la vesícula.

Los surcos ocupan con preferencia los espacios interdigitales, la cara anterior de la muñeca, el pene en el hombre, y los pechos en la mujer. Su número es muy variable, unas veces se descubren en abundancia, otras muy pocas. Según M. Bazin, estas variaciones no están en relación con la abundancia de los fenómenos eruptivos, sino con las condiciones de terreno que favorecen el desarrollo de los ácarus. Ciertos enfermos, cubiertos de surcos, no presentan erupción alguna; entonces, están atacados de sarna, pero no tienen la erupción psórica que exige una predisposición especial. Debemos añadir que los surcos son raros en la forma pustulosa de la sarna y frecuentes en la forma papulosa.

Erupciones sintomáticas.—Para ciertos autores solo obraría el ácarus como irritante en la producción de las erupciones sintomáticas; para otros, inocula cierto virus cuya absorción determina erupciones cutáneas (Moquin-Tandon). Como quiera que sea, se ven aparecer, por lo general, vesículas ó pápulo-vesículas puntiagudas, transparentes en el vértice, rosáceas en la base, las cuales se observan principalmente en los intervalos de los dedos, habiendo sido tan comunes antes, que descubierto ya el parásito y el surco, no se consideran ya como patognomónicas. Son producidas por la acción de rascarse y por el parásito. Ora se desecan y desaparecen rápidamente dejando en su lugar una pequeña costra amarillenta y delgada; ora, irritadas por el frote ó por

aplicaciones tópicas, se trasforman en fistulas y duran mucho mas tiempo. Pero tambien pueden observarse simultáneamente pústulas de impétigo, mas á menudo de ectima, y algunas veces ampollas, forúnculos y adenitis simpáticas.

Segun M. Hardy, las pápulas faltan una vez por ciento, las vesículas de diez veces faltan una, y las pústulas se presentan una vez por cada siete individuos en general.

Fenómenos simpáticos.—El prurito, intenso en el primer período, aumenta en el segundo, haciéndose en esta época uno de los síntomas mas penosos para los enfermos, los cuales no pueden á veces tener un instante de reposo. Aumenta por la noche, sin duda á causa de tener el ácarus entonces mayor actividad, pero quizá sea debido mejor al calor de la cama. Bajo la influencia del prurito, los enfermos se rascan, se escorian la piel, y entonces aparecen rasgos negruzcos producidos por sangre desecada y muy semejantes á los que se observan en el prurigo. Aparte de estas lesiones mecánicas inmediatas, dice M. Bazin, la accion de las uñas produce casi inevitablemente una irritacion mas ó menos viva de la piel, y como consecuencia de esto, nuevas erupciones que aparecen y se confunden con las producidas por el sarcoptus.

Cuando á beneficio de un tratamiento conveniente se destruyen los parásitos ó mueren espontáneamente, lo que es raro, las erupciones se extinguen gradualmente, el epidermis se desprende al nivel de los surcos, y no queda de estos ninguna señal al cabo de poco tiempo; pero la comezon, menos viva que en el período de estado, persiste, sin embargo, á veces mucho tiempo despues de los otros síntomas mencionados.

Bajo la influencia de enfermedades agudas, las erupciones desaparecen y la piel recobra su estado normal, pero al desaparecer aquellas, vuelve á reproducirse el ácarus y sobrevienen nuevas erupciones. Segun M. Bourguignon, el ácarus dormiria durante el curso de las enfermedades agudas y reviviria al principio de la convalecencia. Segun M. Lanquetin, el ácarus abandona la superficie del cuerpo al no encontrar en él los elementos necesarios á su nutricion, siendo los huevos los que producen la regeneracion de los sarcoptus al volver la salud.

Complicaciones.—La sarna puede complicarse con otra afeccion parasitaria y con otras erupciones artificiales, desarrolladas en general, ó por tratamientos intempestivos, ó por afecciones constitucionales de naturaleza escrofulosa ó dartrosa.

Variedades de forma y sitio.—M. Bazin admite una forma papulosa, caracterizada por numerosas pápulas á la vez que un

gran número de surcos y parásitos; una forma pústulo-vesiculosa con pocos parásitos y surcos, caracterizada por el predominio de pústulas y vesículas, observándose principalmente en los sugetos linfáticos y no en los nerviosos, como sucede á la forma papulosa; en fin, una forma caquética, en la cual, á consecuencia de rascarse ó de un tratamiento intempestivo, las erupciones se presentan confluentes y tenaces, ó bien se complican con afecciones escrofulosas y dartosas, despertadas por la presencia del parásito.

M. Lanquetin ha descrito una forma particular, en la cual la piel se trasforma en una costra gruesa, dura y compuesta casi exclusivamente de ácarus, huevos y excrementos de aquellos (sarna de Noruega, bien descrita por el profesor Bock).

Esta afeccion, ora es general, ora parcial.

La sarna general es la mas común; empieza por las manos y las muñecas, estendiéndose bien pronto á las demás regiones por la misma mano del enfermo que trasporta el ácarus principalmente á las partes genitales obligado por la necesidad de orinar. La sarna del pene, segun Piogey, se observa en ocho enfermos de cada diez, y está caracterizada por gruesas pápulas que se hacen bien pronto purulentas en su vértice y en las cuales se distingue ordinariamente el surco bajo la forma de un pequeño rasgo oscuro; en la extremidad de éste se encuentra el punto blanco característico, la eminencia acariana.

Algunas veces, la sarna está limitada al pene ó á los pechos, siendo probable que en estos casos haya sido trasportado el ácarus á estas regiones por una mano extraña. De la misma manera se producirá quizá la sarna que empieza por las nalgas ó el vientre.

Puede decirse, con M. Bazin, que la sarna se desarrolla primitivamente en los puntos que han sufrido un contacto; que las nodrizas transmiten con frecuencia la enfermedad á los muslos ó nalgas de los niños confiados á su cuidado; que despues de las relaciones sensuales con una mujer sarnosa, se desarrolla esta afeccion en el pene, comunicando á su vez el sarnoso la enfermedad á los pechos de la mujer.

Etiologia.—Poca importancia tienen las causas predisponentes. M. Bazin cree que el sexo, el temperamento, la edad, etc., no tienen ninguna influencia en el desarrollo del parásito, teniéndola solamente respecto á las erupciones sintomáticas. Los niños y los sugetos linfáticos son afectados de sarnas pustulosas, mientras que los robustos y sanguíneos ofrecen erupciones papulosas acompañadas de forúnculos.

La miseria y la suciedad favorecen de una manera notable el contagio; así la sarna se observa en los pobres, principalmente durante el invierno, porque en esta época del año los obreros duermen con frecuencia juntos á causa del frío.

Los ácarus machos, las ninfas y las hembras no fecundadas tienen un papel muy secundario; llegan en verdad á producir alguna irritacion, pero como no se reproducen, puede decirse no existe verdadera sarna. Por el contrario, una sola hembra fecundada puede producirla por sí sola, dando origen á un gran número de huevos que sirven de punto de partida á otras nuevas generaciones.

El contagio se opera, en general, mas rara vez por el contacto inmediato que por el mediato.

Segun las investigaciones de MM. Bourguignon y Delafond, ciertos animales podrian transmitir al hombre algunos sarcoptus, los cuales, haciendo galerías, producirian una enfermedad análoga á la que estamos estudiando.

Diagnóstico.—La existencia de uno ó muchos surcos, y con mas motivo todavía la del mismo sarcoptus en la piel, permiten establecer el diagnóstico de un modo positivo. Pero cuando algunas veces faltan los surcos y hay dificultad en la extraccion del ácarus, es preciso apoyarse en los caracteres especiales de la sarna que M. Bazin ha resumido muy bien en estos términos:

Las erupciones que cubren las manos, las muñecas, los brazos, los piés ó la parte inferior de las piernas, pero sobre todo las manos, son diversas.

En la cara interna de los dedos se ven papulo-vesículas cónicas poco numerosas; en el pene, gruesas pápulas rojas. Los fenómenos eruptivos abundan de una manera sorprendente en ciertas regiones, tales como las axilas y las nalgas, es decir, allí donde el parásito establece su domicilio con preferencia; en la cara no se observa erupcion.

El prurito que el enfermo experimenta, es mucho mayor por la noche que de dia.

Pronóstico.—Hoy dia la sarna no es una afeccion seria, pues en algunas horas y á beneficio de agentes insecticidas, podemos hacerla desaparecer completamente.

A veces, no obstante, en los niños y los viejos suele persistir el ectima despues de la desaparicion del ácarus, y resistir por mucho tiempo al tratamiento mejor instituido.

Tratamiento.—El médico debe procurar destruir el parásito, combatir las erupciones sintomáticas y modificar, si es necesario, la constitucion del enfermo.

M. Bazin ha sido el primero en demostrar de una manera evidente, que para curar la sarna era necesario poner el parásito, en todos los puntos, en contacto con los parasiticidas (1850), es decir, dar una *fricción general* muy ruda para abrir los surcos y poner los ácarus y sus huevos en contacto con la pomada insecticida.

A partir de 1850, instituía el tratamiento siguiente, basado en los principios precedentes. Hacia friccionar al enfermo con la pomada de Helmerich, cuya fórmula es así: manteca, 200 gr., azufre sublimado, 50 gr., subcarbonato de potasa, 25 gr. Esta fricción la renovaba seis horas después, prescribía un baño al siguiente día ó al otro, hacia colocar los vestidos en una estufa calentada á 100°, y mandaba al enfermo completamente curado á los dos días de su entrada en el hospital.

Aceptando M. Hardy los principios generales de M. Bazin, ha reducido el tratamiento de la sarna á dos horas. Al principio manda friccionar la piel con jabon negro por espacio de media hora, con objeto de limpiarla; en seguida prescribe un baño de otra media hora para reblandecer el epidermis; por último, ordena se dé una fricción general con la pomada de Helmerich modificada. Durante este tiempo los vestidos del enfermo se ponen en una estufa calentada á 80° y el enfermo queda curado.

Este es el tratamiento seguido en el hospital de San Luis, y desde algunos años los sarnosos no se admiten en el hospital.

Después de este tratamiento persisten con frecuencia, durante cierto tiempo, el prurito y las erupciones sintomáticas, fenómenos que desaparecen bajo la influencia de los baños simples ó almidonados.

AFECCIONES PROVOCADAS INDIRECTAS Ó PATOGENÉTICAS.

Definición.—M. Bazin designa con el nombre de afección *patogenética* á toda erupción producida por la absorción de una sustancia en el organismo.

Las afecciones patogenéticas están representadas por una sola lesión elemental ó por lesiones múltiples, también elementales.

(a) **Afecciones caracterizadas por una sola lesión elemental.**

AFECCIONES ERITEMATOSAS.

1.° *Eritema belladonado.*—Las preparaciones de belladona producen, especialmente en los niños, erupciones cutáneas erite-

:

matosas. La erupcion recuerda bastante bien el exantema escarlatinoso, y consiste en una rubicundez difusa, á veces muy animada, pero que no va seguida de esfoliacion. Algunas veces general, pero las mas parcial, es muy fugitiva; aparece á las pocas horas de absorbida la belladona, desapareciendo al cabo de algunas horas de haberse presentado.

Muchas veces existen simultáneamente con los fenómenos cutáneos síntomas congestivos de la faringe, es decir, rubicundez, dolor y tumefaccion.

La ausencia de fiebre, la dilatacion de las pupilas y la pronta desaparicion de estos accidentes, harán distinguir siempre fácilmente el eritema belladonado de la escarlatina.

El beleño y el estramonio, á dosis tóxicas, tambien producen el eritema y la angina.

2.º *Eritema producido por los resinosos (E. copáico).* — Algunas veces solo aparece la erupcion á los pocos dias de administrados los resinosos. Tan pronto es lenta en su desarrollo, y entonces ocupa ciertos sitios de predileccion (las muñecas, las manos, las rodillas, los maleolos y los piés); tan pronto su desarrollo es rápido é invade de pronto la totalidad del tegumento externo acompañándose de algunos fenómenos febriles.

Este eritema está caracterizado por manchas rosáceas ó rojas, congestivas, es decir, que desaparecen bajo la presion del dedo, redondeadas, con bordes picoteados, sin elevacion sobre el nivel de la piel que las rodea, separadas entre sí por intervalos de piel sana, ó reunidas formando anchas placas rojas acompañadas de un prurito ligero al principio, pero despues muy vivo.

Cesando en su administracion, las manchas desaparecen rápidamente, pero, si por el contrario, continuamos dando los resinosos, la erupcion se generaliza, y á veces las manchas se trasforman en verdaderas pápulas; en fin, en casos muy raros, toda la region se presenta tumefacta y dolorosa hasta el punto de imposibilitar sus movimientos.

Rayer es el único que ha citado un caso en que la administracion de los resinosos habia provocado la aparicion de vesículas semejantes á las del eczema.

A veces se observan simultáneamente con la erupcion cutánea síntomas congestivos por parte de la conjuntiva, de la boca y de la faringe.

Etiologia.— Este eritema es debido á la absorcion de la copáiba ó de otros resinosos; pero no sobreviene fatalmente en todos los individuos que ingieren estas sustancias, y es preciso explicar

la susceptibilidad de ciertos individuos por una idiosincrasia especial.

La erupcion es debida á la eliminacion del medicamento por la piel, y á la irritacion que produce atravesando esta membrana.

Diagnóstico.—La roseola balsámica no puede confundirse con el sarampion y la escarlatina, enfermedades febriles cuya erupcion va precedida de prodromos especiales de una marcha fija, etc.

La roseola sifilítica tiene una marcha lenta, va acompañada de infarto de los gánglios linfáticos, no existe en ella comezon ni prurito, empieza por el pecho, los costados, el vientre, los muslos, y no por las muñecas, los maleolos, las manos y los piés.

La urticaria se distingue de la roseola por la existencia de pápulas rojas en la circunferencia, decoloradas en el centro, y que producen una viva comezon, desapareciendo á las pocas horas.

Tratamiento.—Se suspenderá el uso del medicamento y se aconsejarán baños emolientes para calmar el prurito.

Algunos médicos han indicado la existencia de una roseola quínica consecutiva á la administracion del sulfato de quinina.

3.º *Eritema pelagroso. Definicion.*—El eritema pelagroso es una afeccion cutánea debida á la absorcion del maiz alterado por una criptógama (verdet).

Sintomatologia.—El eritema sobreviene despues de haberse expuesto una ó muchas veces á los rayos solares, y ocupa las partes descubiertas, el dorso de las manos y de los piés, la nariz, la frente, las mejillas, las orejas, las partes laterales del cuello, la parte anterior del pecho.

Precedido algunas veces este eritema de prurito y de una sensacion de calor, los tegumentos adquieren bien pronto un color rosáceo que ocupa el centro de la parte que ha recibido los rayos solares; esta mancha aumenta un poco cada dia hasta que llega á ocupar toda la parte descubierta, su color se hace mas intenso, mas oscuro, y la piel se pone lisa y tirante.

El enfermo experimenta en esos puntos un calor mas vivo y mordicante. En este período pueden verse aparecer vesículas y ampollas que indican la intensidad de la congestion dérmica.

Pasado algun tiempo, variable segun la mayor ó menor persistencia de la irritación, sobreviene una descamacion en forma de anchas láminas epidérmicas, bajo las cuales se presenta la piel roja y lisa, volviéndose pronto oscura. Despues se reproduce

el epidermis nuevamente, se desprende otra vez, y esta descamacion continúa por espacio de mucho tiempo.

El dermis adquiere entonces un color de orujo de uva, se adelgaza y pierde su humedad y elasticidad normales; mas rara vez sufre una especie de induracion crónica. Algunas veces, en fin, la esfoliacion no se verifica, y el epidermis se acumula en la superficie del dermis formando placas negruzcas.

Al mismo tiempo, perdiendo la piel gran parte de su estensibilidad, los pliegues cutáneos se convierten en grietas mas ó menos profundas y muy dolorosas.

Este eritema presenta una periodicidad de las mas notables; empieza á manifestarse en el equinoccio de la primavera y desaparece en Agosto ó Setiembre. Estas alternativas pueden producirse durante cuatro y aun cinco años, pero cada recidiva deja un sello mas profundo, y la lesion, en cierta época, persiste en el mismo estado sin que en ella influyan las estaciones.

Simultáneamente con el eritema pelagroso existen de ordinario accidentés digestivos y nerviosos, respecto á los cuales no puedo insistir.

Etiología.—La causa de la pelagra es una alteracion del maiz producida por el desarrollo de un parásito del género *esporisorium*; el verdet ó verderami. Este parásito se manifiesta despues de la recoleccion, apareciendo en el surco oblongo del grano, bajo la forma de un polvo verdoso. Obra en la economía á la manera del cornezuelo de centeno.

¿Pero es esta la única causa de la pelagra? Landouzy ha sostenido haber observado muchas veces la pelagra en sugetos que no habian usado nunca el maiz; que este no es por tanto la causa íntima ó específica de la pelagra, sino que obra como causa predisponente de la misma manera que la mísera, las privaciones y el uso de una alimentacion nociva; que en definitiva, la causa nos es completamente desconocida.

La cuestion está hoy dia pendiente. ¿Hay alguna diferencia entre la pelagra de los Pirineos y la del Marne? ¿No se encuentra alguna alteracion en las sustancias alimenticias usadas por los habitantes del Marne? Cuestiones son estas que se pueden suponer, pero que no pueden resolverse.

Diagnóstico.—El eritema acrodínico se distingue del pelagroso por su sitio; en efecto, ocupa las caras palmar y plantar y no las caras dorsales de las manos y de los piés.

El herpe tonsurante de la cara dorsal de las manos, caracterizado por círculos rojos cubiertos de escamas delgadas y secas,

que se estienden en su circunferencia por la produccion de erupciones vesiculosas y que ocupan ordinariamente la cara dorsal de la mano derecha, va acompañado de otros círculos de pitiriasis alba trichophytica en las muñecas, la cara dorsal del antebrazo, el cuello y la barba.

El eritema solar es una lesion fugaz que desaparece á los ocho ó quince dias.

Pronóstico. — El eritema, por sí mismo, no constituye una afeccion séria; pero si se considera su causa, el pronóstico es muy grave, porque la pelagra conduce ordinariamente á la muerte.

Tratamiento. — El tratamiento de la pelagra es preservativo ó curativo.

El tratamiento profiláctico tiene por objeto sustraer los individuos á la perniciosa influencia que provoca la enfermedad. Ahora bien, para impedir el desarrollo del verdet es necesario pasar el maiz por un horno cuando se recolecta.

Contra los accidentes de la piel se ordenarán los baños alcalinos ó sulfurosos, las duchas frias, etc., y sobre todo se hará á los enfermos eviten el contacto de los rayos solares.

Al mismo tiempo se combatirán los trastornos digestivos y nerviosos.

4.º *Eritema acrodinico.* — De 1829 á 1833 reinó en Paris una epidemia caracterizada por dolores de los miembros y de las articulaciones, hormigueos, embotamientos, etc., y un eritema que, en lugar de tener su asiento en la cara dorsal de las manos y los piés como el eritema pelagroso, ocupaba la palma de las manos y la planta de los piés, el escroto, las axilas, y á veces la totalidad del cuerpo; este eritema estaba formado por una rubicundez mas ó menos intensa, congestiva y que desaparecia por la presion del dedo.

Se atribuyó esta afeccion á una alteracion particular de la harina de trigo. Tambien se ha dicho habia un eritema consecutivo á la ingestion del centeno atizonado.

5.º *Urticaria patogenética.* — La ingestion de cierto número de pescados, como la caranga, el dorado, el arenque de las Antillas, el armado, la anguila comun, las langostas de mar, los cangrejos, el cabrajo, los langostinos de mar, las almejas, etc., producen, como fenómenos generales, un malestar general, dolor y ansiedad epigástricas, náuseas, vómitos, aceleracion y pequenez del pulso, y á veces el delirio y la muerte; á estos síntomas acompaña una erupcion que se asemeja á la escarlatina, pero que

reviste ordinariamente la forma de la urticaria generalizada, aunque tambien en ella existe comezon.

Estos fenómenos, ora sobrevienen accidentalmente despues de comer pescados que hasta entonces se habian comido impunemente; ora, por el contrario, el enfermo presenta una idiosincrasia en virtud de la cual, nunca puede comer ciertas sustancias sin que aparezca la urticaria.

Las almejas, cuya ingestion produce con mas frecuencia la urticaria patogenética, son dañosas principalmente durante el verano. Se ha atribuido su accion deletérea, ya á la ingestion de fresa, de estrellas de mar, de plantas marinas narcóticas, y de cardenillo procedente de los vasos de cobre, ó ya á una alteracion particular de los humores del animal.

La *urticaria ab ingestis* se observa tambien despues del uso de las fresas, de cohombros, de almendras, de tocino y de algunos medicamentos, tales como la valeriana, el beleño y el bálsamo de copáiba.

Tratamiento.—Contra la urticaria producida por las almejas, se prescribirá un vomitivo, bebidas mucilaginosas y aciduladas, ó tambien 10 á 30 gotas de éter: si existiesen fenómenos nerviosos, baños generales, etc.

AFECCIONES VESICULOSAS.

Eczema mercurial patogenético.—Se ha dado el nombre de *hidrargiria* á las erupciones producidas por el mercurio, ya sean producto de su aplicacion directa ó ya de su administracion interna. Habiendo estudiado antes las primeras en el grupo de las afecciones provocadas directas, tan solo nos ocuparemos aquí de las afecciones patogenéticas.

Hidrargiria.—Es muy rara en Francia y mas frecuente en Inglaterra. Alley admite tres variedades: 1.^a *hidrargiria mitis*; 2.^a *hidrargiria febrilis*; 3.^a *hidrargiria maligna*.

1.^a *Hidrargiria mitis.*—Está caracterizada por una ligera eflorescencia localizada en ciertas regiones de la piel, tales como la cara interna de los muslos, el escroto, las ingles y la parte inferior del abdomen; en estas rubicundeces aparecen muy pronto una multitud de pequeñas vesículas llenas de serosidad trasparente. Esta erupcion no es febril, va acompañada de viva comezon y de una sensacion de calor y de escozor, estinguiéndose espontáneamente desde el momento en que se deja de usar el mercurio.

2.^a *Hidrargiria febrilis*. — Esta forma puede aparecer de pronto ó suceder á la precedente, siendo esto lo que acontece comunmente. Está formada por una rubicundez intensa y como escarlatinosa, que ocupa la totalidad de la piel y en la cual aparecen muy pronto vesículas voluminosas rodeadas de una aureola rojiza y llenas de un líquido oscuro purulento que se concreta despues de la rotura de las vesículas, en costras húmedas y amarillentas análogas á las del eczema.

Simultáneamente existe un prurito intenso, fiebre, un estado saburral de las vias digestivas y rubicundez de la faringe y de la mucosa bucal.

3.^a *Hidrargiria maligna*. — Los fenómenos son iguales á los de la forma precedente, pero presentan una intensidad mayor; la piel, de un color rojo oscuro, está cubierta de vesículas confluentes ó tambien de verdaderas ampollas llenas de un líquido sero-purulento. La angina, á veces, se hace gangrenosa, y el enfermo debilitado, abatido y sin sueño, experimenta dolores insoportables, pudiendo sobrevenir la muerte por el marasmo y aun por el solo hecho de la administracion del mercurio. La descamacion se verifica del cuarto al octavo dia, verificándose esta en anchas placas como en la escarlatina.

Las circunstancias en medio de las que nace la erupcion, su forma vesiculosa, su marcha aguda, su corta duracion, etc., no permitirán confundirlas ni con el eczema rubrum ni con lesiones de naturaleza sifilítica.

El tratamiento consiste en suprimir la administracion del mercurio y en el uso de los polvos de almidon, de gargarismos y de pociones de clorato de potasa. Si la erupcion va acompañada de una fiebre viva y no hay contraindicacion por parte del enfermo, podrá practicarse una sangría general. Por último, se combatirá el dolor con las preparaciones de ópio, y las complicaciones por medio de un tratamiento apropiado.

(b) **Erupciones patogenéticas caracterizadas por lesiones elementales múltiples.**

Couperose alcohólica. — *Definicion*. — La couperose es una afeccion eritematosa de marcha crónica, formada esencialmente por la dilatacion de los vasos capilares de la piel, á cuyo estado complican, en muchos casos, pústulas de acné rosácea é induraciones circunscritas.

Sintomatología. — Esta afeccion que ocupa la cara y particu-

larmente la nariz, las mejillas y la frente, se halla distribuida casi simétricamente á los lados de la cara, presentándose bajo la forma de manchas rosáceas ó rojas, formadas por la inyeccion de los capilares sanguíneos, y las cuales desaparecen por la presion del dedo. Estas manchas se dibujan mas claramente, sobre todo en el momento de la excitacion producida por las bebidas alcohólicas, volviendo á su estado normal cuando la excitacion desaparece; pero cada una de estas excitaciones deja en la cara un sello cada vez mas profundo, y bien pronto comprobamos que las manchas congestivas están surcadas por capilares dilatados y venas varicosas y negruzcas cuyo color resalta del de las placas.

Algunos individuos acusan un prurito y un ardor incómodos; sin embargo, esto es la excepcion, y las mas veces estas sensaciones pertenecen á la couperose artrítica.

Al poco tiempo la piel se indura é hipertrofia, los folículos sebáceos se inflaman, resultando de esto pústulas rojas, puntiagudas y purulentas en el vértice, cuya duracion es muy corta, pero que bien pronto son reemplazadas por nuevas pústulas.

En sus últimos períodos, la couperose produce tumefacciones en diversos puntos de la cara. La nariz, rojo-violácea, se halla erizada de abolladuras y tubérculos duros y rugosos, adquiriendo un desarrollo enorme; la piel de las mejillas y de la frente presenta infartos parciales, que destruyendo la armonía de los rasgos, dan á la cara un aspecto disforme y asqueroso.

Debemos decir, no obstante, que M. Bazin considera tan raros estos últimos fenómenos en la couperose alcohólica como frecuentes son en las formas constitucionales, queriendo entonces buscar, aparte del agente patogenético, una causa mas poderosa que haya contribuido á su desarrollo.

La *etiología* de la couperose alcohólica fácilmente se deduce de su definicion; pero segun M. Bazin, tanto para esta, como para otras afecciones, hay predisposiciones que no se pueden explicar; así vemos individuos atacados de ella desde su juventud, mientras que otros, aun en medio de sus excesos, conservan un rostro que nada nos descubre del asqueroso vicio á que se hallan entregados.

Diagnóstico.—Difícil es distinguir muchas veces la couperose alcohólica de la constitucional. Ya indicaremos sus caracteres diferenciales al hacer la historia de la couperose constitucional.

Tratamiento.—La couperose alcohólica casi nunca se cura, el borracho difícilmente abandona sus malos hábitos. No obstante, suelen prescribirse contra la erupcion cutánea algunos modi-

ficadores locales, tales como el aceite de enebro, las pomadas mercuriales, la tintura de iodo, etc.

Erupciones provocadas por el iodo y los ioduros alcalinos.—Estos cuerpos producen erupciones eritematosas, papulosas y pustulosas. Fischer de Viena ha observado tambien el eczema.

(a) *Eritema iódico.*—El eritema es la erupcion que mas fácilmente determina el iodo. Está formado ordinariamente por manchas aisladas, irregulares y diseminadas por la parte anterior del tórax y en los miembros. Algunas veces, aunque excepcionalmente, se generaliza é invade la totalidad del tegumento externo.

Esta afeccion, que no va acompañada de prurito, desaparece en el momento que el iodo y los ioduros dejan de tomarse.

(b) *Erupcion papulosa iódica.*—Las pápulas pueden aparecer de pronto ó suceder al eritema; muchas veces coinciden con pústulas. En toda la superficie de la piel, dice M. Fischer, pero principalmente en las extremidades y el vientre, aparecen pápulas ligeramente elevadas sobre la piel, regularmente redondeadas, de un color rojo intenso, de media á una línea de diámetro, y completamente semejantes á una violenta erupcion de urticaria, de la cual solo se distinguen por su rubicundez considerable. Las pápulas mas anchas están rodeadas de una extensa aureola igualmente rojiza. Unas veces se encuentran estas pápulas aisladas en la superficie del cuerpo (caso poco frecuente), mientras que otras, hallándose reunidas en grandes grupos, y confundiéndose sus aureolas entre sí, solo dejan ver la piel normal en algunos puntos.

Fischer cree es mas frecuente la forma papulosa; M. Bazin, por el contrario, atribuye mayor frecuencia á la forma pustulosa.

(c) *Forma pustulosa.*—Está representada esencialmente por la pústula de acné ó boton iódico.

La erupcion se halla diseminada por la cara, los hombros, el pecho, las nalgas y los miembros. Está caracterizada por pústulas detenidas al parecer en su desarrollo, y cuya naturaleza es difícil determinar. No aparecen hasta pasado algun tiempo de la administracion del iodo.

Sin embargo, semejantes muchas veces las pústulas iódicas á las de viruela, están formadas por eminencias puntiagudas ó redondeadas, bastante voluminosas, rojas en la base y rodeadas de una viva aureola, las cuales supuran unas veces solamente por su vértice, y otras lo verifican en la totalidad de su masa. Pueden adquirir un volúmen muy considerable; en cierta época, se

abren, y el líquido que encerraban se concreta en una costra amarillenta que persiste hasta su desaparicion.

Algunas veces se trasforman en induraciones papulo-tuberculosas de un color rojo intenso, sensibles á la presion, y profundamente engastadas en el tejido de la piel. Fischer ha descrito muy bien estas nudosidades: con frecuencia, dice, se desarrolla en su parte mas elevada una vesícula purulenta, que ora se abre dejando derramarse al pus, ora se deseca y forma una costra que bien pronto se desprende y no deja mas que la nudosidad formada por la exudacion. Esta nudosidad se distingue por su color rojo oscuro producido por pigmentum y por la lentitud de su marcha; por último, recordamos que Fischer ha observado erupciones eczematosas á consecuencia de la administracion del iodo, y que del mismo modo pueden aparecer abscesos dérmicos y forúnculos en las mismas circunstancias.

Marcha, duracion, terminacion.—La duracion de las erupciones acnéicas está subordinada á la de la medicacion; pero mientras que el eritema desaparece rápidamente cesando la ingestion del iodo, las pápulas y pústulas se borran con mucha lentitud y dejan en pos de sí pequeñas manchas cicatriciales.

Pronóstico.—Desapareciendo estas erupciones con la suspension del tratamiento iódico, el pronóstico no presenta ninguna gravedad. La forma pustulosa es de pronóstico mas sério por su larga duracion y sus cicatrices consecutivas.

Tratamiento.—Basta suspender la ingestion del iodo para que desaparezca la erupcion.

3.º *Erupcion producida por el bromuro de potasio.*—Al lado del acné iódico debemos colocar el acné producido por la administracion del bromuro de potasio. En una jóven epiléptica, á la cual hicimos tomar hasta 10 gramos de bromuro de potasio, observamos una erupcion en la cara y en el tórax, caracterizada por pústulas de acné indurata y de acné simple.

Erupciones producidas por los arsenicales.—M. Devergie ha notado hácia la declinacion de las afecciones escamosas tratadas por los arsenicales, y especialmente en la psoriasis, cierto tinte moreno de la piel que no desaparecia hasta pasados muchos meses, y que era el indicio cierto de una próxima curacion. Además, por la influencia de la misma medicacion, se presenta en las manchas arsenicales una erupcion de pápulas rojas aisladas, las cuales se multiplican lentamente ó de una manera continua si se insiste en los arsenicales.

Los mismos hechos ha observado M. Bazin. En algunos casos,

aunque muy raros, pueden comprobarse á consecuencia de la misma medicacion, erupciones pustulosas, ectimatosas, forunculosas y ulcerosas.

AFECCIONES CUTÁNEAS POR CAUSA INTERNA.

§ I. Erupciones de las pirexias.

Tan solo mencionaremos las erupciones del sarampion, de la escarlatina, de la viruela y del sudor miliar, erupciones que están descritas en los tratados de patologia interna.

Lo mismo decimos de las manchas azuladas que se observan en la fiebre sínoca y en la fiebre tifoidea, y de las manchas rosáceas lenticulares que corresponden propiamente á esta última enfermedad, como son la sudámina y las petequias.

§ II. Erupciones pseudo-exantemáticas.

Ya hemos indicado los caracteres de los pseudo-exantemas (pág. 5). Hemos dicho que M. Bazin describía como erupciones idiopáticas pseudo-exantemáticas, la urticaria aguda, el zona, el herpe flictenoide agudo, el pénfigo agudo y la pitiriasis rubra aguda. Estudiaremos sucesivamente las erupciones eritematosas, vesiculosas, ampollosas y escamosas.

(A) Erupciones pseudo-exantemáticas eritematosas.

DE LA URTICARIA.

Definicion.—La fiebre urticaria es una enfermedad aguda, febril ó no, caracterizada por pápulas rosáceas ó rojas que aparecen y desaparecen bruscamente, decoloradas en el centro y acompañadas de una viva comezon.

Sintomatologia.—La erupcion, en general, va precedida de fenómenos prodrómicos que consisten en escalofrios, malestar general, cefalalgia, trastornos digestivos, fiebre, prurito intenso, etc.

Bien pronto aparecen elevaciones papulosas, rosáceas ó rojas, decoloradas en el centro, discretas ó confluentes, acompañadas de un prurito intenso y de tumefaccion de las regiones que ocupan; pápulas que persisten durante un tiempo variable entre algunos minutos y algunas horas, pero que desaparecen para reproducirse nuevamente.

Etiología.—La fiebre urticaria se manifiesta en la primavera y durante los calores del estío, principalmente en los niños, las mujeres y los sujetos nerviosos.

Esta urticaria tiene una existencia independiente, forma una entidad morbosa, y no depende de una enfermedad constitucional.

Diagnóstico.—Ya hemos establecido el diagnóstico diferencial del género urticaria. Inútil es, por consiguiente, volver á tratar de este asunto; pero ¿cómo reconocer que la urticaria no constituya una entidad morbosa, no dependa de una enfermedad constitucional, no sea debida á causa alguna externa (V. producida por las ortigas), ni á la ingestión de algunos alimentos (pescados, fresas, etc.)?

La fiebre urticaria idiopática tiene una marcha regular, no va acompañada ni precedida de síntomas propios á ninguna enfermedad constitucional, no alterna con afecciones cutáneas secas ó húmedas, hemicráneas, neuralgias, etc., ni es consecutiva á la ingestión de almejas, fresas, etc.

Pronóstico.—La urticaria no ofrece ninguna gravedad, y desaparece espontáneamente pasados algunos días.

Tratamiento.—Se ordenará un emético ó un emeto-catártico, si existen síntomas de embarazo gástrico-bilioso; un purgante, si el enfermo tiene constipación; lociones de sublimado y baños de almidón ó ligeramente alcalinos, para calmar el prurito.

Rara vez habrá necesidad de prescribir una emisión sanguínea, indicada solamente cuando la fiebre es muy intensa y el sujeto vigoroso.

(B) Afecciones pseudo-exantemáticas vesiculosas.

ZONA.

El *zona* ha sido llamado así porque rodea el tronco ó los miembros como un semicinturón; se ha denominado sucesivamente *ignis sacer*, erisipelas zoster, herpe zoster, etc.

Definición.—El *zona* es una afección herpética (variedad de herpe) caracterizada en su período de estadio por placas rojas cubiertas de vesículas en mayor ó menor número, placas separadas entre sí por intervalos de piel sana y cuyo conjunto afecta la forma de un semicinturón limitado á una mitad del cuerpo, ya ocupe la cara ó el tronco.

El *zona* se desarrolla ordinariamente en el tronco, y particu-

larmente en la base del tórax. Algunas veces, sin embargo, empieza en el tronco para terminar en los miembros. Así que una zona puede, á partir de la línea media de la region lumbar, contornear la nalga y terminar en la parte interna del muslo.

El zona puede ocupar la frente, las mejillas y aun el cuero cabelludo. M. Rayer cita el caso de un zona de la cara que se habia propagado á las encías y cara interna del carrillo. Cuando ocupa el tronco, es transversal ú oblicuo, mientras que si ocupa la frente ordinariamente es vertical.

La mayor parte de los dermatólogos están acordes en considerar como mucho mas frecuente el zona del lado derecho que el del opuesto.

Pasadas doce ó veinticuatro horas de prodromos caracterizados por laxitud, anorexia, fiebre, dolores lancinantes ó tensivos y quemantes en las partes que deben ser asiento de la afeccion, véanse aparecer sucesiva ó simultáneamente placas rojas, irregularmente redondeadas, de dos á tres centímetros de longitud por uno á dos de anchura, separadas entre sí por intervalos de piel sana y dispuestas oblicuamente representando en su conjunto un semicinturon ó zona que no pasa de la línea media del cuerpo por delante ni por detrás.

Sobre estas placas eritematosas nacen vesículas brillantes y transparentes, reunidas entre sí en número de cinco, quince ó veinte, y cuyo volúmen no pasa del de un grano de mijo, comparándose por esto muy aproximadamente á pequeñas perlas. Pero la serosidad que contienen no tarda en hacerse lactescente, opaca y á veces negruzca; su volúmen alcanza bien pronto al de un pequeño guisante; á menudo tambien se fusionan formando ampollas mas ó menós numerosas; en fin, hácia el cuarto ó quinto dia se aplanan y recubren de ligeras costras morenas ó amarillas que al desprenderse dejan manchas rojas, lentas en desaparecer.

La marcha de las vesículas no es siempre tan sencilla, pues que si la inflamacion ha sido muy viva, suele aparecer al nivel de la vesícula una pequeña escara cuya caida produce una herida dolorosa. Estas escaras grisáceas se desarrollan, sobre todo, en los viejos cuya constitucion está deteriorada por malas condiciones higiénicas; como ya hemos dicho, dejan en pos de sí una ulceracion dolorosa (zona gangrenoso).

En general, la duracion de un grupo de vesículas es de ocho á diez dias, pero como los grupos nacen sucesivamente, dicha duracion está subordinada á su extension; puede decirse, sin

embargo, que varía de dos á tres setenarios; hacemos escepcion del zona gangrenoso cuyas heridas exigen para cicatrizarse uno ó dos meses.

Desde que la erupcion aparece, los fenómenos generales ceden, á menos que aquella no sea lenta y tarde muchos dias en verificarse. En estos casos, los dolores neurálgicos y la sensacion de quemadura se perpetúan mientras dura el zona, y persisten muchos meses aunque este desaparezca, resistiendo á la mayor parte de los agentes terapéuticos usados.

Generalmente, aunque no siempre, como se ha pretendido, el zona se desarrolla sobre el trayecto mismo de los filetes nerviosos; así, en el tórax sigue la direccion de los nervios intercostales, en el cuello, la de los cervicales, etc.

Etiología.—El zona aparece en la juventud y edad adulta, mas rara vez en la senectud; en los jóvenes mejor que en las jóvenes, y principalmente al empezar la primavera.

Hemos dicho que M. Bazin habia descrito, en su primera edicion, un zona idiopático y otro artrítico ó herpético, pero que en la segunda solamente describia el zona idiopático, no porque negase á esta afeccion toda relacion con el artritisismo ó el herpetismo, sino porque muchas veces son dificiles de reconocer los caracteres distintivos, y por otra parte, curándose siempre el zona espontáneamente, es inútil la distincion entre el zona idiopático y el artrítico ó el herpético.

¿Es consecutivo el zona á una alteracion ó á un trastorno funcional de los nervios? Se han citado en apoyo de esta opinion ejemplos de zona consecutivo á una lesion traumática de los nervios correspondientes, y se ha pretendido tambien que el zona era siempre consecutivo á una neuralgia de las partes que ocupaba. Esta última proposicion es falsa, muchas veces el zona no va precedido de ningun dolor neurálgico. Por otra parte, se observa un gran número de neuralgias que jamás van acompañadas de una erupcion vesiculosa.

El diagnóstico no ofrece ninguna dificultad, el pronóstico no es grave, y el tratamiento consiste solamente en espolvorear las partes enfermas con almidon, tomar tisanas refrigerantes y á veces tambien un purgante salino. Rara vez es útil la sangría.

Si el enfermo es anémico se ordenarán los tónicos y ferruginosos.

Cuando existan ulceraciones se curarán con cerato simple ó la pomada saturnina, y si existiesen dolores neurálgicos se recurrirá á los medios recomendados contra ellos.

HERPE FLICTENOIDE PSEUDO-EXANTEMÁTICAS.

Definicion.—El herpe flictenoide es una enfermedad aguda, febril ó no, caracterizada por vesículas globulosas que descansan sobre una superficie mas ó menos roja, y que terminan su evolucion en el espacio de ocho á quince dias.

Sintomatologia.—Pasadas veinticuatro horas de malestar general, cefalalgia, fiebre, trastornos digestivos, etc., nacen una ó muchas manchas rojas acompañadas de prurito, irregulares, ligeramente elevadas, y sobre las cuales no tardan en aparecer vesículas pequeñas que muy pronto adquieren el volumen de un cañamon y aun el de un guisante. Estas vesículas, agrupadas en mayor ó menor número sobre cada una de las superficies inflamadas, se confunden tambien algunas veces por su base, formando verdaderas ampollas. Al principio contienen un líquido trasparente de aspecto perlado, pasado cierto tiempo este líquido se enturbia y opacifica, parece tambien disminuir en cantidad, por lo que la vesícula se aplana, y en fin, se convierte en una costra amarillenta é irregular que durante siete ú ocho dias traspasa los límites de la superficie denudada y deja despues de su caída, ó una simple rubicundez que desaparece lentamente, ó una ligera ulceracion que no tarda en cicatrizar.

Rara vez se observa la reabsorcion del líquido y la exfoliacion epidérmica consecutiva.

El herpe flictenoide tiene una *marcha aguda*, y su duracion no excede de siete á quince dias.

Etiologia.—El herpe idiopático ataca sobre todo á las mujeres, los niños y los individuos linfáticos, apareciendo ordinariamente sin causa conocida.

La erupcion puede generalizarse, pero es mas frecuente se localice en los labios (*herpe labialis*), en las mejillas, los brazos y los órganos genitales (*herpe vulvaris* y *preputialis*).

Diagnóstico.—El diagnóstico diferencial del género herpe lo hemos establecido en la página 40; pero el herpe flictenoide, no solamente forma una afeccion idiopática, sino tambien una afeccion crítica, artificial ó sintomática del artritismo y de la sífilis. ¿Cómo diferenciar estas diversas especies? El herpe artificial existe ordinariamente en el prepucio; se debe al contacto de la materia sebácea segregada tan abundantemente en este punto, lo cual puede comprobarse por su desaparicion con la limpieza. El herpe crítico aparece en la declinacion de las enfermedades

agudas, y tiene por asiento la region labial. El herpes prepucialis, vulvaris y labialis sucesivos y crónicos de naturaleza artrítica se diferencian del herpes flictenoide idiopático, por su marcha crónica, por la existencia de erupciones sucesivas que se reproducen en tanto que las otras desaparecen, por la ausencia de movimiento febril, etc. (Véase *Artritides*.) El herpes flictenoide sífilítico solo difiere del flictenoide ordinario por el color cobrizo del cuerpo mucoso, á pesar de ir acompañado de otros fenómenos sífilíticos.

El pronóstico es de los mas leves, la afeccion se cura espontáneamente en algunos dias. El tratamiento consiste en espolvorear las partes enfermas con almidon y en dar algunos baños simples ó emolientes cuando se hayan formado costras.

(C) Afeccion pseudo-exantemática ampollosa.

PÉNFIGO PSEUDO-EXANTEMÁTICO Ó ESENCIAL.

El pénfigo pseudo-exantemático es una enfermedad aguda febril, caracterizada por una erupcion de ampollas mas ó menos voluminosas, que se desarrollan sucesiva ó simultáneamente en diversas partes de la piel, pero rara vez en toda su superficie.

La erupcion va precedida de los fenómenos generales prodrómicos de los pseudo-exantemas idiopáticos durante veinticuatro ó cuarenta y ocho horas. Pasado este tiempo aparecen manchas rojas que duran poco, redondeadas ú ovals, separadas ó reunidas, y al nivel de las cuales, el dermis inflamado exhala un líquido trasparente que levanta el epidermis; entonces se observan ampollas redondeadas y de un volúmen igual en todo el cuerpo, ó, por el contrario, desiguales y de contornos irregulares, llenas de un líquido trasparente, rodeadas de una aureola mas ó menos viva, y separadas entre sí ó reunidas en una mancha erisipelatosa mas ó menos ancha.

Esta erupcion va acompañada de tension, de prurito, de pinchazos, y algunas veces de una sensacion de calor quemante; ora se desarrolla simultáneamente en todo el cuerpo, ora su aparicion se verifica por erupciones sucesivas separadas por intervalos variables.

Hácia el quinto ó sexto dia de la erupcion, las ampollas pierden su transparencia y se rompen; en su lugar se observan pequeñas costras foliáceas y morenas, las cuales se desprenden al poco.

tiempo, dejando solamente manchas rojizas que desaparecen lentamente.

La erupcion puede generalizarse ó no ocupar mas que ciertas regiones, tales como la cara, los miembros, los hombros y las partes genitales; algunas veces se extiende á las membranas mucosas conjuntiva, bucal y faríngea.

Cuando todas las ampollas se forman de una vez, suelen durar siete ú ocho dias; por el contrario, si su aparicion es sucesiva puede prolongarse hasta un mes ó seis semanas.

Etiología.—La fiebre penfigoide, muy rara en la infancia, aparece principalmente en la adolescencia y edad adulta, observándose casi igualmente en los dos sexos. Los calores del estío, por la escitacion que producen en la piel, tienen una influencia incontestable en su desarrollo; lo mismo acontece con las emociones morales, la supresion del sudor, etc. Parece que ha reinado algunas veces epidémicamente.

Pronóstico.—En los casos ordinarios no presenta ninguna gravedad; á veces, al declinar la fiebre penfigoide, se complica con la mortificacion de las superficies desnudadas, y entonces adquiere el pronóstico con esta complicacion un sello de mas gravedad.

Tratamiento.—Se prescribirán uno ó muchos purgantes salinos si existe embarazo gástrico, dieta, tisanas refrigerantes ó diaforéticas, y la sangría en los sugetos pletóricos; se pincharán las ampollas para dar salida al líquido y se espolvorearán las superficies enfermas con almidon ó algun ligero astringente.

(D) Afeccion pseudo-exantemática escamosa.

PITIRIASIS RUBRA AGUDA.

Definicion.—La pitiriasis rubra aguda pseudo-exantemática es una enfermedad aguda febril, no contagiosa, caracterizada por manchas rojas, diseminadas por el tegumento externo, separadas entre sí por intervalos de piel sana y cubiertas de escamas epidérmicas, manchas que, reuniéndose muchas veces, forman placas mas ó menos anchas.

Sintomatología.—La pitiriasis rubra aguda va precedida ordinariamente de fiebre, malestar general, prurito y de síntomas de embarazo gástrico.

Está formada por manchas congestivas de un color rojo vivo, sin elevacion sobre las partes circunvecinas, redondeadas, con

bordes sinuosos, cuya magnitud varía entre la de una pieza de 20 céntimos y la de 2 pesetas, y acompañadas de una exfoliación epidérmica, formada, ora por láminas muy anchas y blancuecinas, ora por pequeñas escamas.

Al extinguirse en la pitiriasis rubra la viva rubicundez de sus manchas, pasa aquella al estado de pitiriasis simple.

Esta afección desaparece algunas veces, pasados diez ó quince días, pero en otros casos persiste de seis semanas á dos meses. Nunca pasa al estado crónico.

Etiología.—La pitiriasis rubra aguda se observa por lo general en la primera mitad de la vida, durante la primavera y especialmente en los sujetos linfáticos.

Diagnóstico.—La pitiriasis rubra aguda se distingue fácilmente de las demás afecciones.

La *urticaria*, por ejemplo, se halla caracterizada por placas salientes, descoloridas en el centro, sin descamación ninguna en su superficie y apareciendo y desapareciendo súbitamente.

La *roseola* está constituida por pequeñas manchas de un rojo menos subido, que no presenta una descamación tan abundante.

El *herpe circinado parasitario* ocupa especialmente la cara, el dorso de las manos, y está formado por anchos círculos que se extienden periféricamente y tienen una marcha crónica.

La *pitiriasis versicolor* está caracterizada por manchas de color de café con leche, cubiertas de escamas finas y furfuráceas, y presentan una marcha crónica, etc. Si, por otra parte, quedase alguna duda, el exámen microscópico demostraría la existencia del *microsporion furfur* en la pitiriasis versicolor, y la ausencia en las escamas de la pitiriasis rubra.

Pronóstico.—No ofrece gravedad alguna, pues que la afección desaparece espontáneamente en algunas semanas.

Tratamiento.—Se aconsejará una dieta ligera, tisanas refrigerantes, un purgante salino si existieran síntomas de embaraço gástrico y algunos baños simples ó almidonados.

Erupciones flegmáticas y hemorrágicas.

Encontrándose bien descritas en los tratados de patología interna, la erisipela como enfermedad flegmática y la púrpura como hemorrágica, no les consagraremos un capítulo especial.

§ II. Afecciones sintomáticas de enfermedades constitucionales.

DE LAS ARTRÍTIDES.

En la página 8 hemos definido el artritismo, é indicado cuáles eran los pródromos y los síntomas de los cuatro períodos de esta enfermedad; ahora debemos decir cuáles son los caracteres generales y particulares de las manifestaciones cutáneas del artritismo, es decir, de las artrítides.

(A) Caracteres comunes de las artrítides.

M. Bazin ha asignado á estas los siguientes caracteres:

No son contagiosas, nacen bajo la influencia de variaciones atmosféricas y de enfriamientos; presentan un color rojo vinoso debido á una congestion intensa, y algunas veces, yendo mas lejos, llega á producirse una hemorragia, presentándose entonces equimosis en el centro de los elementos eruptivos.

El enfermo siente al nivel de estos puntos pinchazos y lanzadas, pero rara vez un prurito franco.

Las artrítides ocupan las partes descubiertas, las manos, los piés, la cara, las partes genitales, etc., se limitan á alguna de estas regiones y no tienen tendencia á generalizarse. Cuando por casualidad la erupcion se generaliza, los enfermos se ven cubiertos de pequeñas placas separadas por intervalos de piel sana. En estas placas se observa un defecto de simetría, pues ocupan durante cierto tiempo una sola mano ó un lado de la cara, y no se extienden á otros puntos hasta pasado mucho tiempo.

Las artrítides, en general, están caracterizadas por muchas lesiones elementales; así es que se observan ampollas y vesículas de eczema en el pénfigo, pústulas y eritema en el acné rosáceo, etc.

En las artrítides húmedas la secrecion es poco abundante, y algunas veces casi nula; así que, cuando el enfermo no las irrita por un tratamiento intempestivo, se mantienen secas.

Las artrítides presentan recidivas frecuentes, reproduciéndose la erupcion en los puntos que ocupaba primitivamente; pero, en cierto momento, desaparecen para dejar lugar á afecciones de un período mas avanzado.

En fin, las artrítides van precedidas ó acompañadas de afecciones de la misma naturaleza, y los padres del enfermo han

presentado, ya afecciones cutáneas, ya algunas otras manifestaciones artríticas.

M. Bazin divide las artrítides en tres secciones:

- 1.^a Artrítides pseudo-exantemáticas ó primitivas;
- 2.^a Artrítides comunes ó secundarias;
- 3.^a Artrítides graves ó tardías.

1.^a ARTRÍTIDES PRIMITIVAS.

Esta primera seccion comprende:

A. Afecciones eritematosas, eritema nudoso, eritema papulo-tuberculoso con sus dos variedades (eritema marginado y eritema circinado), urticaria hemorrágica;

B. Afecciones vesiculosas: herpe circinado artrítico, hidroa vesiculoso;

C. Una afeccion escamosa: pitiriasis rubra aguda.

Las artrítides primitivas presentan los caracteres siguientes:

Se presentan en la infancia y en la juventud; aparecen principalmente en la primavera, tienen una marcha aguda ó sub-aguda, y ofrecen en su curso un ligero aumento de la fibrina de la sangre.

Ocupan con preferencia el dorso de las manos y de las muñecas, las rodillas, el cuello, las mejillas y tambien la mucosa bucal, resolviéndose y desapareciendo espontáneamente.

Tienen un color rojo vinoso de frambuesa, debido á una congestion intensa de la piel con tendencia á la hemorragia.

2.^a ARTRÍTIDES SECUNDARIAS.

Estas aparecen despues de las erupciones pseudo-exantemáticas y antes de las artrítides tardías, aproximándose á las primeras por su benignidad relativa, y á las segundas por su marcha crónica y sus recidivas frecuentes.

Esta seccion comprende:

A. Afecciones eritematosas: couperose, intérrigo;

B. Afecciones pustulosas: acné, sícosis ó mentagra;

C. Afecciones vesiculosas: eczema circunscrito, herpe sucesivo y crónico, hidroa varioliforme;

D. Afecciones escamosas: pitiriasis, psoriasis;

E. Afecciones papulosas: prúrigo y líquen.

Estas afecciones aparecen en la edad adulta, en el segundo período del artritismo, durante el estío mejor que en la prima-

vera, é influyen sobre ellas la edad crítica y la vida sedentaria.

Tienen por asiento predilecto: la palma de las manos y planta de los piés, los órganos sexuales, la cara, y en general las partes cubiertas de pelos.

Adoptan una marcha crónica, recidivan con facilidad y á veces periódicamente; en sus recidivas permanecen largo tiempo en el mismo sitio, dejando algunas veces cicatrices (acné, hidrosadenitis).

Son notables por el predominio del elemento congestivo, por la existencia de pinchazos y hormigueos y por su alternativa con enfermedades articulares; en fin, se curan con los alcalinos ayudados de medios locales.

3.ª ARTRÍTIDES TARDÍAS Y GRAVES.

Estas comprenden:

Una afeccion vesiculosa: cnidosis ó urticaria crónica;

Una afeccion eritematosa: eczema numular ó secretante generalizado;

Afecciones ampollasas: hidroa ampollasa, pénfigo crónico;

Afecciones flegmonosas: erupciones ectimato-forunculosas, hidrosadenitis.

Estas erupciones aparecen las mas veces en los dos últimos períodos del artritismo, pero pueden tambien nacer en los demás; de aquí el nombre que han recibido de artrítides irregulares ó tardías; son móviles, con tendencia á generalizarse y hacerse permanentes; muchas veces representan una forma fija y grave del artritismo (artrítides graves); son crónicas, tenaces y difíciles de curar.

Por otra parte, es difícil asignar caracteres comunes á las diversas afecciones de esta tercera seccion, porque cada una tiene su fisonomía propia.

(B) Caracteres propios de las artrítides.

1.º ARTRÍTIDES PSEUDO-EXANTEMÁTICAS.

Hemos dicho que estas artrítides eran eritematosas, vesiculosas ó escamosas.

(a) *Artritides pseudo-exantemáticas eritematosas.*

Eritema nudoso.—Esta variedad de eritema va precedida ordinariamente durante muchos días de malestar general, anorexia, cefalalgia, un movimiento febril más ó menos intenso, de pinchazos en la parte que ha de ser asiento de la afección, y muchas veces también de dolores en las articulaciones y en la continuidad de los miembros, dolores que á veces persisten después de la aparición del eritema.

Entonces se dibujan en los miembros y particularmente en la parte anterior de las piernas y alrededor de las rodillas, sitios habituales de esta afección, manchas rojas, dolorosas á la presión, más ó menos ovales, cuyo diámetro, paralelo al eje de los miembros, varía de algunos milímetros á cuatro ó cinco centímetros, manchas en cuyo centro se ve una elevación del volumen de un guisante, de una nuez pequeña y aun de una algo grande, y que al tacto produce la sensación de una verdadera nudosidad engastada en el tejido celular sub-cutáneo. El color de las superficies enfermas pasa sucesivamente del rojo al rojo oscuro violáceo, sustituyéndose bien pronto por un tinte equimótico azulado y verdoso, indicio de la infiltración sanguínea producida en el tejido celular subcutáneo. En fin, en este período existe muchas veces una fluctuación oscura, debida al reblandecimiento del tumor eritematoso, pero nunca se observa la supuración ni la ulceración.

El eritema, más frecuente en el hombre que en la mujer, se desarrolla principalmente en los individuos de temperamento sanguíneo, y bajo la influencia del frío húmedo, de fatigas, de faltas en el régimen, coexistiendo muchas veces con el reumatismo, como lo han demostrado las observaciones de los señores Bouilland, Rayer, Schönlein y Bazin. Por último, esta afección va acompañada de un aumento en la fibrina de la sangre.

Diagnóstico.—Debiendo indicar más adelante los caracteres diferenciales del eritema indurado, no los enumeraremos aquí. (V. *Escrofulides*.)

En la urticaria simple, las placas, rosáceas en la periferia, decoloradas en el centro y acompañadas de prurito, solo existen en los tegumentos una parte del día; mientras que el eritema nudoso es permanente, ofrece un color oscuro que después se hace azulado y amarillento, tiene una induración central engastada en el tejido celular, es doloroso á la presión y no ocasiona más

que un débil prurito. En la urticaria tuberosa, la eminencia es superficial é intermitente, no presenta el tinte equimótico de la afeccion que estamos estudiando, y persiste durante muchos años.

El eritema producido por la picadura de las pulgas, está diseminado por toda la superficie del cuerpo, y sus elevaciones oblongas, rosáceas y superficiales, presentan en el centro las señales de la picadura, sin dar al tacto la sensacion de esa induracion que se hunde en el tejido celular.

El eritema nudoso tiene por elemento primitivo una mancha, constituyendo una especie del género eritema.

Pronóstico.—Considerado en sí mismo el eritema nudoso, no es grave, pues que desaparece espontáneamente en poco tiempo; pero si atendemos á que el enfermo atacado de ella se halla bajo la influencia del artritis, enfermedad constitucional que puede dar lugar á otras manifestaciones ulteriores, entonces haremos un pronóstico mas sério, al menos por lo que concierne al porvenir.

Tratamiento.—Bastan para curarle algunos purgantes, una dieta ligera y baños de almidon; rara vez se necesita practicar una sangría.

Eritema papulo-tuberculoso.—Empieza por lo general bruscamente, y los únicos fenómenos que se observan antes de aparecer la rubicundez de los tegumentos, consisten en pinchazos en la superficie de las partes que serán asiento de la erupcion, un poco de anorexia, un ligero malestar, etc.

La erupcion está caracterizada por pequeñas placas salientes, perfectamente circunscritas, con bordes mas ó menos festoneados, circulares ú ovaes, de un color rojo oscuro, vinoso y aun violáceo, y asiento algunas veces de una congestion tan intensa, que se producen hemorragias intra-dérmicas.

En algunas de estas placas se encuentra el centro sano y ligeramente deprimido; en otras se observan en el centro ó hácia sus bordes pequeñas eminencias irregulares, redondeadas por su vértice, formando *gruesas pápulas*, ó tambien verdaderas *induraciones tuberculosas*. Alrededor de estas placas existen muchas veces manchas elevadas en forma de pápulas, que rara vez exceden del diámetro de una pieza de dos reales.

Se ve, pues, que el eritema papulo-tuberculoso está formado por la reunion de muchos elementos eruptivos y que corresponde á los eritemas *simple*, *papuloso* y *tuberculoso*; tambien corresponde á los *eritemas circinado* y *marginado*, caracterizados, el

primero, por círculos rojos mas ó menos estendidos, y cuyo centro se encuentra sano, y el segundo, por manchas rojas ó violáceas circunscritas por bordes elevados sobre las partes circunvecinas.

El eritema papulo-tuberculoso va acompañado de coriza aguda, de bronquitis catarral, de conjuntivitis y aun de equimosis conjuntivales, de una erupcion en la mucosa bucal, y por último, de vesículas que se rompen dejando al descubierto pequeñas ulceraciones redondeadas, superficiales y rodeadas de una rubicundez eritematosa.

El eritema papulo-tuberculoso se localiza especialmente en el dorso de las manos y de los antebrazos, en la parte anterior de las rodillas, en la nariz, las mejillas, los labios y los párpados; al mismo tiempo le acompañan dolores en los miembros y en las articulaciones, presentando los individuos que son afectados de ellas un aumento en la fibrina de la sangre.

La marcha de esta afeccion es aguda ó sub-aguda; del mismo modo los fenómenos eruptivos desaparecen al cabo de quince ó veinte dias, y no dejan entonces mas que un tinte equimótico, testimonio de la congestion intensa y de la hemorragia que se ha verificado al nivel de las manchas.

Etiología.—El eritema nudoso y el papulo-tuberculoso nacen bajo la influencia del frio, sobre todo del húmedo, y tambien á consecuencia de fatigas, faltas de régimen, excesos alcohólicos (E. nudoso), irregularidades de la menstruacion (E. papulo-tuberculoso), etc. La influencia de la primavera sobre el desarrollo de estas dos artrítides es incontestable.

Pronóstico y tratamiento.—Nada tengo que añadir á lo que he dicho relativamente al pronóstico y al tratamiento del eritema.

Urticaria hemorrágica.—El género urticaria presenta dos especies que pueden referirse al artritismo; estas son: la *urticaria hemorrágica*, afeccion pseudo-exantemática, y la *cnidosis ó urticaria crónica*, artrítide irregular.

Sintomatología.—Pasados uno ó dos dias de prodromos caracterizados por fiebre, laxitud, cefalalgia, trastornos digestivos, prurito, etc., aparecen en los miembros, tronco y cara, unas pápulas acompañadas de comezon intensa, circulares por lo regular, de algunos milímetros á dos centímetros de diámetro, rodeadas de una aureola roja ó violácea, y que presentan en su centro, decolorado en general, una mancha negruzca formada por hemorragias capilares, fenómeno que ha hecho dar á esta variedad de urticaria el nombre de hemorrágica.

La erupcion es discreta ó confluyente; en este último caso las pápulas se reunen, observándose entonces anchas placas matizadas de rojo y de pequeños puntos equimóticos.

Cada pápula suele durar de dos á tres setenarios; de aquí el nombre de *urticaria perstans* dado tambien á esta especie de urticaria. La marcha intermitente de las pápulas solo se observa en la urticaria hemorrágica; estas se borran poco á poco, dejan en su lugar manchas equimóticas de marcha lenta y son reemplazadas por otras pápulas.

Etiología.—La urticaria hemorrágica aparece, sobre todo, en la adolescencia y edad adulta, en los sugetos del sexo masculino y en aquellos que tienen un temperamento sanguíneo. El frio tiene una influencia incontestable en su aparicion.

Diagnóstico.—Ya hemos indicado los caracteres distintos del género urticaria (pág. 34). El diagnóstico de la especie urticaria hemorrágica es muy fácil si se tiene en cuenta la inyeccion intensa de la base, el punto central equimótico y la duracion de cada pápula.

La naturaleza artrítica de esta afeccion se comprueba, segun M. Bazin, por la influencia del frio en la aparicion de las placas, y por la congestion intensa y la hemorragia de la piel que las acompaña; por el aumento en la fibrina de la sangre que, como en las demás artrítides pseudo-exantemáticas, se presenta; y en fin, por las relaciones que tiene esta especie de urticaria con otras afecciones de naturaleza evidentemente artrítica, tales como los eritemas que hemos estudiado y el reumatismo.

Pronóstico.—La urticaria hemorrágica, puesto que se cura espontáneamente en dos ó tres setenarios, no ofrece ninguna gravedad; pero esta afeccion recidiva muy á menudo é indica la existencia de una enfermedad constitucional: el artritisismo.

Tratamiento.—Se aconsejarán las lociones emolientes y templadas de los cocimientos de malvabisco, de simiente de lino ó de adormideras; un régimen suave, un purgante salino ó una pequeña sangría si el sugeto es sanguíneo.

(b) *Artrítides pseudo-exantemáticas vesiculosas.*

Herpe circinado.—Se designa con este nombre una especie del género herpe, caracterizada por una erupcion de vesículas dispuestas en círculos sobre una superficie inflamada, círculos reunidos á veces, pero las mas, separados entre sí por intervalos de piel sana.

Sintomatología.—Pasado uno ó dos dias de malestar general, fiebre, anorexia y una sensacion de pinchazos y lanzadas en los puntos que deben ser afectados, aparecen en el tronco y especialmente en la parte anterior del pecho, así como tambien en el cuello, círculos rojos cuya magnitud varía entre la de una peseta y un duro, círculos que se tocan por su circunferencia y que bien pronto se cubren en su superficie de vesículas pequeñas como la cabeza de un alfiler, y cuya duracion no pasa de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, dejando en su lugar laminillas finas, grises y blanquecinas, estigmas de la existencia anterior de las vesículas antes dichas. Mientras esta descamacion se produce, nace un nuevo círculo de vesículas en la circunferencia; de modo, que en el periodo de estado se observa primeramente una zona roja sembrada de vesículas, otra segunda inscrita en la primera y que es asiento de una descamacion de laminillas finas, en fin, otra central sana si los círculos no se cortan mutuamente.

El enfermo experimenta ligeros pinchazos que aumentan por el calor de la cama; por último, la afeccion no va acompañada de exudacion, pues que el líquido de las vesículas se reabsorbe y transforma en escamas pequeñas.

Un setenario despues de empezar estos fenómenos solamente se observan ligeras escamas grisáceas que descansan en una superficie eritematosa que palidece cada vez mas.

Mas tarde todavía las escamas se desprenden, la rubicundez se borra completamente y la piel recobra su color normal.

Etiología.—Las mismas causas productoras reconocemos en el herpe circinado artrítico y en las artrítides agudas.

Diagnóstico.—El herpe circinado artrítico puede confundirse con el herpe circinado parasitario; pero esta última afeccion ocupa las partes velludas, la cara y el dorso de las manos, donde es trasmitido por contagio; se halla formada por círculos completos y por arcos de círculo concéntricos revestidos de escamas argentadas y finas; tiene una marcha esencialmente crónica, encontrándose los pelos en esta afeccion envainados por el polvo parasitario ó mas tarde por tubérculos de sicosis; por último, si examinamos al microscopio estas escamas que cubren los círculos ó los arcos de círculo, comprobaremos la existencia de esporos trichophyticos.

Pronóstico y tratamiento.—Curándose espontáneamente en algunos dias, no podemos considerarla grave; sin embargo, descubre una enfermedad constitucional: el artritismo. Basta espol-

vorear las partes enfermas con almidón, tomar ligeros purgantes y bebidas ácidas ó diuréticas, y en la declinacion algunos baños almidonados ó ligeramente alcalinos.

Hidroa vesiculoso.—Trascribiremos aquí el capítulo que sobre el hidroa publicamos en la primera edicion de las lecciones sobre las afecciones genéricas de la piel. Se designa con el nombre de hidroa una afeccion análoga al herpe flictenóide de Willan, caracterizada por vesículas ó pequeñas ampollas dispuestas en grupos separados por intervalos mayores ó menores. Esta afeccion, que podemos llamar *propia*, se presenta esclusivamente en los sujetos artríticos.

M. Bazin distingue tres variedades de hidroa: el vesiculoso; el varioliforme, confundido con la afta crónica (oloplyctide crónica de Alibert), y el ampoloso (pénfigo de pequeñas ampollas).

Primera variedad.—El hidroa vesiculoso se ha confundido generalmente por los autores con el eritema papulatum.

Sitio.—Se desarrolla en el tegumento interno y en el externo. En la piel ocupa ordinariamente las partes descubiertas, tales como la cara dorsal de las manos y muñecas y la parte anterior de las rodillas. En la mucosa bucal, afectada con frecuencia, ocupa con predileccion el labio inferior y la cara interna de los carrillos. Tambien la conjuntiva puede ser asiento de las erupciones que estudiamos.

Sintomas.—La afeccion va precedida algunas veces de mal-estar, anorexia y un ligero movimiento febril; pero estos fenómenos prodrómicos pueden faltar, ó ser tan poco marcados, que solo llame la atencion del enfermo el gran desarrollo de las vesículas.

La erupcion ataca en primer lugar el dorso de las manos y las rodillas y no aparece, por lo regular, en la mucosa bucal hasta el segundo ó tercer dia. No obstante, M. Bazin ha observado en un enfermo, como signo prodrómico, una ligera angina producida por vesículas desarrolladas en el istmo de las fauces.

Cualquiera que sea el asiento de la erupcion, presenta los caracteres siguientes: al principio se perciben manchas de un rojo oscuro, pequeñas, redondeadas, poco salientes y con bordes perfectamente limitados; sus dimensiones varían entre las de una lenteja y las de una pieza de veinte céntimos; algunas veces están rodeadas de una aureola rosácea, presentando bien pronto en su centro una pequeña vesícula llena de un líquido amarillo y trasparente. Esta vesícula nace al dia siguiente de aparecer la mancha roja, se deseca rápidamente en el centro ocupado por una

pequeña costra negruzca, y entretanto, el líquido se reabsorbe en la circunferencia. Estos fenómenos terminan hácia el segundo ó tercer día de la erupcion.

En esta época, la afeccion toma un aspecto particular; véanse pequeños discos rojos con una costra central negruzca rodeada de un cordoncillo blanco ligeramente elevado. Este cordoncillo está formado por el epidermis en maceracion; porque reabsorbido parcialmente el líquido contenido en la vesícula, se aplica imperfectamente sobre el dermis. Al cabo de algunos días, el color de la pequeña mancha desaparece y la costra central se desprende, dejando una mancha violácea que desaparece lentamente. Muchas veces se produce alrededor de la vesícula central un círculo de vesículas que descansan en una superficie roja y que sufren la misma evolucion que aquella, siendo seguidas de una tercera erupcion; de aquí resultan diferentes matices concéntricos que ha hecho dar á esta afeccion el nombre de *herpe iris*. En otros casos, la afeccion sigue una marcha diferente; se observa al principio una pequeña vesícula redondeada, y bien pronto alrededor de ésta una aureola roja, al nivel de la cual, el epidermis está levantado por un líquido trasparente que se reabsorbe, mientras que el que ocupaba la parte central se concreta en una costra morenuzca.

En fin, puede suceder, especialmente en los tiempos frios, que el flúido exhalado en la vesícula se reabsorba rápidamente. Esta terminacion dejará de verificarse cuando observemos una pequeña mancha blanquecina ó amarillenta colocada en el centro de un disco rojo formado por el epidermis desprendido. En estos casos es cuando la afeccion puede confundirse con el eritema papulatum.

En las mucosas, las vesículas son blanquecinas, están rodeadas de una aureola violada, y las costras se desprenden mucho antes.

Los discos rojos cubiertos de vesículas son mas ó menos numerosos. Por lo general, están separados por intervalos de piel sana, pero á veces se hallan dispuestos en grupos de dos ó de tres, tocándose por su circunferencia. No aparecen todos simultáneamente, sino por erupciones que se suceden durante algunos días. En los puntos afectos rara vez se presenta comezon. Los fenómenos febriles, que pocas veces existen al principio, cesan en cuanto la erupcion se desarrolla.

La afeccion aparece sucesivamente en las rodillas en el dorso de las manos, y despues en la mucosa bucal, particularmente en la cara interna del labio inferior. En un caso obser-

vado por nosotros, se veía una corona de vesículas en la base de la úvula.

Duración y terminación.—El hidroa vesiculoso dura de dos á cuatro setenarios; cada elemento eruptivo en particular recorre su evolución en cuatro ó cinco días. Solo se prolonga esta afección muchas semanas cuando se suceden las erupciones vesiculosas. La recidiva puede verificarse, la hemos observado en diferentes ocasiones.

Etiología.—El hidroa se manifiesta en los dos sexos, pero en el masculino es mas frecuente; se desarrolla en los adultos hácia la edad de 20 á 30 años; es mas frecuente en la primavera y el otoño, y ataca en particular á los sujetos que han presentado ó todavía presentan síntomas de artritis.

Diagnóstico.—Fácilmente puede reconocerse el hidroa vesiculoso por los caracteres que acabamos de indicar. Sin embargo, esta afección se ha confundido y aun puede confundirse, con el eritema papuloso y el herpes.

En el eritema papuloso, á veces, se observa una vesícula en el vértice de algunas de las eminencias rojas que constituyen la erupción. Pero en esta, la vesícula no es mas que un síntoma accesorio y no presenta la evolución de la vesícula del hidroa, que con tanto cuidado hemos descrito.

El herpes está caracterizado por vesículas agrupadas sobre una base inflamada y acompañadas con frecuencia de síntomas generales. En el hidroa, cada vesícula descansa sobre una pequeña mancha violada perfectamente distinta y los síntomas generales faltan las mas veces.

Naturaleza.—El hidroa vesiculoso es una afección esencialmente artrítica; por lo menos siempre lo hemos encontrado en sujetos artríticos, y constantemente ha presentado relaciones evidentes con las manifestaciones del artritis.

Pronóstico.—Esta afección no tiene ninguna gravedad, y desaparece espontáneamente al cabo de cuatro ó cinco semanas aunque está sujeta á recidivas.

Tratamiento.—Nos limitaremos á prescribir baños alcalinos y medios higiénicos, recomendando también un régimen suave y bebidas diuréticas.

(c) *Artritis pseudo-exantemática escamosa.*

Pitiriasis rubra aguda.—El artritis engendra dos especies de pitiriasis, una pseudo-exantemática, *pitiriasis rubra aguda*

diseminada, y otra crónica, *pitiriasis circumscribta*. Solo debemos estudiar en este momento la *pitiriasis rubra aguda, maculata y circinata*.

Definicion.—La pitiriasis pseudo-exantemática artrítica está caracterizada por pequeñas manchas rojas que reuniéndose forman anchas placas, las cuales están cubiertas de escamas furfuráceas blanquecinas que desaparecen espontáneamente en el espacio de dos á cuatro setenarios.

Sintomatologia.—Después de algunos días de prodromos, aparece una erupcion que ofrece dos aspectos: ora está caracterizada por pequeñas manchas redondeadas y de bordes sinuosos, rosáceas, diseminadas por toda la superficie del cuerpo y cubiertas de una descamacion mas ó menos abundante (*pitiriasis maculata*); ora está formada por manchas rojas que se reunen para formar círculos mas ó menos completos parecidos al herpe circinado y al nivel de los cuales se verifica una descamacion furfurácea (*pitiriasis circinata*).

En una y otra de estas variedades es á veces tan intensa la comezon, que obliga al enfermo á rascarse, lo cual produce entonces placas eczematosas.

Esta afeccion ocupa ordinariamente la cara, el cuero cabelludo y el tronco, algunas veces tambien los miembros, y de estos, con preferencia, los antebrazos y la parte inferior de las piernas.

Marcha, duracion y terminacion.—La pitiriasis rubra, por lo comun, desaparece en diez ó quince días, ó por el contrario, persiste de cuatro á cinco setenarios por presentarse erupciones sucesivas, pero se termina siempre por resolucion y nunca pasa al estado crónico.

Etiologia.—La padecen los jóvenes, y sobreviene bajo la influencia del frio, de las faltas de régimen y de la supresion de la traspiracion. La influencia de la primavera puede tambien contribuir á su produccion.

Diagnóstico.—Ya hemos indicado los caracteres diferenciales del género pitiriasis; solo añadiremos que la pitiriasis rubra pseudo-exantemática, se distingue de la pitiriasis rubra artrítica, por la existencia de placas de un rojo vivo, foliáceas, laminosas y jamás circinadas.

Pronóstico y tratamiento.—El pronóstico no es grave, pues que la afeccion desaparece espontáneamente. Se procurará la curacion con el uso de tisanas refrigerantes, baños emolientes, ligeros purgantes, etc.

2.º ARTRÍTIDES VULGARES.

Esta seccion comprende cinco grupos que tienen géneros distintos: artrítides eritematosas, pustulosas, vesiculosas, escamosas y papulosas.

(a) *Artrítides eritematosas ó couperósicas.*

Acné rosáceo ó couperose artrítica.—Se designa con este nombre una afeccion caracterizada por pequeñas pápulas de base roja y vértice purulento, y por una rubicundez eritematosa acompañada de dilataciones capilares en la piel.

Sintomatologia.—La couperose artrítica ocupa principalmente la nariz, los carrillos, la barba, y algunas veces la parte anterior del pecho. Está caracterizada por manchas fugaces rosáceas ó rojas que desaparecen á la presion y que solo se producen en ciertos momentos bajo la influencia de verdaderas erupciones congestivas que se verifican en una parte ó en la totalidad de la cara, erupciones acompañadas de tumefaccion, sensacion de calor, pesadez, etc.

En un momento dado, la rubicundez se hace habitual y permanente en ciertos puntos, pero sobre todo en la nariz. Entonces se halla formada principalmente por vasos capilares dilatados y flexuosos que aumentan despues de la comida y el calor. Tambien se comprueban, en general, pápulas ó papulo-tubérculos, que no tardan en convertirse en pústulas á consecuencia de la inflamacion de las glándulas sebáceas. No solamente existe dilatacion capilar al nivel de las manchas de couperose, sino tambien en su circunferencia.

Si la afeccion continúa, la piel se engruesa é indura, cubriéndose de tubérculos rugosos que llegan á adquirir el volúmen de una nuececilla y que coexisten con las papulo-pústulas precedentemente descritas.

El enfermo siente en los puntos afectados pinchazos, lanzadas, ó una sensacion de escozor y de calor.

Marcha y duracion.—La couperose tiene una marcha crónica, ofrece algunas remisiones, aunque pasajeras, y en definitiva, solo se cura rara vez, haciendo la desesperacion del médico y del enfermo.

Etiologia.—Esta afeccion, rara en la adolescencia, aparece

habitualmente hácia la edad de treinta ó cuarenta años y en la época crítica.

La exposicion de la cara al calor, el uso de lociones irritantes en la misma, los excesos de la mesa, etc., solo juegan el papel de causas ocasionales y no hacen mas que despertar el artrismo.

Diagnóstico.—La couperose artrítica tiene caractéres que la distinguen de la escrofulosa y de la alcohólica. La couperose escrofulosa está caracterizada por una rubicundez eritematosa menos viva, no presenta ninguna dilatacion capilar en la circunferencia de la placa, y las pústulas que nacen sobre las manchas, son mas raras, pero mas purulentas y voluminosas; en fin, no existe mas que un prurito moderado.

Difícil es distinguir la couperose alcohólica de la artrítica, y para diferenciarlas es necesario informarse si el enfermo ha hecho ó no abuso de los alcohólicos ó si existen manifestaciones artríticas, tales como el eczema, dolores reumáticos, anginas, gastralgias y hemicráneas.

Pronóstico.—Es serio, porque la afeccion ocupa ordinariamente la cara, produciendo en ella una deformidad desagradable, y sobre todo porque rara vez obtenemos una curacion definitiva.

Tratamiento.—Despues de haber recomendado al enfermo alejar las causas que hayan podido determinar la aparicion de su enfermedad, se aconsejará un régimen suave y unturas en las partes enfermas con el aceite de enebro ó con una disolucion alcohólica de ácido fénico (ácido una parte, alcohol nueve partes). M. Bazin no ha obtenido ningun éxito con las pomadas de bi-ioduro ó de iodo-cloruro de mercurio, y solo usa excepcionalmente el aceite de nueces ó la tintura de iodo. En fin, se ordenarán tambien las duchas alcalinas ó sulfurosas, y especialmente las duchas pulverizadas.

Pero ante todo es preciso un tratamiento interno y prescribir tisanas amargas, un vaso de agua de Sedlitz, de Pullna ó de Friedrichshall, cada dos ó tres dias; tambien puede tomarse el jarabe alcalino y las aguas de Vals, Vichy y de Ems.

Intertrigo artrítico.—El intertrigo artrítico está caracterizado por una rubicundez eritematosa sobre la cual aparecen, por lo comun, pústulas acnéicas ó forunculosas que se extienden progresivamente por medio de un rodete análogo al del herpe circinado.

Sintomatologia.—El intertrigo, simple afeccion artificial debida al contacto del sudor, ocupa todas las regiones en que dos

superficies cutáneas se encuentran adosadas. Pero si el enfermo es artrítico, la erupcion eritematosa, al principio artificial, se convierte en una manifestacion de la enfermedad constitucional bajo la cual se ampara tomando de aquella sus caractéres especiales; de este modo, la rubicundez se hace mas intensa y se extiende mas allá de las partes adosadas, formando su límite un rodete ligeramente saliente que se cubre de pústulas, de forúnculos y de hidrosadenitis, resultantes de la propagacion de la inflamacion á los bulbos pilosos y á las glándulas sebáceas.

Las superficies enfermas están cubiertas muchas veces de un sudor abundante y nauseabundo, sintiendo en ellas el enfermo comezon y pinchazos ó lanzadas.

El intertrigo artrítico persiste ordinariamente durante meses y aun años recidivando con una gran facilidad.

Etiología.—La causa ocasional es, por lo regular, el contacto del sudor alterado, así que esta afeccion se observa en las personas que traspiran con abundancia; pero el sudor no hace mas que despertar la enfermedad constitucional que entretiene y prolonga la erupcion.

Diagnóstico.—El intertrigo artrítico se distingue del artificial por la existencia de una rubicundez mas viva, extendida mas allá de las partes adosadas, por el rodete circunferencial cubierto de pústulas, y en fin, por la coincidencia de afecciones artríticas, tales como la dispesia, el acné, etc.

Pronóstico.—El intertrigo es serio á causa de su larga duracion y de sus recidivas. Si ocupa la parte interna de los muslos ó las axilas, los movimientos son dificiles, si la vulva ó la vagina son los afectados, la enferma experimenta una comezon penosa y tenaz que puede alterar las funciones digestivas y aun las intelectuales.

Tratamiento.—Además del tratamiento local que hemos indicado en el artículo *Intertrigo artificial*, página 120, es preciso aconsejar el jarabe alcalino ó las aguas minerales alcalinas.

(B) *Artritides pustulosas.*

Este grupo comprende el acné y el sicosis.

Acné artrítico.—Tres variedades de acné podemos referir al artritismo, estas son: el *A. miliar*, el *A. pilaris* y el *A. indurata*.

1.º *Acné miliar.*—Está caracterizado por pequeñas pústulas punteagudas, rodeadas de una aureola roja ó rosácea, compues-

tas por una mezcla de materia sebácea, de linfa plástica y de serosidad purulenta.

Las pústulas de acné miliar ocupan la frente, las sienes, la nariz, el menton, muchas veces tambien la region dorsal, y algunas veces se encuentran diseminadas por todo el cuerpo. Estas pústulas se reunen y forman arcos de círculo, elipses, etc., descansan en una superficie roja y van acompañadas de pústulas de acné indurata.

El acné miliar artrítico puede confundirse con el acné miliar sifilítico. Segun M. Bazin, ambas afecciones están formadas por pústulas atravesadas por un pelo y rodeadas de una aureola muy roja, dejando de existir muchas veces el color cobrizo en la sifilide miliar. Durante los dos primeros periodos solo puede apoyarse el diagnóstico en los antecedentes, mas tarde podrán servirnos las cicatrices. El acné sifilítico presenta cicatrices redondeadas, deprimidas, cobrizas y que se hacen blancas del centro á la circunferencia; el acné artrítico, por el contrario, da lugar á cicatrices plegadas y no cobrizas.

Formándose el acné miliar por erupciones sucesivas, podremos sacar partido de las cicatrices que resultan de las pústulas anteriores.

2.º *Acné pilaris*.—Está caracterizado por elementos umbilicados, papulosos en la base, pustulosos en el vértice y atravesados por un pelo; el líquido de la pústula se deseca rápidamente, concretándose bajo la forma de una costra amarilla que descansa sobre una eminencia redondeada, roja é indurada. Los pelos se caen muy pronto y solo quedan pápulas cubiertas de costras ligeramente deprimidas, las que tambien se desprenden dejando cicatrices blancas é indelebles. Esta afeccion va acompañada de pinchazos y una ligera comezon. Muchas veces, las pústulas reunidas y dispuestas en semicírculo, se dirigen de un temporal al otro siguiendo la raiz de los cabellos; otras tambien ocupan simultáneamente las patillas y la barba, rodeando la mayor parte de la cara.

Tambien pueden observarse placas de acné pilares en la nuca, en el cuero cabelludo, en los labios, etc.

El acné pilaris es una inflamacion de las glándulas sebáceas anejas á los folículos pilosos.

Diagnóstico.—El acné pilaris puede confundirse con la sifilide pústulo-crustácea circunscrita que, como aquel, empieza por pústulas acnéicas en la cara y cuero cabelludo; pero en la sifilide las pústulas tienen una duracion efímera, dan lugar á costras

negruzcas mas anchas rodeadas de una aureola cobriza, y en fin, despues de la caida de estas obsérvanse cicatrices lisas de un color cobrizo.

3.º *Acné indurata*.—Está caracterizado por elementos papulosos, rojos en la base y purulentos en el vértice, separados ó aislados, pero algunas veces confluentes, formando entonces pequeños grupos. El vértice de estas papulo-pústulas se abre muy pronto, y por la presion puede hacerse salir una materia análoga al clavo del forúnculo, formada por la glándula sebácea destruida.

El acné indurata consiste en la inflamacion de las glándulas sebáceas, inflamacion que, propagándose al tejidocelularcircunvecino, solo lentamente llega á la supuracion.

El acné indurata artrítico ocupa el dorso, la parte posterior de los hombros, la cara interna de los muslos, y entonces aparece bajo la forma de placas.

Diagnóstico.—El acné indurata escrofuloso se diferencia del acné artrítico por los caractéres siguientes: ocupa la cara con preferencia al dorso; va acompañado de otras variedades de acné: acné puntata, pustuloso, sebáceo, etc.; y por último, coexiste con afecciones eminentemente escrofulosas, tales como usagres y oftalmias.

Etiologia.—El acné artrítico se observa en la juventud y edad adulta, en la pubertad, en la época crítica, en los individuos de temperamento sanguíneo, etc.

Podemos considerar como causas ocasionales del acné artrítico, toda clase de irritantes, los cosméticos, los vinagres de tocador y los excitantes (café, alcohólicos).

Tratamiento.—Se ordenarán las duchas de vapor, de agua sulfurosa y las de agua pulverizada, las aplicaciones de aceite de enebro, una solucion de clorato potásico, y al mismo tiempo los alcalinos y purgantes ligeros.

Sicosis ó mentagra artrítica.—El sicosis es una afeccion caracterizada por la inflamacion de los folículos pilosos.

Sintomatologia.—El sicosis artrítico ocupa ordinariamente el labio superior por hallarse este irritado sin cesar por el fluido nasal del coriza que con tanta frecuencia padecen los sugetos artríticos; pero tambien puede observarse en el labio inferior, la barba y las mejillas.

Está caracterizado por papulo-pústulas amarillentas y puntiagudas, cuya base está profunda, roja é indurada; producidas estas por una inflamacion limitada al folículo piloso, que no se extiende al tejido celular circunvecino, no producen esas nudo-

sidades engastadas en el tejido celular subcutáneo que se observan en el sicosis parasitario.

El líquido de estas pústulas se concreta en costras amarillas ó morenas, secas y fraccionadas; algunas veces solo se observa una costra gruesa que descansa sobre una placa circunscrita é inducida, siendo debido este estado al uso de tópicos irritantes.

Si el sicosis dura mucho tiempo, los pelos se alteran, se atrofian, se hacen amarillentos y se arrancan fácilmente por haber ganado la inflamacion la papila pilifera.

El enfermo percibe al nivel de las partes enfermas una sensacion parecida á pinchazos ó lanzadas.

Marcha, duracion, terminacion.—El sicosis artrítico ofrece, en general, una intermitencia marcada, desaparece en verano para volver á principios de otoño ó del invierno siguiente; sin embargo, por medio de un tratamiento apropiado puede obtenerse su curacion.

Etiologia.—Generalmente se observa en el sexo masculino, en la edad adulta y en la vejez, al principio del otoño y en el invierno.

Los irritantes, como las pomadas, los cosméticos de mala calidad, el moco nasal del coriza, etc., juegan muchas veces el papel de causas ocasionales que despiertan la enfermedad constitucional, el artritismo.

Diagnóstico.—Habiendo establecido el diagnóstico del género sicosis, solo nos queda examinar los caractéres diferenciales del sicosis parasitario y del sicosis artrítico.

El sicosis parasitario, precedido de círculos de herpe circinado y de pitiriasis alba, afecciones cuyos vestigios podemos comprobar fácilmente, aparte de la existencia de tubérculos sicósicos, está caracterizado por nudosidades diseminadas en la barba, que se hunden en el tejido celular subcutáneo y al nivel de las cuales se arrancan los pelos muy fácilmente.

El sicosis artrítico, por el contrario, está formado por una placa circunscrita, saliente y roja que ocupa el surco sub-nasal, placa debida á una induracion del dermis y cubierta de costras secas fraccionadas ó de pústulas amarillentas de base roja y papulosa. Si es reciente esta afeccion, los pelos permanecen sanos y se arrancan con facilidad, si, por el contrario, es antigua, están atrofiados y amarillentos, difícilmente pueden extraerse. Por último, la erupcion va acompañada ó precedida de coriza, emicránea y otros accidentes artríticos.

La sifilide pustulosa ó tuberculosa circunscrita se distingue

del sicosis, porque los elementos primitivos están agrupados en círculos ó semicírculos, se hallan rodeados de una aureola cobrizo y atravesados por pelos sanos y persistentes.

Pronóstico.—El sicosis artrítico es una afeccion seria, no solamente porque descubre la existencia de una enfermedad constitucional, sino tambien por su tenacidad y fáciles recidivas.

Tratamiento.—Al principio podrá obtenerse la curacion con el simple uso del turbit, del precipitado rojo, ó con lociones alcalinas; pero en una época ulterior, y si existe una viva inflamacion de los folículos, se aconsejarán las cataplasmas de fécula, las lociones emolientes, etc. Cuando la inflamacion haya disminuido, conviene la depilacion para separar los pelos, que obran como cuerpos extraños, y el aceite de enebro como medio sustitutivo.

Tambien podrán mandarse simultáneamente, las duchas de vapor y los baños alcalinos.

En fin, además de este tratamiento local debe usarse otro general, basado en los amargos, los purgantes salinos y los alcalinos.

(C) *Artrítides vésico-escamosas.*

Este grupo comprende dos afecciones genéricas, el eczema y el herpe, y una afeccion propia, el hidroa.

Eczema artrítico circunscrito.—El artritismo produce tres formas de eczema, el circunscrito, el numular y el generalizado; estas dos últimas formas pertenecen al grupo de las artrítides irregulares y el eczema circunscrito al de las artrítides vulgares.

Sintomatología.—El eczema circunscrito artrítico presenta tres variedades: E. circunscrito, E. orbicular y E. centrifugo.

E. circunscrito.—Tiene por asiento las partes genitales, las mamas, el dorso de los piés y de las manos, la cara dorsal del antebrazo, la anterior de las piernas, y mas rara vez la frente, la nuca y la parte anterior del pecho; solo ocupa uno de los lados del cuerpo, y si alguna vez existe en los dos, es que ha empezado por uno de ellos y se ha desarrollado en el opuesto mucho tiempo despues. Está caracterizado por placas redondeadas perfectamente circunscritas, rojas, á veces violáceas, pequeñas y cuyas dimensiones no exceden ordinariamente del diámetro de una peseta, ó mas pequeñas aun, pero que reuniéndose algunas veces dan origen á placas mayores que cubren toda la extension de un miembro.

En la superficie de estas placas solo se exuda una pequeñísima cantidad de líquido, el cual se concreta inmediatamente en costras ó en escamas que dan á las superficies un aspecto de sequedad muy notable. Algunas veces, sin embargo, á consecuencia de la aplicacion de tópicos irritantes, aumenta la exudacion y se concreta en costras gruesas.

Al principio, cuando se produce la erupcion efímera de vesículas, el enfermo experimenta comezon; mas tarde y cuando solo existe una superficie que trasuda poco líquido, perciben una sensacion parecida á pinchazos ó á lanzadas.

Si el eczema circunscrito tiene por asiento la cara dorsal de las manos, es notable por la sequedad y resquebrajamiento que en el epidermis determina; si es la palma de las manos y planta de los pies donde se encuentra, el grosor del epidermis se opone muchas veces á la ruptura de las vesículas, por lo cual el líquido se reabsorbe y el epidermis se aplica sobre el dermis, resultando de aquí manchas amarillas, al nivel de las cuales el epidermis se desprende y deja al descubierto una membrana de nueva formacion roja ó violada. Si existe en las caras laterales de los dedos, veremos 10, 15 ó 20 círculos rojos cubiertos bien pronto de pequeñas vesículas, que al romperse, no dan lugar á ninguna exudacion, pero que entonces están rodeadas por un reborde ó rodete epidérmico blanquecino. Si ocupa el espacio sub-unguinal de los dedos (*E. unguinum*), la secrecion es poco abundante y se concreta en costras amarillas deslustradas que se acumulan debajo de la parte anterior de la uña, la levantan, la desvian y hacen se desprenda. Puede observarse, alrededor de la uña, rubicundez y aun el mismo eczema.

El eczema orbicular se desarrolla en el contorno de los orificios naturales, tales como la boca, el ombligo, el ano, etc., presentando los caracteres descritos antes y produciendo desarreglos funcionales en relacion con la parte que ocupa, como imposibilidad para abrir los labios, etc.

El eczema centrífugo se ha llamado así por presentarse bajo la forma de discos circulares ó semicirculares mas ó menos extensos, cuya circunferencia externa se continúa insensiblemente con la piel normal, presentando bordes picoteados en su circunferencia interna, discos que circunscriben una superficie sana y se hallan cubiertos de pequeñas costras ó de escamas amarillentas.

Al lado del eczema artrítico describe M. Bazin una afeccion que designa con el nombre de *hidrosadenitis ulcerativa*, afeccion

que ocupa la palma de las manos, la raiz y cara palmar de los dedos, y á veces la parte correspondiente de los piés; localizada en las glándulas sudoríferas, está caracterizada por exulceraciones superficiales continuas que aparecen sucesivamente y que adoptan una forma circular ó de herradura, etc. Esta afeccion es tenaz, recidiva con frecuencia, y se acompaña de otros accidentes.

Marcha, duracion y terminacion.—El eczema artrítico tiene una marcha crónica, está sujeto á recidivas, pero no se generaliza como el eczema dartroso, pudiéndose trasformar en pseudo-pitiriasis ó en pseudo-líquén.

En 1868, un enfermo de la clínica de M. Bazin presentaba, á consecuencia de un eczema unguinum extendido á los dedos y dorso del pié, vegetaciones rojizas del volúmen de una nuez pequeña, poco sensibles al tacto, redondeadas, continuas por sus bordes y cuyas bases descansaban en una superficie roja, gruesa y liquenoide. El molde del pié de este enfermo está en el museo del hospital de San Luis.

Diagnóstico.—El eczema circunscrito artrítico se distingue fácilmente del eczema escrofuloso, el cual, ocupando ordinariamente la cara, la parte posterior de las orejas y el cuero cabelludo, produce una exudacion líquida abundante que se concreta en costras amarillas y gruesas; á esto acompañan infartos ganglionares y oftalmías que no producen prurito alguno. Se diferencia tambien del eczema herpético, el cual empieza por el pliegue del codo y las corvas, está caracterizado por anchas placas con tendencia á estenderse, y es asiento de una exudacion abundante, de viva comezon, etc.

Etiología.—El eczema artrítico se observa, sobre todo, en los adultos pléticos y sanguíneos, á consecuencia de faltas en el régimen y del uso prolongado de los alcohólicos ó de una alimentacion escitante.

Pronóstico.—Ofrece cierta gravedad porque ocupa las partes descubiertas y recidiva con frecuencia; pero esta gravedad disminuye considerando que el eczema circunscrito no se generaliza y desaparece tambien en un tiempo mas ó menos largo.

Tratamiento.—El tratamiento local consiste, al principio, en el uso de cataplasmas de fécula, de polvos y baños de almidon, y mas tarde, en el empleo de las pomadas de calomelanos ó de sulfato de hierro, del aceite de enebro mezclado con el de almendras dulces si las superficies están secas y escamosas, de los baños alcalinos, de las duchas sulfurosas y de los baños y duchas

de vapor. El tratamiento interno consiste en la administracion del jarabe alcalino y de las aguas minerales de Royat, Vichy, Ems.

Herpe sucesivo y crónico.—M. Bazin designa con este nombre una afeccion caracterizada por vesículas de herpe flictenoides, que ocupa habitualmente el prepucio, el orificio vulvar y rara vez el bucal, afeccion crónica que se perpetúa por erupciones sucesivas.

Sintomatologia.—La erupcion está caracterizada por vesículas en forma de pequeños grupos mas ó menos aislados y que ocupan, ora el borde libre mucoso de los labios, las comisuras y muchas veces la superficie cutánea, ora la cara mucosa del prepucio al nivel de la corona del glande ó la piel del prepucio y la cara externa del glande; por último, tambien puede tener asiento en las caras interna ó externa de los grandes labios ó en el cuello del útero.

Las vesículas herpéticas, llenas al principio de un líquido trasparente y despues blanquecino, se rompen hácia el tercer ó cuarto día, dando salida á un líquido que se concreta en costras mas ó menos gruesas, debajo de las que existen ulceraciones que bien pronto se cicatrizan sin dejar señales; pero las erupciones se suceden unas á otras, prolongándose de este modo la afeccion por espacio de meses y aun de años. En el prepucio y la vulva, las vesículas se observan con dificultad y ordinariamente solo se comprueba la existencia de la exulceracion.

Diagnóstico.—Ya hemos indicado los caractéres que distinguen al género herpe; el diagnóstico de la especie puede hacerse con facilidad. Los herpes artificiales ó sintomáticos de una enfermedad febril sobrevienen, los primeros, por la accion de sustancias irritantes, los segundos, como fenómenos críticos en el curso de ciertas enfermedades. El herpe idiopático está caracterizado por la existencia de un movimiento febril, por su marcha aguda, por la ausencia de recidivas, etc.

Pronóstico.—El herpe sucesivo es tenaz, recidiva fácilmente, simula una afeccion sifilítica cuando ocupa los órganos genitales, y bajo estos puntos de vista, es una afeccion seria.

Tratamiento.—El tratamiento local consiste en las aplicaciones de hilas empapadas en una disolucion ligeramente astringente, tal como la de alumbre, tanino, agua blanca, etc., y si la afeccion persiste, las cauterizaciones con nitrato de plata.

Como tratamiento general, se prescribirá el jarabe alcalino y las aguas de Royat, de Vals, de Vichy.

Hidroa varioliforme.—*Sintomatología*.—Esta afección está caracterizada por manchas rojas, sobre las cuales nacen vesículas transparentes, umbilicadas desde el segundo día de su existencia y cuyo líquido se enturbia bien pronto, concretándose en seguida bajo la forma de una costra que al principio se observa en el centro y después en la circunferencia. Caida esta costra queda solo una cicatriz deprimida.

La secreción sero-purulenta es algunas veces muy abundante y las costras son gruesas, amarillas y muy parecidas á las del impétigo.

El hidroa varioliforme se prolonga por erupciones que se suceden durante muchos meses (cuatro, cinco y aun seis).

Ocupa con predilección las partes descubiertas, la nariz, los carrillos, las muñecas, las manos y la mucosa bucal.

Tratamiento.—M. Bazin recomienda evitar los paseos al aire libre, permanecer á orillas del mar y no exponerse á los cambios de temperatura; prescribe al interior, el jarabe alcalino y los baños minerales alcalinos, al exterior, las duchas sulfurosas débiles y las duchas alcalinas pulverizadas.

(d) *Artrítides vulgares escamosas*.

Comprenden dos géneros: la *pitiriasis* y la *psoriasis*.

a. *Pitiriasis crónica y circunscrita*.—*Sintomatología*.—La pitiriasis crónica artrítica es ordinariamente circunscrita y se observa en las partes descubiertas y velludas, como el cuero cabelludo, la barba, la parte anterior del pecho y las axilas.

Sintomatología.—Está caracterizada por placas rojas, al nivel de las cuales la piel conserva su color normal; cuando las superficies enfermas están rojas, ora es general la rubicundez, ora se presenta bajo la forma de pequeños discos redondeados que rodean la base de los pelos. Las glándulas pilíferas, mas elevadas que de ordinario, están cubiertas de escamas delgadas que forman alrededor de los pelos una vaina epidérmica, la cual se eleva mas ó menos sobre el tallo de estos. Cuando la afección es antigua, los pelos, secos, atrofiados y quebradizos se caen; la calvicie entonces es temporal, los cabellos se renuevan, pero pasado cierto tiempo, las alteraciones de la pápila son tan considerables, que se hace definitiva. Los enfermos experimentan en las superficies enfermas picazon y punzadas.

Con el nombre de *pitiriasis acnéica*, describe M. Bazin una afección caracterizada por placas irregulares de un color rojo

muy marcado, las mas veces redondeadas, perfectamente circunscritas y cubiertas de escamas blanquecinas, en la circunferencia de las cuales se observa una série de verdaderas pústulas acnéicas con vértice amarillo y puntiagudo, colocadas en la base de los pelos y separadas por partes perfectamente sanas.

Muchas veces hemos observado esta variedad de pitiriasis artrítica, en la clínica de M. Bazin; ocupaba gran parte del dorso en forma de una gran placa mas ó menos oval y perfectamente circunscrita.

La alteracion de los folículos pilosos es mas pronunciada en esta variedad que en la precedente.

Marcha, duracion.—La pitiriasis artrítica dura algunos meses y aun años, recidiva fácilmente y produce muchas veces una calvicie temporal ó permanente.

Etiología.—El sexo masculino, la juventud y edad adulta son los que especialmente están sujetos á esta afeccion, la cual reconoce como causas ocasionales en los artríticos, las pomadas y lociones irritantes, el contacto del sudor en abundancia, etc.

Diagnóstico.—La pitiriasis herpética ocupa grandes superficies, sean ó no velludas, y solo escepcionalmente produce, pasado mucho tiempo, la caída de los cabellos.

La pseudo-pitiriasis escrofulosa va precedida de un eczema con secrecion mas ó menos abundante, sus escamas son mas gruesas, mas amarillas y tienen cierto grado de humedad, y ocupa, no solamente el cuero cabelludo, sino tambien la cara posterior de las orejas ó su pabellon, yendo acompañada de otros accidentes escrofulosos.

Tratamiento.—En el primer tomo de las afecciones genéricas de la piel, he resumido el tratamiento de la pitiriasis artrítica en los siguientes términos:

Se prescribirá la tisana de saponaria ó de pensamiento silvestre, dulcificada con el jarabe de fumaria ó de olmo piramidal; una cucharada por mañana y tarde del jarabe alcalino y agua alcalina en las comidas; tambien debemos ordenar se corten ó afeiten á algunos milímetros de la piel, los pelos ó cabellos que cubren las partes enfermas, embadurnando estas cada tres dias con el aceite de enebro y lavándolas tres ó cuatro veces cada veinticuatro horas con una disolucion compuesta de agua de salvado, 500 gram.; glicerina inglesa, 30 gram.; carbonato de sosa, 25 centígs. á un gram. Además se harán tomar baños alcalinos ó de vapor.

Psoriasis artrítica.—La psoriasis artrítica ocupa con prefe-

rencia las regiones descubiertas, tales como la cabeza, la palma de las manos, la planta de los piés, etc., pero rara vez se encuentra al nivel de los codos y de las rodillas, regiones atacadas especialmente por la psoriasis herpética. Tiene dos formas, la *escarlatiniforme* y la *numular*.

(a) *La psoriasis escarlatiniforme* se desarrolla, por lo comun, simultáneamente en la planta de los piés, en la palma de las manos, en la raiz de los cabellos y en los órganos genitales; sin embargo, tambien puede ocupar alguna de estas regiones solamente.

Está caracterizada por una sensacion de tension y de quemadura al nivel de las partes enfermas, por una descamacion en forma de anchas placas epidérmicas análogas á las de la escarlatina, y por el engruesamiento y rubicundez escarlatiniforme de los tegumentos subyacentes á las escamas; por último, cuando la afeccion ocupa la palma de las manos y la planta de los piés, se observan en estos puntos fisuras profundas, de las cuales se derrama una serosidad plástica que se concreta bajo la forma de costras, acompañando á esto la semiflexion de los dedos. Esta forma de psoriasis es muy rara.

(b) *La psoriasis numular* ocupa poco mas ó menos las mismas regiones que la escarlatiniforme. Está caracterizada por placas rojas, redondeadas y cubiertas de escamas que nunca presentan el color blanco y argentino ni la sequedad notable de las escamas de la psoriasis herpéticas, sino que ofrecen cierta humedad producida por una secrecion intermitente de las superficies enfermas; de aquí resulta que es algunas veces muy difícil decidir si en estos casos se trata de un eczema ó de una psoriasis.

Por lo demás, uno de los principales caracteres de la psoriasis artrítica es su tendencia á convertirse en afeccion exudante, en eczema, por ejemplo.

Los puntos atacados por la psoriasis son asiento ordinariamente de picazon y de punzadas.

La psoriasis escarlatiniforme tiene algunas veces una duracion muy corta, terminándose en algunas semanas, pero otras pasa al estado crónico y se perpetúa indefinidamente. La psoriasis numular, por el contrario, sigue siempre una marcha crónica, está sujeta á recidivas y siempre reaparece en épocas fijas. Pero pasado cierto tiempo, la afeccion desaparece para siempre, ora á beneficio de un tratamiento apropiado, ora por haber sido substituida por manifestaciones de un período mas avanzado.

M. Bazin describe, al lado de la psoriasis artrítica, la *psoriasis bucal*, afeccion que ocupa la cara interna de los labios, de los

carrillos y de la lengua, y que está caracterizada por pequeñas placas blanquecinas, redondeadas ó irregulares, debidas quizá á una alteracion del epitelio y de las papilas; tambien determina en las funciones de la boca un estorbo continuo.

La psoriasis bucal tiene una duracion muy larga, persiste muchos años.

Diagnóstico.—La psoriasis herpética empieza por los codos y las rodillas, invade rápidamente todas las partes del cuerpo y está formada por placas salientes rojas cubiertas de escamas secas y nacaradas.

La sífilide tuberculosa de la palma de las manos puede confundirse con la psoriasis palmar; pero en la primera, las escamas descansan sobre un grupo de tubérculos cobrizos dispuestos circularmente, y no hay ni escozor ni comezon, mientras que en la segunda existe una mezcla de psoriasis, de pitiriasis y de eczema, así como pequeñas fisuras, prurito, etc.

Pronóstico.—Es benigno si se trata de la psoriasis escarlatini-forme que desaparece en algunas semanas; este es mas serio respecto á la psoriasis numular, afeccion que persiste mucho tiempo y recidiva despues de haber sido curada.

Tratamiento.—Además de los alcalinos, se aconsejará el aceite de enebro, las duchas alcalinas ó de vapor y los baños de la misma naturaleza. (Véase *Tratamiento de la psoriasis*, pág. 116.)

(e) *Artrítides papulosas.*

Estas tienen dos géneros: el prúrigo y el líquen.

Prúrigo artrítico. Sintomatología.—Esta afeccion, que ocupa con preferencia la parte anterior del pecho y laterales del cuello, el contorno del ano, la cara interna de los muslos y los órganos genitales, está caracterizada por pápulas aisladas, poco voluminosas y acompañadas de pinchazos y punzadas, dura mucho tiempo y recidiva fácilmente. El frio parece ejercer una influencia incontestable en su aparicion y sus recidivas.

Para establecer el diagnóstico de esta especie de prúrigo, nos fundaremos en su asiento limitado, en la existencia de pinchazos en vez de comezon, en la coincidencia de otras afecciones artríticas, etc.

Líquen artrítico.—Comprende tres variedades: el líquen circunscrito, el pilaris y el lívidus.

Líquen circunscrito.—Ataca con predileccion el dorso de los antebrazos y de las manos, la cara externa de los miembros, la

frente y los órganos genitales. Esta variedad de líquen está compuesta por pápulas numerosas agrupadas entre sí formando placas redondas de tres, cuatro y aun cinco centímetros de diámetro. Estas placas, limitadas por bordes salientes, tienen un color rojo violado y varían en número; ora se observan dos ó tres, ora un número mas considerable. El enfermo experimenta en ellas en vez de comezon, una sensacion de pinchazos ó de lanzadas. Las pápulas disminuyen muy pronto, se cubren en su vértice de pequeñas escamas adherentes, y acaban, en fin, por desaparecer completamente, no dejando en el sitio que ocupaban mas que un notable engrosamiento y un color mas oscuro de los tegumentos; fenómenos que desaparecen por sí mismos.

El líquen circunscrito es una afeccion muy tenaz y sujeta á recidivas; sin embargo, al cabo de un tiempo mas ó menos largo desaparece, mientras que el líquen dartroso se generaliza á medida que el enfermo avanza en edad.

Liquen pilaris (cutis anserina).—El líquen pilaris está caracterizado por pápulas mas voluminosas que las del líquen simple y atravesadas por un pelo.

Sitio.—Aparece en la barba, en la parte anterior del pecho y en la cara externa de los miembros, principalmente de las piernas.

Por los signos diferenciales que pueden encontrarse en la lesion elemental, M. Bazin admite dos variedades de líquen pilaris: 1.º *liquen por hipertrofia papilar*; 2.º *liquen por alteracion funcional de la papila*.

1.º En la primera variedad se encuentran gruesas pápulas atravesadas por un pelo y constituidas por la hipertrofia del folículo piloso y de la papila pilífera. La piel presenta entonces un aspecto rugoso muy parecido á la *piel de gallina*, de donde viene la denominacion de *cutis anserina*.

La comezon es poco viva y por lo regular está reemplazada por una sensacion de pinchazos; solo se observa la caida de los pelos despues de mucho tiempo.

2.º En la segunda variedad de líquen pilaris, la papila pilífera ofrece una grave alteracion funcional. En este caso no segrega el pelo sino una materia glutinosa que examinada al microscopio aparece compuesta de células epidérmicas blandas, poliédricas y provistas de un núcleo muy visible. Esta variedad de líquen pilaris se aproxima algo por sus lesiones á la pitiriasis cápitis, caracterizada por una hipersecrecion epidérmica que se verifica á espensas del folículo piloso. En la primera afeccion, la

papila produce una secrecion epidérmica mucosa; en la segunda se observan verdaderas células epidérmicas aplastadas, deformes y dispuestas en forma de láminas ó de escamitas.

El líquen pilaris por alteracion funcional de la papila presenta síntomas que le son propios. Está caracterizado por pequeñas pápulas amarillas ó morenas, deprimidas en el centro y dispuestas en placas parecidas á una corteza de pan ligeramente quemada y raspada en su superficie.

Cesando de segregarse en la papila los elementos del pelo, éste no puede atravesar las pápulas como lo hace en el líquen por hipertrofia papilar.

Liquen con pápulas deprimidas, líquen lividus.—M. Bazin describe con este nombre una variedad de líquen distinta de las precedentes porque sus pápulas, mas voluminosas y aplastadas, se reunen por grupos de dos, tres, cuatro y aun mas, para formar placas no acompañadas de prurito.

En algunas circunstancias la erupcion ofrece un tinte violado, y las pápulas, mezcladas con manchas hemorrágicas, se hallan rodeadas de un color lívido.

Diagnóstico.—El líquen artrítico puede confundirse con el líquen herpético, el escrofuloso, el sifilítico y el parasitario. Mas el líquen herpético está caracterizado por grupos de pequeñas pápulas, diseminados por toda la superficie del cuerpo, principalmente en la parte interna de los miembros y acompañados de una comezon muy viva. Por el contrario, el líquen circunscrito ocupa la parte externa de los miembros, no se generaliza y solo produce una sensacion de pinchazos.

El líquen escrofuloso está caracterizado por pápulas voluminosas diseminadas en anchas superficies, que no producen prurito alguno; esta afeccion se observa en la juventud.

El líquen sifilítico, en el cual no hay comezon, está caracterizado por pápulas cobrizas diseminadas por todas las partes del cuerpo.

En fin, el líquen parasitario de las regiones velludas está caracterizado por ciertas alteraciones de los pelos, que ocupan la placa del líquen. Al mismo tiempo se observan anillos y círculos herpéticos.

Pronóstico.—La tenacidad y las recidivas frecuentes de esta erupcion, hacen el pronóstico muy grave.

Tratamiento.—Contra las artrítides papulosas se prescribirán los baños alcalinos ó de vapor, las duchas de vapor y las pulverizadas.

Para calmar el prurito que acompaña al prúrigo se ordenará una disolución de ácido fénico al milésimo, las lociones de agua blanca, el agua aluminada ó vinagrada, las lociones de sublimado (agua, 300 gram.; sublimado, 0,10), las pomadas opiadas ó óxido de zinc y el aceite de enebro puro ó mitigado.

En fin, también se aconsejarán simultáneamente el jarabe alcalino, las aguas minerales alcalinas y purgantes ligeros cada dos ó tres días.

3.º ARTRÍTIDES IRREGULARES.

(A) *Artrítide irregular eritematosa.*

Urticaria crónica ó cnidosis.—M. Bazin, en la última edición de sus lecciones sobre las artrítides, ha admitido dos variedades de cnidosis artrítica: la cnidosis tuberosa y la cnidosis simple.

Sintomatología.—La cnidosis artrítica ocupa las partes descubiertas, la cara, las manos, los antebrazos, y se desarrolla muchas veces por el día bajo la influencia del frío. Hemos observado un enfermo en el hospital de San Luis y otro en la ciudad, los cuales no podían salir fuera de su casa sin que presentasen después, unas eminencias de urticaria tuberosa, y otras pápulas de urticaria simple.

La cnidosis tuberosa está caracterizada por eminencias rojo-oscurecidas ó violadas, del volumen de un guisante, en cuyo interior se producen algunas veces pequeñas hemorragias acompañadas de tensión y de aumento de volumen de las partes vecinas; aquellas pápulas dejan, al desaparecer, depresiones profundas ó manchas purpúreas.

La cnidosis simple está formada por ligeras elevaciones redondeadas, descoloridas en el centro y asiento de prurito ó de una sensación de pinchazos y lanzadas.

Marcha, duración, terminación.—La cnidosis artrítica se prolonga ordinariamente por espacio de meses y aun de años, y se forma por erupciones sucesivas que aparecen con intervalos variables en los enfermos que se exponen á la acción del frío, como hemos dicho anteriormente. Si dura mucho tiempo puede producir una caquexia mas ó menos intensa.

Etiología.—Son causas determinantes de la urticaria artrítica la exposición al frío y los excesos del régimen.

Diagnóstico.—Al contrario de la cnidosis artrítica, la herpética se desarrolla en todas las partes del cuerpo á consecuencia

de emociones morales; se presenta bajo la forma antes dicha, apareciendo de noche y desapareciendo de día (*urticaria evanida*). (Véase *Herpétides*.)

Tratamiento.—Forman la base del tratamiento de la cnidosis las aguas minerales, los baños y los jarabes alcalinos, pero desgraciadamente esta afeccion resiste muchas veces durante meses y aun años.

(B) *Artrítide irregular vesiculosa*.

Este grupo comprende un solo género: el eczema, afeccion que á su vez ofrece dos variedades, el *eczema numular* y el *eczema exudante generalizado*.

Eczema numular y eczema exudante generalizado.—*Sintomatología*.—El eczema numular presenta todos los caractéres que hemos asignado al eczema circunscrito (pág. 231); bajo la influencia de aplicaciones irritantes y de los excesos alcohólicos, las superficies enfermas se estienden y se hacen asiento de una exudacion abundante.

En el eczema exudante generalizado se observan anchas placas ovales, violadas ó rojizas, situadas en la cara externa de los miembros y del tronco, y rodeadas de otras secundarias pequeñas, circunscritas y redondeadas, testimonio de la forma primitiva de la afeccion: en todas estas placas se verifica una abundante secrecion que se concreta en costras delgadas y foliáceas.

Esta afeccion, asimétrica, limitada al principio á un miembro, solo se estiende consecutivamente al resto del cuerpo.

Marcha, duracion, terminacion.—El eczema numular y el exudante presentan una marcha crónica, son tenaces y recidivan fácilmente hasta que son reemplazados por otras afecciones correspondientes al tercer período del artritismo. Rara vez se prolongan indefinidamente, produciendo un estado caquético.

Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Ya hemos establecido el diagnóstico y el pronóstico del eczema artrítico en la pág. 233. Segun M. Bazin, el tratamiento de esta variedad debe consistir en la administracion prolongada á pequeñas dosis del percloruro de hierro, ya solo, ya combinado con los alcalinos, teniendo cuidado de dar esta sal separadamente y á intervalos bastante grandes para evitar su descomposicion; en el uso de las aguas minerales y de las dulces cargadas de baregina, como son las de Molitz, San Gervasio, Schlangenbad, etc., y en la administracion de purgantes salinos. El arsénico agrava la afeccion.

Hidroa ampolloso.—El hidroa ampolloso (pénfigo de peque-

ñas ampollas) es una afección artrítica, comunmente poco conocida. También reproduciremos el capítulo que dedicamos en la primera parte de las afecciones genéricas.

Sitio.— Aparece en los brazos, el tronco y la parte interna de los muslos; solo se ha manifestado una vez en la mucosa bucal.

Síntomas.— La erupción va precedida algunas veces de mal-estar, anorexia, un ligero movimiento febril ó fiebre y angina; pero el único fenómeno prodrómico constante es un intensísimo prurito.

La erupción se verifica por ampollas desiguales, de las cuales unas tienen el grosor de una lenteja, no pasando las mayores del volumen de un guisante. Estas ampollas, redondeadas, dispuestas irregularmente en grupos de tres ó cuatro, están llenas de un líquido trasparente que se enturbia con rapidez tomando un color amarillo; por último, descansan en una superficie roja que se extiende por su base en forma de aureola. Mientras se desarrollan nuevas ampollas, las antiguas se secan y son reemplazadas por una costra amarilla; si se rompe una de ellas por la acción de las uñas, queda al descubierto una superficie ligeramente escoriada de un color de violeta. En el intervalo de estas erupciones sucesivas no se observa ningún fenómeno morboso como no sea un prurito bastante intenso por lo comun.

El enfermo conserva el apetito, y la nutrición no está alterada.

Marcha, duración y terminación.—El hidroa ampolloso ofrece una marcha crónica, se manifiesta por erupciones sucesivas, y dura, por lo general, cinco ó seis meses.

Etiología.—Esta afección es mas frecuente en el hombre que en la mujer. Ataca á los individuos de veinte á cuarenta años. Las variaciones de temperatura, así como las estaciones, en especial la primavera, tienen una influencia muy marcada en el desarrollo del hidroa ampolloso.

Por último, solo me limitaré á recordar las diferentes causas ocasionales, tales como las faltas en el régimen, ciertos agentes irritantes, etc., las cuales solo obran despertando la diátesis artrítica, sin la cual quedarían impotentes.

Diagnóstico.—El pénfigo es el único que pudiera confundirse con el hidroa ampolloso.

En el hidroa, las ampollas son pequeñas, no exceden del volumen de un guisante, son notables por su volumen desigual, y ocupan regiones perfectamente circunscritas. Las ampollas del pénfigo son mayores, pueden adquirir el tamaño de una nuez y aun el de un huevo de gallina; se localizan en varias regiones y

se extienden algunas veces á la mayor parte de la piel. En fin, el hidroa termina por la curacion al cabo de cuatro ó seis meses, mientras que en el pénfigo la muerte es su terminacion comun.

Pronóstico.—El pénfigo de pequeñas ampollas siempre se cura; por el contrario, el pénfigo, propiamente dicho, casi siempre es mortal.

Tratamiento.—Debemos administrar al interior los amargos y el jarabe alcalino, y al exterior los polvos de almidon y de tanino. Se prescribirán los baños para desprender las costras, dando la preferencia á aquellos que contengan de 100 á 120 gramos de carbonato potásico.

(C) *Artrítide irregular ampollosa.*

Pénfigo artrítico.—*Sintomatología.*—El pénfigo empieza algunas veces por las mucosas bucal, faríngea, vaginal, etc., caracterizándose entonces por ampollas pequeñas que escapan á la observacion, y que al romperse dejan pequeños pedazos delgados de epitelio, desgarrados en parte y de un color blanquecino.

Si el pénfigo empieza por la piel, esta se cubre de placas eczematosas, en la superficie de las cuales nacen, pasado cierto tiempo, verdaderas ampollas, pero la erupcion ampollosa puede verificarse de pronto; entonces va precedida de un eritema erisipelatoso sobre el que se desarrollan ampollas dispuestas en círculo ó en semicírculo.

Las ampollas son notables: por su tamaño desigual que rara vez excede al de una nuez; por la cubierta resistente que las rodea y la rapidez con que el líquido pierde su transparencia y se hace opaco y purulento, concretándose en costras amarillas y morenas; por su limitacion á ciertos puntos (los codos, los antebrazos y los muslos) y su generalizacion tardía; en fin, por la coexistencia de placas eczematosas, de erupciones de hidroa ampolloso, de forúnculos, de abscesos, de angiopleucitis, etc.

Marcha, duracion, terminacion.—Las ampollas del pénfigo se desarrollan por erupciones sucesivas que, ora se hallan separadas por muchos dias de intervalo, ora se reproducen cada veinticuatro horas, especialmente por la noche, de modo que al dia siguiente observa el médico en su visita veinte, treinta, y aun cincuenta ampollas nuevas. Su duracion es indefinida; se prolonga á veces por espacio de años, aunque curándose despues con frecuencia; el pénfigo caquético, por el contrario, termina con la muerte. He observado dos casos de curacion del pénfigo artrítico.

M. Bazin cree que la curacion se anuncia por la aparicion de placas eczematosas y de ampollas de hidroa; sin embargo, el pénfigo artrítico va seguido algunas veces de caquexia y de muerte.

Diagnóstico.—Para conocer la naturaleza artrítica del pénfigo nos fundaremos en los caractéres indicados anteriormente.

Pronóstico.—El pénfigo artrítico es la especie menos grave puesto que se cura; sin embargo, constituye una afeccion séria si se generaliza, pudiendo ser su consecuencia la muerte.

Etiología.—Se le observa principalmente en los hombres, y en la primavera y el otoño, á consecuencia de trabajos excesivos y de abusos alcohólicos.

Tratamiento.—Han producido buen éxito los alcalinos á pequeñas dosis, las aguas de Saint-Christau y la tintura de cantáridas á la dosis de una á cuatro gotas. Lo mismo que para las demás especies de pénfigo, deben expolvorearse las superficies enfermas con absorbentes y astringentes: almidon, tanino, etc.

(D) *Artritides irregulares flegmonosas.*

Hidrosadenitis artrítica.—En la página 87, donde hemos descrito el género hidrosadenitis, dijimos que esta afeccion estaba caracterizada por pequeños tumores inflamatorios y supurativos localizados en las glándulas sudoríparas; ahora debemos indicar aquí los caractéres principales de la hidrosadenitis artrítica.

Sintomatología.—Esta afeccion, que ocupa las regiones velludas, como la cara, el cuero cabelludo, las partes genitales, las axilas, etc., y las mamas durante la lactancia, está caracterizada por tumores aislados de un color rojo oscuro ó violado, rodeados de una aureola roja, recorridos por arborizaciones vasculares perceptibles á simple vista, é indolentes al principio, pero que despues se hacen asiento bien pronto de dolores pulsativos; estos tumores se abren y dan salida á un pus concreto al principio y sero-purulento despues. Estas aberturas, ora se cicatrizan rápidamente, ora se convierten en ulceraciones que solo se cicatrizan despues de muchos dias, dejando en su lugar una mancha blanca y deprimida que jamás desaparece por completo.

El tratamiento consiste en la aplicacion de cataplasmas de fécula, en la evacuacion artificial del líquido, y ulteriormente, en curas con el cerato simple ó el de Goulard; al mismo tiempo se administrará al interior los alcalinos, recomendando la abstinencia de los alcohólicos y de toda clase de excitantes.

Ectima, forúnculos.—Ciertos artríticos presentan con intervalos variables erupciones agudas de forúnculos ó de pústulas de ectima que alternan con otras afecciones artríticas ó las suceden; pero estas lesiones no presentan los suficientes caractéres objetivos para permitirnos reconocer su naturaleza, y solo se llega al conocimiento de la especie por las erupciones preexistentes ó concomitantes.

DE LAS HERPÉTIDES.

Se designan con este nombre aquellas afecciones que están bajo la influencia del herpetismo presentan caractéres comunes y caractéres propios.

(a) **Caractéres comunes de las herpétides.**

Las herpétides no son contagiosas, siendo producidas á veces por emociones morales que juegan aquí el papel de causas ocasionales. Si son húmedas, tienen un color de rosa y no lívido ó violado (artrítides); si son secas, las escamas presentan un color blanco y á veces plateado, mientras que en las artrítides las escamas son de un color blanco agrisado.

Nunca van acompañadas las herpétides de dilatacion y congestion de los vasos capilares como sucede en las artrítides.

Las herpétides van precedidas ó acompañadas de un intolerable prurito, menos intenso, no obstante, en las afecciones húmedas que en las secas.

En el niño empiezan por la cabeza, sitio de todas las afecciones cutáneas de esta edad y se extienden en seguida á las demás partes del cuerpo; en el adulto ocupan los pliegues de la corva y del codo, propagándose de aquí á las regiones vecinas.

Las herpétides nacen simultáneamente en diversos puntos del cuerpo, algunas veces tambien se generalizan desde el principio de la enfermedad constitucional y ofrecen una simetría notable, ocupando las caras internas de las piernas, los dos lados del cuerpo, etc. Cuando al principio están diseminadas, no tardan mucho en reunirse, de modo que, en un momento dado, toda la superficie del cuerpo se ve invadida por la afeccion.

Cada herpétide está caracterizado por una sola lesion primitiva, mientras que cada artrítide se compone de muchos elementos eruptivos.

Debemos añadir, sin embargo, que en el cuarto período del

herpetismo, las afecciones están de tal modo variadas y confundidas, que es difícil conocer cuál es la lesión primitiva.

Las herpétides húmedas segregan líquido en abundancia, y las secas van acompañadas de una abundante producción de escamas.

Al principio, las herpétides son muy movibles y fácilmente sufren metástasis con las afecciones mucosas de la misma naturaleza, bronquitis, enteritis, etc.

Nosotros admitimos con M. Bazin tres variedades de herpétides, que son: las herpétides pseudo-exantemáticas ó primitivas, las vulgares ó secundarias y las irregulares malignas ó tardías.

1.º HERPÉTIDES PRIMITIVAS.

Este grupo comprende la roseola pseudo-exantemática y el eczema rubrum generalizado.

Estas afecciones se hallan generalizadas y no ocupan sitios de elección, localizándose en la cara, las muñecas y las rodillas como sucede en las artrítides.

2.º HERPÉTIDES VULGARES.

Este grupo comprende: una afección pustulosa: melitagra ó impétigo herpético;

Una afección vesiculosa: eczema simétrico;

Dos afecciones escamosas: pitiriasis, psoriasis;

Dos afecciones papulosas: prurigo, líquen.

Estas afecciones presentan todos los caracteres que hemos asignado á la herpétides en general, caracteres que las distinguen de las artrítides.

3.º HERPÉTIDES IRREGULARES MALIGNAS.

Este grupo comprende:

Dos afecciones eritematosas: cnidosis y epiníctide;

Una afección ampollosa: pénfigo crónico;

Una afección mixta: herpétide esfoliatriz.

M. Bazin divide estas erupciones en dos órdenes: unas son irregulares y malignas, las otras tardías.

Las primeras, dice, corresponden á las artrítides del mismo nombre, siendo, como estas últimas, variables en su aparición

y en su marcha, y graves por su tenacidad y los trastornos generales que producen.

Se distinguen de las herpétides vulgares por su mayor influencia sobre el estado general de los enfermos, por su resistencia muy manifiesta al tratamiento, por su rápida generalización y mayor movilidad y por una comezon mucho mas viva.

Las segundas (tardías) afectan una forma particular, y merecen ser designadas con el nombre de *herpétide esfoliatriz* en razon á la extremada abundancia con que se forman los productos epidérmicos. Esta es una especie mixta en la cual terminan muchas veces ciertas herpétides vulgares ó malignas, tales como el eczema y la psoriasis, afecciones que poco á poco pierden sus caracteres propios para revestirse de una forma incierta que no nos permite reconocer su elemento primitivo (V. *Herpétide esfoliatriz*).

(b) Caracteres propios de las herpétides.

1.º HERPÉTIDES PSEUDO-EXANTEMÁTICAS.

Herpétide pseudo-exantemática eritematosa.

Roseola miliar.—La roseola pseudo-exantemática está caracterizada por pequeñas manchas no prominentes, rosáceas ó rojas, que no desaparecen por la presión del dedo y que terminan por resolución, con ó sin descamación epidérmica.

Sintomatología.—Pasados dos ó tres días de fenómenos prodrómicos, aparece una erupción diseminada por la cara, el tronco y los miembros, caracterizada por manchas rosáceas ó rojas de las dimensiones de una lenteja, pero que reuniéndose muchas veces se hacen mayores; estas manchas, cuyo color desaparece á la presión, se cubren de pequeñas elevaciones vesiculosas parecidas á las de la miliar que dan un aspecto granuloso á la erupción.

Después de cuatro ó cinco días, el color de la erupción desaparece, la serosidad de las vesículas se reabsorbe, el epidermis se adelgaza y desgarras, resultando de aquí una ligera descamación.

Suele ir acompañada ó precedida de un prurito mas ó menos vivo.

Marcha, duracion, terminacion.—La roseola herpética suele durar ocho ó diez días y aun dos setenarios; algunas veces se producen erupciones sucesivas que prolongan la afección.

Etiología.—Se desarrolla principalmente en el verano y el

otoño, bajo la influencia de emociones morales y excesos alcohólicos en los individuos impresionables.

Diagnóstico.—La roseola hidiopática aparece en la infancia, rara vez afecta la forma miliar de la roseola herpética, solo la acompaña un ligero prurito y no dura mas de cuatro ó cinco dias.

La roseola sifilítica va acompañada de infartos de los ganglios y vasos linfáticos, procede por erupciones sucesivas y dura de uno á muchos meses.

La roseola copáica se limita á los codos y las rodillas y no presenta vesículas miliares en las superficies de las manchas.

Pronóstico.—Solo es grave porque indica la existencia de una enfermedad constitucional.

Tratamiento.—Favorecen su curacion las bebidas refrigerantes, un ligero purgante y despues baños de almidon ó de salvado.

Herpétide pseudo-exantemática vesicular.

Eczema rubrum generalizado.—Esta afeccion, precedida de fenómenos prodrómicos, está caracterizada por una erupcion vesiculosa que descansa en una superficie roja y que termina espontáneamente en quince ó veinte dias.

Sintomatologia.—Como todo exantema, va precedido de fenómenos prodrómicos que consisten: en malestar general, anorexia, fiebre mas ó menos intensa, comezon en las superficies que van á ser afectadas, y en ciertos casos tambien, agitacion y delirio.

Bien pronto aparecen placas redondeadas de un rojo vivo y cuyas dimensiones no pasan de dos á cuatro centímetros, pero que pueden ocupar toda una region reuniéndose entre sí. Tardan muy poco en nacer sobre estas superficies vesículas generalmente aisladas y distintas, algunas veces aglomeradas, vesículas mas numerosas que las del eczema crónico y visibles el mayor número. Unas se aplanan en cuanto el líquido que contienen se ha reabsorbido, siendo reemplazadas por una descamacion furfurácea, otras se rompen y cubren despues de costras amarillas, bajo las cuales las superficies están inflamadas y ulceradas. Estas costras se desprenden muy pronto, dejando en su lugar escamas que duran algun tiempo. Rara vez se limita esta afeccion, á veces invade tambien todas las superficies del cuerpo.

Esta afeccion tiene una marcha esencialmente aguda, terminándose en el espacio de dos á tres setenarios. Mientras dura se observan una ó dos erupciones vesiculosas.

El eczema rubrum recidiva con gran facilidad; pero, llegada cierta época, sobreviene una erupcion nueva que dura mucho mas tiempo y aun acaba por fijarse definitivamente en algunas regiones.

Tratamiento.—Si el individuo es vigoroso, podrán practicarse una ó dos sangrías, si no, se prescribirán bebidas acidulas y ligeros purgantes, espolvoreando las partes enfermas con almidon. Despues se prescribirán los baños de almidon ó ligeramente alcalinos.

2.º HERPÉTIDES VULGARES.

Herpétide vulgar pustulosa.

Melitagra ó impétigo herpético.—La melitagra es una afeccion herpética caracterizada por pústulas psidráceas, cuyo líquido se concreta rápidamente en costras gruesas amarillas y parecidas á la miel.

Sintomatologia.—Despues de algunos ligeros fenómenos generales que consisten en malestar, laxitud, anorexia, etc., nacen simétricamente en los dos miembros superiores ó inferiores, pero principalmente en los huecos poplíteos, en los pliegues del codo, en la cara interna de los muslos y brazos, en la parte anterior del pecho á veces y muy raras en el cuero cabelludo, sitio habitual del impétigo escrofuloso, manchas irregulares rojizas, aisladas ó reunidas formando anchas placas rojas de bordes irregulares y acompañadas algunas veces de una hinchazon de la piel (impétigo erisipelatoide). Sobre estas manchas aparecen vésicopústulas, convertidas rápidamente en pústulas, cuyo líquido se concreta en forma de costras gruesas, amarillas ó verdosas, comparables á pequeñas masas de miel desecada, bajo las cuales se produce una secrecion sero-purulenta trasformada á su vez en otras nuevas costras que levantan las primeras y aumentan su espesor. Muchas veces se observa alrededor de la afeccion los elementos primitivos que la dieron origen, es decir, un número mayor ó menor de pústulas aisladas.

Cuando las costras se han desprendido espontáneamente ó á consecuencia de aplicaciones tópicas, dejan al descubierto una masa roja exulcerada, asiento de una secrecion considerable de serosidad que empapa las compresas y se concreta tambien formando nuevas costras que á su vez se desprenden, y así sucesivamente, hasta que la secrecion desaparece.

El impétigo herpético va acompañado de un intenso prurito que nunca se encuentra en el impétigo escrofuloso.

Cuando el impétigo está formado por grupos de pústulas aislados y diseminados en diversas regiones, recibe el nombre de *impétigo esparsa*; si se halla cubriendo anchas superficies bajo la forma de costras amarillentas ó morenas, comparables á la corteza rugosa de algunos árboles, se llama *impétigo escávida*.

Marcha, duracion, terminacion.—Después de algunos setenarios y á veces de algunos meses y aun años, el impétigo se cura sin dejar señales de su existencia, pero con mucha frecuencia esta curacion no es mas que temporal, y la afeccion recidiva.

Puede producir la muerte á consecuencia del empobrecimiento que sucede á una secrecion tan abundante, pero sobreviene con mas frecuencia á causa de las complicaciones del impétigo con otras afecciones herpéticas.

Diagnóstico.—El impétigo herpético puede confundirse con el escrofuloso; pero este último, que ocupa la cara ó el cuero cabelludo (*impétigo figurata*), está caracterizado por placas muy anchas, redondeadas ú ovals, cubiertas de abundantes costras oscuras producidas por una secrecion purulenta considerable y acompañadas de infartos ganglionares y un débil prurito; caracteres que no corresponden al impétigo herpético.

La sifilide pustulosa miliar se generaliza y difiere completamente del impétigo herpético. Respecto á la sifilide pustulosa circunscrita, su asiento en las alas de la nariz, en las comisuras labiales y en el cuero cabelludo, la disposicion circular ó elíptica de las pústulas, la aureola cobriza que rodea á las costras morenas ó verdosas y la existencia de cicatrices blancas en el centro, rojizas en la circunferencia, etc., todos estos caracteres nos permitirán distinguir fácilmente este impétigo del herpético.

Pronóstico.—Por lo general, su duracion es larga y sus recidivas muy frecuentes. El pronóstico es tambien muy serio, ya se mire la afeccion en sí misma ó ya se tome en consideracion la enfermedad que le ha dado origen.

Etiologia.—El impétigo herpético ataca especialmente á los adultos y á los hombres, reconociendo como causas ocasionales los excesos alcohólicos, los escitantes y las emociones morales prolongadas.

Tratamiento.—Al principio se aconsejarán las cataplasmas de fécula, las lociones emolientes de malvabisco ó de sauco, los purgantes y las tisanas refrigerantes. Después las pomadas astringentes de calomelanos, de brea, el aceite de enebro mezclado con

el de almendras dulces, etc., y al mismo tiempo que estos medios locales no debemos olvidar un tratamiento general arsenical.

M. Bazin emplea el licor de Fowler (arsénito de potasa), que da al principio á dosis de cinco gotas, la cual eleva hasta 20 ó 40 gotas; el licor de Pearson (arseniato de sosa) que debe darse á dosis doble; las píldoras de arseniato de hierro en los sugetos anémicos (de dos á 25 ó 30 píldoras de cinco miligramos cada una); por último, dos cucharadas al dia, que despues se aumentan progresivamente hasta tres ó cinco, de una disolucion que contenga cinco centigramos de arseniato de amoníaco, por 100 gramos de agua.

Herpétide vulgar vesiculosa.

Eczema simétrico.—Esta variedad comprende dos formas: una inflamatoria sub-aguda seguida muchas veces de un estado crónico, la cual corresponde al eczema rubrum de los autores (eczema agudo rubrum no pseudo-exantemático); otra secretante que ora aparece de pronto, ora es consecutiva á la forma inflamatoria (eczema crónico simple de los autores).

Estas dos formas, inflamatoria y secretante, las hemos descrito en el *Tratado de las afecciones genéricas*, en estos términos.

1.º *Forma inflamatoria.*—Algunas veces, aunque no siempre, empieza por fenómenos prodrómicos que consisten en prurito y una sensacion de calor en las partes que deben ser asiento de la erupcion, á lo cual sigue muy pronto una rubicundez difusa mas ó menos estensa sobre la que se observan en seguida unas pequeñas vesículas casi imperceptibles algunas veces. Estas vesículas duran veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, se aplanan al reabsorberse el líquido que contienen, ó se rompen dejando al descubierto pequeñas ulceraciones de las que se exuda un líquido abundante, claro y viscoso, compuesto de glóbulos pioides y de pus, que mancha de gris los trapos y los almidona. Esta secrecion dura un tiempo variable entre algunos dias y tres ó cuatro semanas. Cuando esta secrecion empieza á disminuir, el líquido se deseca y trasforma en escamas delgadas, húmedas y amarillentas, que se desprenden y son reemplazadas por una mancha rojiza que dura un tiempo mas ó menos largo. La comezon y el prurito disminuyen cuando aparece la secrecion, y cesan cuando empieza el período escamoso. Por esto debemos considerar como buena señal, la disminucion y desaparicion del calor cutáneo y del prurito.

Algunas veces, la inflamacion del dermis adquiere tal agudeza, que el líquido contenido en las vesículas se hace purulento, presentándose á nuestra vista entonces el eczema impetiginoso de los autores.

Esta forma inflamatoria termina por resolucion al cabo de tres ó cuatro semanas, ó pasa al estado crónico; pero aun cuando el eczema inflamatorio haya desaparecido, el enfermo no se encuentra libre de recidivas, y muchas veces esta afeccion reaparece á intervalos mas ó menos largos, hasta que se establece definitivamente la forma crónica. A veces aparecen como complicaciones forúnculos y pústulas de ectima.

2.º *Forma secretante.*—Esta forma, ora es consecutiva á la inflamatoria, ora primitiva; en este último caso, los fenómenos que se observan son idénticos á los del eczema agudo, aunque con una rapidez é intensidad menores. En efecto, la rubicundez es menos viva, las vesículas mas discretas que en el eczema agudo y los períodos de exhalacion y descamacion epidérmica se prolongan por un tiempo mucho mas largo.

El eczema herpético está caracterizado por la abundante secrecion de un líquido claro y viscoso, por la intensidad del prurito, comunmente muy pronunciado cuando la secrecion disminuye, y por la noche mas que durante el dia, por la estension de las superficies enfermas, por su tendencia á generalizarse, y en fin, por la disposicion simétrica de las placas eczematosas. En efecto, estos son sus fenómenos distintivos. En este eczema es donde principalmente se encuentran tambien las metástasis de que he hablado al hacer la historia general del eczema. Muchas veces desaparece la afeccion cutánea y se presentan consecutivamente, ya un catarro bronquial ó intestinal, ya un asma ó una hidropesía. Durante mucho tiempo existe una especie de compensacion entre las afecciones cutáneas y las viscerales, pero los progresos de la enfermedad constitucional hacen que estas últimas tomen carta de domicilio en la economía y coexistan con el eczema. Por lo demás, muchas veces acaba por producir una caquexia muy pronunciada, acompañada de diarrea, demacracion y fiebre héctica.

El eczema herpético ocupa con preferencia los puntos mas finos de la piel, como las corvas y la flexura de los brazos y aquellos en que las glándulas sudoríparas tienen un desarrollo notable, tales son las axilas, el escroto y el ano; de todos estos puntos el eczema se propaga rápidamente á las demás partes del cuerpo, ofreciendo una simetría notable.

Marcha, duracion, terminacion. — El eczema herpético tiene una marcha, tan pronto aguda ó sub-aguda, como crónica. En este último caso, dura mucho tiempo, ofrece á menudo en su curso nuevas erupciones agudas bajo la influencia de la menor causa ocasional y recidiva muchas veces. En cada una de estas recidivas, la afeccion se estiende mas presentando una tenacidad mayor, de modo que, en un momento dado, ya no desaparece, cubre toda la superficie del cuerpo y adquiere los caractéres de la herpétide esfoliatriz.

Etiologia. — Esta afeccion, que es hereditaria, se observa con preferencia en los adultos y en la vejez, en la mujer mejor que en el hombre, en la pubertad, en la edad crítica. Sus causas ocasionales son: la obesidad, la lactancia, los parásitos, una nutricion muy escitante y las emociones morales.

Diagnóstico. — Habiendo indicado los caractéres que distinguen al eczema artrítico del herpético, es inútil nos detengamos en este punto.

Pronóstico. — El eczema herpético es una de las especies mas graves; en efecto, es rebelde al tratamiento, recidiva fácilmente, produce metástasis bastante serias á los órganos internos, y por último, suele generalizarse á toda la superficie de la piel.

Tratamiento. — La forma inflamatoria reclama el mismo tratamiento que el eczema rubrum pseudo-exantemático, es decir, una ó dos sangrías, ligeros purgantes, tisanas refrigerantes y polvos de almidon.

En la forma secretante, se emplearán al principio los polvos absorbentes ó astringentes, tales como la fécula, el almidon, la madera vieja, el tanino, etc., y las lociones de malbavisco ó sauco y las cataplasmas de fécula. Cuando la secrecion ha disminuido, puede aconsejarse, alternando, un baño de almidon y otro ligeramente sulfuroso ó alcalino.

Al fin de este periodo y durante la descamacion, se emplearán las pomadas astringentes de calomelanos ó de tanino, y sobre todo, una mezcla de aceite de enebro y de almendras dulces en partes iguales, ó solo de una tercera parte, de la cual no se aplica mas que una pequeña cantidad sobre la piel, cubriendo en seguida el punto afecto con una compresa fina. Por lo demás, este medicamento se debe emplear con las mayores precauciones á fin de impedir se produzcan nuevas erupciones agudas.

Al mismo tiempo se aconsejarán las preparaciones arsenicales como hemos indicado mas arriba, y una ó dos sesiones en las aguas minerales arsenicales de la Bourboule ó de Plombieres, de

Mont-Dore, de Avene, de la fuente dominica de Vals, de Bussang, etc.

M. Bazin prescribe las aguas arsenicales y bicarbonatadas sódicas (Mont-Dore) á los sugetos que á la vez ofrecen síntomas de artritis con el eczema herpético; las aguas arsenicales sulfurosas y cloruradas (la Bourboule, Vals) á los escrofulosos; y en fin, las arsenicales y ferruginosas (Bussang, Plombieres) á los individuos anémicos.

Herpétides vulgares escamosas.

Este grupo comprende dos géneros: la *pitiriasis* y la *psoriasis*.

Pitiriasis. — La pitiriasis herpética es una afeccion cutánea, caracterizada por una ligera congestion de las capas superficiales del dermis, de donde resulta una esfoliacion de pequeñas escamas furfuráceas que se reproducen á medida que se desprenden.

Esta afeccion comprende las dos variedades descritas por los autores con los nombres de *pitiriasis alba* y de *pitiriasis inflamatoria*. M. Bazin, al describir la pitiriasis alba parasitaria, segundo período de la tiña tonsurante, y la pitiriasis rubra pseudo-exantemática, ha denominado para evitar confusiones, á la *pitiriasis alba*, pitiriasis simple, y á la *pitiriasis rubra*, pitiriasis inflamatoria.

Sintomatologia. — 1.º *Pitiriasis simple*. — La pitiriasis simple (*alba* de los autores) está caracterizada por placas irregulares no elevadas sobre la piel vecina, diseminadas por toda la superficie del cuerpo, del diámetro de media á una peseta, reunidas á menudo, cubriendo entonces una ancha superficie y acompañadas de una viva comenzon que aumenta por la influencia del calor y de los placeres de la mesa.

Lejos de ocupar exclusivamente las partes velludas como la pitiriasis artrítica, se desarrolla en todas las regiones de la economía, y si primitivamente ataca las partes cubiertas de pelo, no tarda en propagarse á las regiones vecinas. Por otra parte, en esta pitiriasis la inflamacion queda limitada por largo tiempo á la red capilar del dermis, no invadiendo mas que accidentalmente el folículo piloso. Así que, la caida de los pelos solo tiene lugar despues de mucho tiempo.

La pitiriasis presenta, como todas las afecciones herpéticas, recidivas frecuentes, y tiende á inveterarse.

2.º La pitiriasis inflamatoria está caracterizada por superficies rojas, irregulares, algo prominentes, y por escamas mas ad-

herentes y anchas que las de la pitiriasis simple. Las partes enfermas se hacen el asiento de escozor y comezon viva.

La pitiriasis inflamatoria ocupa estensas superficies, y á veces se propaga á toda la piel. Se prolonga comunmente por espacio de muchos meses y presenta de tiempo en tiempo exacerbaciones.

Marcha, duracion.—La pitiriasis herpética tiene una marcha crónica y recidiva fácilmente, pudiendo inveterarse y adquirir derecho de domicilio, por lo cual, esta afeccion es bastante grave para las mujeres sobre todo á las cuales priva de su cabellera si dura mucho tiempo.

Diagnóstico.—La pitiriasis inflamatoria puede confundirse con la psoriasis herpética; pero esta última está caracterizada por placas prominentes, blancas ó nacaradas, cubiertas de gruesas escamas y bajo las cuales la placa presenta un color rojo que le forma una aureola. La psoriasis herpética empieza por los codos y las rodillas, estendiéndose de estos puntos á otras partes del cuerpo. La pitiriasis inflamatoria, por el contrario, está caracterizada por superficies rojas no prominentes, cubiertas de escamas delgadas, foliáceas y grisáceas y acompañadas de un intenso prurito.

La pitiriasis rubra aguda pseudo-exantemática ó artrítica no podria ser confundida con la pitiriasis inflamatoria por un médico algo práctico; en efecto, la primera está formada generalmente por pequeñas manchas separadas entre sí por intervalos de piel sana, cubiertas de escamas epidérmicas mas ó menos anchas ó foliáceas, y cuyos síntomas van precedidos de algunos fenómenos generales, terminándose por resolucion en un corto espacio de tiempo. Ahora bien; la pitiriasis inflamatoria no presenta esta generalizacion, estos fenómenos prodrómicos, esta marcha rápida, ni tampoco se cura espontáneamente.

La pitiriasis artrítica, circunscribiéndose á las regiones velludas, está formada por pequeñas placas rojas ó sin cambio de color en la piel, y al nivel de las cuales, las glándulas pilíferas están ligeramente elevadas y cubiertas de escamas delgadas que rodean los pelos formádoles una vaina. Estos caracteres son, pues, completamente diferentes á los de la pitiriasis herpética.

La pitiriasis artificial, es decir, aquella que se produce por agentes irritantes, y la pitiriasis versicolor, debida al microsporon furfur, se distinguirán fácilmente de la pitiriasis herpética.

Tratamiento.—Este consiste en el uso interno de los arsenicales, en el empleo de los medios externos que antes hemos reco-

mentado al hacer la historia de la pitiriasis artrítica, y en baños gelatinosos con una corta cantidad de sulfuro de potasio.

Psoriasis.—*Sintomatología.*—La psoriasis herpética presenta todos los caracteres asignados al género psoriasis (página 111). Empieza por los codos y las rodillas, invadiendo en seguida las demás regiones del cuerpo, y principalmente aquellas en que la piel es ruda y gruesa. Está caracterizada por placas prominentes mas ó menos anchas, cubiertas de gruesas escamas blancas, plateadas ó nacaradas, á veces deslustradas y grisáceas y formadas por láminas epidérmicas adherentes á la superficie de la piel. Si desprendemos estas, se observará que la superficie de la elevacion sobre que descansan está erizada de pequeñas asperezas de color rojo violado ó cobrizo. M. Bazin cree sea debida esta última coloracion cobriza, á la existencia de la psoriasis en individuos morenos ó sanguíneos, pues que nunca se encuentra en aquellos de piel fina y blanca.

La comezon que acompaña á esta afeccion es mas notable por la noche que por el dia, y se aumenta por la influencia de las causas que aceleran la circulacion. Segun M. Bazin, el prurito está menos marcado en la psoriasis herpética que en la artrítica. Como hemos dicho antes, la psoriasis herpética empieza por los codos y las rodillas, extendiéndose de aquí progresiva y simétricamente á las demás regiones del cuerpo y generalizándose cada vez mas á medida que el enfermo avanza en edad. Se cura fácilmente con los medios indicados mas atrás (véase *Afecciones genéricas, psoriasis*), pero recidiva por la menor causa ocasional y á menudo espontáneamente. La curacion definitiva solo tiene lugar cuando es sustituida por otras manifestaciones herpéticas.

Comunmente se observa al principio de esta afeccion una integridad perfecta de todas las funciones, pero mas tarde pueden sobrevenir diversas alteraciones orgánicas, como hemicráneas, neuralgias ó visceralgias, diarreas rebeldes, etc. Algunas veces tambien la psoriasis se convierte en herpétide exfoliatriz. No obstante, todos los dermatólogos convienen en que la psoriasis es la afeccion mas benigna del herpetismo.

M. Bazin, en la última edicion de sus lecciones sobre el herpetismo, admite tres variedades importantes de la psoriasis herpética, estas son: la psoriasis clásica, la ictiósica y la pseudo-artrítica. La *psoriasis clásica* presenta todos los caracteres que acabamos de enumerar; la *psoriasis ictiósica* se aproxima á la ictiosis por la ausencia de rubicundez y elevacion, sobre la cual descansa en escamas blancas; la *psoriasis pseudo-artrítica* aparece en su-

getos artríticos y presenta las manifestaciones del artritismo. En estos casos se encuentran reunidas en el mismo individuo dos enfermedades constitucionales.

M. Bazin atribuye á esta última variedad de psoriasis herpética los caracteres siguientes: ocupa la línea media en las regiones external, umbilical y lumbar, localizándose al mismo tiempo en la cara externa de los miembros. Se presenta en estos diferentes puntos, ora bajo la forma de anchas placas numulares, ora, lo cual es mas frecuente, en placas pequeñas dispuestas circularmente que circunscriben en su centro superficies cutáneas intactas, pertenecientes ya al orificio umbilical ó la parte saliente de los codos, ya á cualquier otra region. Estos círculos psoriásicos tienen dimensiones variables; segun muchos se tocan todos por un punto abrazando así anchas superficies. Cada una de las placas aisladas que componen la erupcion presenta, por lo demás, el mismo aspecto que la psoriasis clásica; algunas veces, sin embargo, se observa un color rojo mas intenso. Su marcha es progresiva; en efecto, los círculos psoriásicos se extienden y multiplican sin cesar en aquellos puntos que rodeaban las placas primitivas. Cuando sobrevienen manifestaciones evidentemente artríticas, tales como artropatías, la afeccion persiste, no teniendo aquellas ninguna influencia sobre esta, que sigue su marcha invasora. Se cura por el tratamiento arsenical, impotente contra las manifestaciones artríticas.

Etiología.—La psoriasis herpética es hereditaria, observándose en los jóvenes adultos de temperamento nervioso sanguíneo y aun en la infancia. Los hombres están mas predisuestos que las mujeres. Podemos contar entre sus causas determinantes: las emociones morales, los excesos en las comidas y bebidas, el uso de alimentos muy condimentados, la accion prolongada del calor, etc.

Diagnóstico.—La psoriasis herpética puede confundirse con la artrítica, mas esta última se limita á ciertas regiones, tales como la palma de las manos, las plantas de los pies, el cuero cabelludo y la parte anterior del pecho. Está caracterizada por placas numulares que simulan el eczema y son asiento de pinchazos y lanzadas; no tiene tendencia á estenderse é invadir casi toda la superficie del cuerpo como sucede en la psoriasis herpética; y coincide con alteraciones de la misma naturaleza.

Pronóstico.—La psoriasis es una de las formas mas benignas del herpetismo y dura mucho tiempo sin ir acompañada de ningún fenómeno general serio; sin embargo, llegado cierto momento

podria transformarse en herpétide esfoliatriz (cuyo elemento primitivo no es fácil reconocer) y acompañar á esto una caquexia pronunciada y la muerte.

Tratamiento.—M. Bazin aconseja contra la psoriasis herpética dos ó tres vasos al dia de tisana de saponaria; al mismo tiempo una píldora de 5 miligramos de arseniato de hierro que despues se aumenta hasta dos ó tres píldoras; fricciones con el aceite de enebro hasta la produccion de la sicosis cádica; un baño alcalino de vapor en dias alternos; en fin, si la posicion de los enfermos lo permite les envia á las aguas arsenicales de la Bourboule. El tratamiento interno debe continuarse durante dos ó tres meses y volver á él en cuanto reaparezca la menor erupcion.

Herpétides papulosas.

Las herpétides papulosas comprenden dos géneros: el prúrigo y el líquen.

Prúrigo herpético.—*Sintomatologia.*—El prúrigo herpético va precedido ordinariamente de prurito al nivel de las partes que deben ser asiento de la afeccion. Pasado un tiempo mas ó menos largo, aparecen en los hombros, en el cuello y en la cara externa de los miembros pequeñas pápulas aisladas del mismo color de la piel, cubiertas en su vértice por una costra negruzca formada por una gotita de sangre desecada y debida á la accion de rascarse, á que el enfermo es impelido por el prurito que experimenta. En efecto, este prurito es considerable y provoca una necesidad irresistible de rascarse; á veces tambien, considerando el enfermo insuficiente la accion de sus uñas, se sirve de cuerpos duros tales como cepillos, almohazas, etc., con los cuales se desgarran la piel. Por la tarde, y bajo la influencia del calor de la cama, los sufrimientos aumentan, el enfermo se ve obligado á levantarse, á exponerse al aire fresco y aun á tenderse en el suelo.

El prurito no presenta los mismos caractéres en todos los individuos; en uno está caracterizado por una sensacion de quemadura ó de calor quemante, en otros por una sensacion de pinchazos, etc.

Ya he dicho que la intensidad del prurito podia determinar una excitacion cerebral y consecutivamente la locura ó el suicidio.

La erupcion papulosa es á veces muy poco perceptible, y sin embargo el enfermo experimenta un prurito considerable (prúrigo latente ó sin pápulas de Devergie).

Para M. Bazin, el prurito y las pápulas constituyen dos síntomas de una misma enfermedad constitucional, el herpetismo; puede uno de ellos predominar sobre el otro ó faltar uno, pero siempre son una manifestacion del herpetismo.

Cuando el prúrigo ocupa los grandes y pequeños labios, la comezon intolerable, que no está entonces en relacion con las alteraciones locales poco perceptibles, causa la ninfomanía y el onanismo. Si ocupa el contorno del ano ó el escroto, está caracterizado por un engruesamiento y una coloracion morena de la piel con estriás blancas sembradas en medio de dicha superficie morena, y de vez en cuando, por una exudacion serosa que calma el prurito. En estas variedades, las pápulas son igualmente poco voluminosas y escapan tambien al exámen.

Marcha, duracion.—El prúrigo herpético afecta una marcha crónica, persiste por meses y aun años, recidiva despues de la curacion, y acaba por adquirir derecho de domicilio, haciéndose permanente; entonces la piel se engruesa, presenta manchas morenas debidas á la acumulacion de pigmento, y en medio de estas manchas se ven pequeñas cicatrices consecutivas á las ulceraciones que el enfermo se produjo rascándose inmoderadamente. Muchas veces la piel está cubierta de extrías y costras negras formadas por sangre desecada.

Cuando la afeccion ha llegado á este grado, difícil es reconocer si es un prúrigo ó un líquen lo que á nuestra vista se presenta, puesto que está caracterizada por los dos principales síntomas del líquen, el engruesamiento de la piel y la existencia de pápulas; por lo demás, el prúrigo se trasforma muchas veces en líquen.

El prúrigo herpético va seguido de la muerte algunas veces, y la determina entonces, no por sí mismo, sino por los trastornos funcionales que produce: insomnio, alteracion de las funciones digestivas, etc. Esta terminacion es por lo demás rara.

Etiología.—El prúrigo herpético (*formicans* de los autores) se desarrolla principalmente en la edad adulta, aunque afecta tambien á la vejez. Aparece principalmente en los individuos de temperamento nervioso y reconoce por causas ocasionales las emociones morales, el uso de los alcohólicos y de los pescados salados, la suciedad, etc.

Diagnóstico.—El prúrigo herpético puede confundirse con las especies parasitarias, artrítica, herpética y escrofulosa.

Pero el prúrigo psórico ocupa el abdómen, las partes genitales, las mamas y la parte interna de los muslos, sin ocupar

jamás la cara; mientras que el prúrigo herpético ataca el cuello, los hombros, la parte externa de los miembros y tambien la cara.

El prúrigo de la sarna desaparece bajo la influencia de una fricción parasiticida, mientras que el prúrigo herpético resiste á todo tratamiento. Debemos añadir no obstante que la sarna provoca á veces la aparición del herpetismo hasta entonces latente y que esta enfermedad prolonga entonces el prúrigo, imprimiéndole caractéres especiales.

El prúrigo pedicular que existe principalmente en los viejos de la clase pobre va acompañado de una viva comezon y está caracterizado por pápulas y papulo-vesículas aisladas diseminadas en distintas partes de la superficie de la piel y con preferencia en la nuca, el dorso, el pecho, los brazos y los muslos. Estas pápulas se hallan surcadas de estrías negruzcas producidas por la acción de rascarse, pudiéndose encontrar tambien los pedículi.

El prúrigo artrítico es circunscrito, no va acompañado de una comezon tan viva como la del prúrigo herpético y coexiste con otras manifestaciones artríticas.

El prúrigo escrofuloso está caracterizado por pápulas escrofulosas que no producen comezon ninguna.

Pronóstico.—El prúrigo herpético es una afección séria por su tenacidad, sus recidivas frecuentes, el prurito intenso que le acompaña, etc.

Tratamiento.—Para calmar el prurito tan intenso del prúrigo herpético, se aconsejará cualquiera de las diversas lociones ó pomadas que hemos indicado en la página 98.

Se prescribirán al interior píldoras de belladona ó de ópio, etc.; por otra parte, se ordenarán las preparaciones arsenicales (licor de Fowler, de Pearson, etc.), y las aguas minerales arsenicales (Bourboule, Plombieres, Mont-Dore, etc.).

Las aguas de Loueches, preconizadas por M. Hardy, no ejercen mas que una acción local sustitutiva, produciendo erupciones papulosas ó pustulosas (Bazin).

Líquen herpético.—*Sintomatología.*—El líquen herpético que corresponde á las variedades descritas por los autores con los nombres de líquen agrius y de líquen inveterado, reviste con mas frecuencia la forma crónica que la aguda; en este último caso la afección va precedida ordinariamente de fiebre, inapetencia y cefalalgia, estando caracterizada por pequeñas pápulas rosáceas del volumen de un grano de mijo sembradas en una superficie

tambien rosácea. Esta coloracion se extingue rápidamente y la afeccion termina por una ligera descamacion furfurácea. Muchas veces pasa el líquen al estado crónico.

Sea esta afeccion primitiva ó secundariamente crónica, está caracterizada por los síntomas que pertenecen á todo líquen, es decir, por la existencia de pápulas, el engrosamiento y la pérdida de flexibilidad de la piel, el estado rugoso de esta membrana muy parecido al chagrin, la exageracion de sus pliegues y la presencia de hendiduras en las partes movibles, tales como los huecos popliteos, los codos y las manos, etc. Sin embargo, tambien tiene signos especiales que le pertenecen, á saber: la diseminacion de la erupcion sobre superficies anchas en el rostro, el cuello, la parte interna de los brazos y antebrazos, en donde se presenta bajo la forma de placas irregulares; la pequeñez de las pápulas; la intensidad del prurito que á veces llega á tan alto grado, especialmente durante la noche, que el enfermo se ve obligado á levantarse, echarse al suelo y rascarse hasta producir la escoriacion de las pápulas y una ligera exudacion serosa; en fin, la existencia en el vértice de las pápulas, de pequeñas escamas adherentes en un punto y libres en el resto de su extension, escamas parecidas al líquen que cubre los árboles viejos (*líquen agrilus* de los autores).

En la variedad designada con el nombre de líquen inveterado, los principales síntomas consisten en prurito y en un engruesamiento de la piel, en cuya superficie solo se observan un pequeño número de pápulas y una cantidad mayor ó menor de escamas análogas á las del eczema.

El líquen herpético, que por lo general coincide con otras afecciones de la misma naturaleza, tales como gastralgias, hemicráneas, neuralgias intercostales, etc., tiene cierta tendencia á invadir superficies cada vez mas extensas á medida que el enfermo avanza en edad y á recidivar cuando ha desaparecido.

Etiología. — El líquen herpético ataca principalmente á los individuos de temperamento nervioso y aparece en la edad adulta ó en la virilidad, al principio de la primavera ó del otoño, á consecuencia de emociones morales, de vigiliias, de excesos en las comidas, etc.

Diagnóstico. — El líquen herpético puede confundirse con el artrítico, el escrofuloso, el sifilítico y el artificial. Ya hemos hecho el diagnóstico diferencial del líquen herpético y del artrítico. El líquen escrofuloso está caracterizado por placas mas voluminosas que las del líquen herpético y acompañadas de pústu-

las y vesículas, solo produce una débil comezon, aparece en los niños y adolescentes de un temperamento linfático, etc.

El líquen sifilítico se distingue del herpético por la coloracion cobriza de sus pápulas y la ausencia de prurito.

El líquen artificial, es decir, el producido por agentes irritantes, está limitado y caracterizado por pápulas escoriadas, rojas y que descansan en una superficie igualmente inyectada. El enfermo experimenta mas bien una sensacion de escozor que una verdadera començon.

Pronóstico y tratamiento. — Las consideraciones que hemos emitido respecto al prúrigo herpético son aplicables tambien al líquen de la misma naturaleza.

3.º HERPÉTIDES MALIGNAS.

Herpétide eritematosa.

Cnidosis ó urticaria crónica. — *Sintomatología.* — La cnidosis herpética se desarrolla en la cara, el tronco y los miembros, ocupando un sitio diferente cada vez que reaparece. Está caracterizada, ya por pápulas rosáceas ó blanquecinas, ya por placas redondeadas, pálidas ó blanquecinas en el centro y rodeadas de una aureola rojiza, ya en fin, por líneas rosadas ó rojas de una anchura con frecuencia bastante grande y que parecen producidas por latigazos.

Cuando la erupcion es papulosa, los elementos eruptivos están á veces aglomerados en superficies mas ó menos extensas tocándose por sus bordes y confundiéndose (*urticaria conferta* ó *urticaria confluyente*).

La urticaria herpética va precedida y acompañada de un prurito que persiste á veces desaparecida la erupcion, y es con frecuencia tan intenso, que priva al enfermo del sueño.

Esta afeccion aparece al anochecer, y bajo la influencia del calor de la cama, desaparece despues de algunas horas, y rara vez se observa por la mañana. Cuando persiste durante un dia, solo está caracterizada por pápulas rosáceas ó por manchas eritematosas. La erupcion se reproduce ordinariamente todas las noches con una tenacidad desesperante por espacio de meses y aun años, estando sujeta á recidivas despues de obtenida su curacion.

Etiología. — La urticaria herpética se desarrolla en la edad adulta, con mas frecuencia en la mujer que en el hombre y á

consecuencia de emociones morales, de abusos alcohólicos, de una alimentacion excitante, de excesos de la mesa, etc.

Diagnóstico. — Siempre es fácil reconocer el género urticaria caracterizado por una erupcion de pápulas rosáceas que aparecen y desaparecen bruscamente, acompañadas de un intenso prurito, etc.

Se distinguirá la cnidosia herpética de la artrítica, fundándose en el sitio de esta última afeccion sobre las regiones descubiertas, en su aparicion bajo la influencia del frio, en su desaparicion durante la noche y en la existencia en ciertos casos de tuberosidades rojo violadas del volúmen de un guisante (véase página 241).

Pronóstico. — La urticaria herpética, por su tenacidad, sus recidivas, el prurito que la acompaña que produce insomnio, y los trastornos generales, constituye una afeccion seria.

Tratamiento. — Se prescribirán los arsenicales, una alimentacion suave, la abstinencia de los alcohólicos, del café, etc., y se combatirá el prurito con lociones de agua blanca ó de sublimado y con baños de sublimado ó ligeramente sulfurosos.

Epinyctide. — *Definicion.* — La epinyctide es una afeccion rara, caracterizada por comezon nocturna, acompañada solamente de una erupcion eritematosa extremadamente fugaz.

Sintomatologia. — Los enfermos experimentan una comezon nocturna que los priva del sueño ó sensaciones raras que exaltan su imaginacion. Uno se cree atacado de sarna, otro cree recorren su piel multitud de insectos, resultando de estas sensaciones que los enfermos se rascan y buscan sin cesar el parásito imaginario.

La piel solo presenta durante el dia un aspecto mas ó menos rugoso, y por la noche manchas eritematosas diseminadas ó algunas pápulas rosáceas.

El prurito es mas intenso por la noche que durante el dia, y tan intolerable á veces, que el enfermo no puede permanecer en la cama. Entonces este no disfruta ni un momento de sueño, se demacra, se entristece, se vuelve loco ó pone un término á sus sufrimientos con el suicidio. La epinyctide es tambien una afeccion grave.

El conjunto de fenómenos precedentes basta para diferenciarla de la urticaria.

Tratamiento. — Se recurrirá á los arsenicales y demás medios empleados contra el prurito, pero con frecuencia no se obtendrá á beneficio de estos medios ningun éxito ó solamente una disminucion ligera y momentánea.

Herpétide maligna ampollosa.

Pénfigo herpético. — *Sintomatología.* — El pénfigo herpético está caracterizado, al principio, por manchas eritematosas aisladas, sobre cada una de las cuales se eleva una ampolla que las cubre casi completamente; esta ampolla, rodeada de una ligera aureola, es voluminosa y ofrece un volúmen que varía desde el de una nuez al de un huevo de polla; la llena un líquido claro alcalino, poco plástico y que apenas mancha las compresas.

Las ampollas del pénfigo nacen, á veces, sin ir precedidas de una rubicundez eritematosa. De cualquier modo que sea, se aplanan á consecuencia de su ruptura ó de la reabsorcion del líquido que contienen, y entonces se cubren de costras foliáceas y morenas que se desprenden y son reemplazadas por otras escamas foliáceas cada vez menos húmedas. Esta exfoliacion continúa mucho tiempo y persiste á menudo en ausencia de una nueva erupcion ampollosa.

Esta afeccion se perpetúa por erupciones sucesivas que no ocupando al principio mas que algunas regiones limitadas, se desarrollan en seguida en toda la superficie de las mucosas. No obstante, las mucosas no son tan á menudo asiento de una erupcion ampollosa en el pénfigo herpético como en el artrítico.

Llegada cierta época, la erupcion se generaliza, el enfermo se ve obligado á hacer cama y sobreviene ordinariamente la muerte por la aparicion de complicaciones metastáticas ó consecutivamente por el paso de esta afeccion al estado de herpétide exfoliatrix. En este último caso, la muerte es mas tardía que en el primero.

Etiología. — El pénfigo herpético se observa ordinariamente en los adultos, en la mujer mejor que en el hombre, á consecuencia de excesos, de vigiliass, de emociones morales, etc.

Diagnóstico. — El pénfigo herpético puede confundirse con el artrítico; pero este último está caracterizado por ampollas mas pequeñas que las del pénfigo herpético, ampollas de un volúmen desigual que se tocan por su circunferencia, agrupadas en número variable sobre una placa roja y llenas por un líquido plástico, sero-purulento ó purulento.

Tratamiento. — Los arsenicales han fracasado muchas veces en el tratamiento del pénfigo herpético ó han determinado fenómenos cutáneos que han hecho se les suspenda; así, deben emplearse con mucha reserva. M. Bazin ha obtenido algun éxito

con el percloruro de hierro y la quina. Aparte de esto, se espolvorearán las superficies enfermas con almidon, fécula, tanino, licopodio ó madera vieja.

Herpétide tardía y maligna.

Herpétide exfoliatrix.—M. Bazin designa con este nombre una erupcion cutánea de naturaleza herpética, notable por su generalizacion y por la abundancia de las escamas segregadas en la superficie de la piel, y cuyos caractéres no permiten reconocer la lesion primitiva de la afeccion.

Algunas veces, la herpétide exfoliatrix aparece de pronto, pero sucede con mas frecuencia á herpétides vulgares ó graves: al eczema, á la pitiriasis, á la psoriasis ó al pénfigo, afecciones fáciles de distinguir, pero que invaden muy pronto toda la superficie cutánea perdiendo sus caractéres primitivos.

Sintomatologia.—M. Bazin ha descrito en estos términos las modificaciones que sufren las afecciones precedentes para convertirse en herpétide exfoliatrix.

La transicion de los géneros primitivos á la herpétide exfoliatrix se verifica de una manera insensible. En el pénfigo tiene lugar por la prolongacion del periodo escamoso. En el eczema, la secrecion se hace menos abundante mientras que las escamas persisten y se multiplican adquiriendo algunos de los caractéres de la psoriasis ó de la pitiriasis. En la psoriasis, la rubicundez y elevacion de la piel que ordinariamente se observan en su principio, desaparecen poco á poco y las escamas se hacen mas delgadas y al mismo tiempo mas abundantes. En la pitiriasis, por último, las escamas delgadas y ligeras se estienden y se hacen mas confluentes. En uno y otro caso, el único fenómeno objetivo y orgánico que persiste es la descamacion epidérmica, única tambien que llega á dominar la escena.

Cuando la herpétide exfoliatrix se ha establecido, la erupcion cubre casi toda la superficie del cuerpo dejando apenas libre la cara, la palma de las manos y la planta de los piés. Las escamas se forman sucediéndose incesantemente y son tan abundantes que se desprenden sin cesar de la superficie cutánea; por la mañana se las encuentra aglomeradas en los lados y en los miembros del enfermo. Estas escamas son delgadas y ligeras, transparentes, pequeñas y análogas á las escamas de salvado, ó mas anchas é irregulares.

Si la herpétide exfoliatriz es primitiva, la piel se presenta seca y hay prurito; si es secundaria, la comezon es débil ó completamente nula, y esta insensibilidad relativa contrasta con la intensidad del prurito antes que la afeccion genérica se convierta en la forma exfoliatriz. Despues de algunos meses de lucha, el enfermo pierde las fuerzas y cae en un marasmo cada vez mas profundo; entonces se ve alguna vez hacerse menos abundante la descamacion al mismo tiempo que se declaran nuevas afecciones que vienen á precipitar la terminacion funesta. (Hidropesías permanentes y generales, diarrea colicuativa ó una afeccion visceral cancerosa).

Diagnóstico.—Para establecer el diagnóstico de la herpétide exfoliatriz debemos fundarnos en su generalizacion extremada, en los caractéres inciertos de la lesion elemental, en la demacracion y en la caquexia del enfermo.

Tambien se puede reconocer por los conmemorativos cuando esta afeccion es secundaria, á qué afeccion genérica ha sucedido.

Tratamiento.—El tratamiento es las mas veces impotente; no obstante, pueden emplearse los arsenicales cuando la herpétide ha adquirido de pronto los caractéres de la forma exfoliatriz y los enfermos no han sufrido ningun tratamiento. Si la herpétide exfoliatriz es secundaria y no han sido sometidos los enfermos á una medicacion arsenical, debemos limitarnos á sostener las fuerzas y combatir los síntomas que se presenten.

Si las fuerzas del enfermo se hallan en buen estado, podrán prescribirse fricciones con el aceite de enebro y baños simples ó medicamentosos.

DE LAS ESCROFÚLIDES.

La escrófula se traduce por manifestaciones de la piel, de las mucosas, de los huesos y de las visceras. Solo nos ocuparemos nosotros de las manifestaciones cutáneas ó *escrofúlides*.

Las escrofúlides aparecen en el primero y segundo períodos de la escrófula; unas son *primitivas, superficiales y benignas*, otras pueden aparecer de pronto, pero las mas veces son secundarias y siguen en general á las afecciones primitivas. Estas son graves é invaden las capas profundas de la piel: *escrofúlides profundas, secundarias y malignas*.

(a) **Escrofúlides cutáneas benignas.**

La escrófula produce afecciones cutáneas *eritematosas*; afecciones acompañadas de exudación sero-purulenta, epitelial ó sebácea: *escrofúlides exudativas*; en fin, erupciones botonosas.

1.º ESCROFÚLIDES ERITEMATOSAS.

Este grupo comprende tres formas: el sabañon, el eritema indurado y la couperose escrofulosa.

Sabañon.—Ya hemos visto que esta afeccion podia ser producida por una causa física, presentándose entonces en los niños bajo la influencia del frio, y desapareciendo durante el verano; pero tambien puede ser una manifestacion escrofulosa. En este último caso persiste durante el estío en ausencia de su causa determinante y está caracterizado por la tumefaccion y un color azulado de los dedos y las manos.

Eritema indurado.—Está caracterizado por placas induradas, rojas ó violadas, las cuales presentan un color mas oscuro en el centro, que se confunde insensiblemente con el normal de la piel y que desaparece bajo la presion del dedo, placas engastadas en el tejido celular subcutáneo, indolentes á la presion y sin prurito.

Esta afeccion se observa por lo general en la cara externa é inferior de la pierna, á lo largo del tendon de Aquiles, algunas veces en la cara, y quizá con mas frecuencia en las jóvenes que en los adolescentes.

El eritema indurado no puede confundirse con el eritema nudoso, afeccion pseudo-exantemática artrítica precedida de fenómenos generales y caracterizada por elevaciones ovaladas dolorosas á la presion, violadas al principio y que presentan despues todos los tintes del equimosis; estas elevaciones desaparecen espontáneamente en el espacio de tres semanas próximamente.

Couperose.—Está caracterizada, lo mismo que la couperose artrítica, por una mancha rosácea ó violada que ocupa la nariz y las mejillas, mancha producida por la dilatacion de los capilares y que desaparece á la presion del dedo. Sobre estas manchas aparecen bien pronto papulo-pústulas y pústulas de base roja y vértice amarillo y purulento.

Esta couperose escrofulosa se distingue de la artrítica por su coloracion roja menos viva, por una dilatacion varicosa menos

pronunciada de los vasos capilares hácia la circunferencia de la placa, por la presencia de pústulas mas voluminosas y purulentas, pero en menor número, y en fin, por una comezon mucho mas ligera.

La couperose artrítica va acompañada, por lo demás, de otras manifestaciones de la misma naturaleza (dolores reumáticos, eczema, anginas, etc.); la couperose escrofulosa, por el contrario, va acompañada de usagre y adenopatías, observándose en los individuos linfáticos.

La ausencia de toda manifestacion artrítica ó escrofulosa y el vicio de las bebidas alcohólicas, nos inducirán á creer se trata de una couperose alcohólica.

2.º ESCROFULIDES EXUDATIVAS.

Las escrofulides llamadas exudativas por M. Bazin tienen por elemento primitivo una vesícula, una vésico-pústula ó una pústula, y aparecen, ora bajo la forma de eczema simple ó de eczema impetiginoso, ora bajo la forma de impétigo. M. Bazin ha considerado oportuno reunir estas afecciones bajo una misma denominacion por ser difícil ordinariamente reconocer el elemento primitivo cuya duracion es efimera, y por tanto, decidir si la afeccion genérica es un eczema ó un impétigo. Tambien le ha impelido á hacer esto la consideracion de que el eczema impetiginoso y el impétigo se hallan muchas veces reunidos en un mismo sugeto escrofuloso.

La escrofulide exudativa (usagre) ocupa, al principio, el cuero cabelludo, invade en seguida las orejas, el cuello, la cara, atacando en esta, las aberturas nasales, la pituitaria, las comisuras labiales y los carrillos; tambien puede extenderse á una parte mayor ó menor del cuerpo.

En el cuero cabelludo, y al principio, está caracterizada por vésico-pústulas ó pústulas de una duracion tan corta que pasan siempre desapercibidas, las cuales se rompen dando salida á un líquido que se concreta formando costras. En este momento es cuando el enfermo se presenta al observador. Entonces se ve que una parte ó la totalidad de la superficie craneana se halla cubierta de costras amarillentas ó verdosas, húmedas, blandas y de un olor repugnante. Sobre estas costras, y en algunos de sus puntos, se forman hendiduras de las que trasuda un líquido purulento ó sero-purulento que á su vez se concreta en costras amarillentas ó verdosas. Los cabellos están aglutinados por el

producto de secrecion, y forman mechones cubiertos tambien de costras amarillentas ó morenas.

Si hacemos se desprendan las costras con cataplasmas, ó levantamos sus bordes con una espátula, veremos las superficies subyacentes, rojas, exulceradas, y algunas veces tambien, fungosas.

Esta inflamacion se propaga ordinariamente al tejido celular subcutáneo y á los ganglios que reciben los linfáticos de la parte afecta; de aquí resultan pequeños abscesos y adenitis. Con el eczema impetiginoso del cuero cabelludo, coexiste el eczema exudativo en la cara posterior de las orejas, y muchas veces, el impétigo de la cara.

La escrofúlide exudativa de la cara se presenta en la parte media de uno de los carrillos ó en la frente bajo la forma de placas redondeadas ú ovals (*impétigo figurata*), cubiertas de costras amarillentas y húmedas; éstas son alargadas alrededor y en la entrada de las fosas nasales, por lo que Alibert las comparaba á estalactitas.

Algunas veces, toda la cara está cubierta por una envoltura crustácea mas ó menos gruesa (*impétigo larvalis*), amarillenta, que exhala un olor fétido y nauseabundo y que enmascara todos los rasgos de la fisonomía.

Si molestado el enfermo por la tirantez que ejercen las costras se rasca, irritadas las superficies exudan sangre que, mezclada al líquido sero-purulento, forma costras negruzcas mas ó menos gruesas que dan á la cara un aspecto repugnante.

La escrofúlide exudativa nunca va acompañada de viva comezon ó de dolores fuertes cuando se complica con abscesos. Si esta afeccion ha pasado al estado crónico, está caracterizada con frecuencia por pequeñas costras rugosas atravesadas por un mechoncito de cabellos, amarillentas ó morenas y adherentes al cuero cabelludo ó separadas de éste por las uñas del enfermo. Dichas costras se deslizan en este último caso sobre los cabellos, que se hallan erizados.—*Impétigo granulata*. Esta forma va acompañada ordinariamente de *pediculi*. En otras circunstancias, la escrofúlide exudativa crónica está caracterizada por costras secas, farináceas, blanquecinas ó blanco-amarillentas formadas por láminas epidérmicas.—*Pseudo-tiña furfurácea*. En fin, algunas veces están aglutinados los cabellos, reunidos en haces y envueltos por una vaina erizada (*pseudo-tiña amiantácea*).

Despues de una duracion en general bastante larga, la escrofúlide exudativa desaparece definitivamente, pero deja muchas

veces algunos puntos del cuero cabelludo desprovistos de cabellos produciendo el acné sebáceo.

Diagnóstico. — La escrofúlide exudativa puede confundirse con el impétigo herpético ó con el favus.

Pero el impétigo escrofuloso ataca primitivamente el cuero cabelludo y la cara, mientras que la melitagra herpética empieza por los miembros y el pecho. La erupcion herpética es simétrica y está caracterizada por costras rojizas rodeadas de una aureola rosácea, rara vez produce infartos ganglionares y se observa en la edad adulta ó en la vejez; la escrofúlide impetiginosa, por el contrario, es asimétrica y está caracterizada por costras verdosas acompañadas de un ligero prurito é infartos ganglionares, observándose en la infancia.

Ya hemos establecido el diagnóstico diferencial entre la escrofúlide benigna exudativa y el favus en páginas anteriores; inútil es, por consiguiente, nos ocupemos de esto.

3.º ESCROFÚLIDES BOTONOSAS.

Este grupo comprende afecciones esencialmente papulosas (*estrófulus*, *prurigo* y *líquen*); una afeccion papulo-eritematosa (*eritema papulatum*); en fin, afecciones papulo-pustulosas (diversas formas de acné).

La escrofúlide botonosa aparece con frecuencia en la edad mas tierna y bajo la forma de líquen agudo. — *Estrófulus*. Esta afeccion sobreviene, en general, en los niños de pecho en la época de la denticion. Acompañada á veces de un ligero movimiento febril, está caracterizada por pápulas que aparecen al principio en la cara y partes superiores del cuerpo é invaden sucesivamente otras regiones.

Estas pápulas, voluminosas y aisladas, ofrecen el mismo color de la piel circunvecina, ó son rojas ó rosáceas, y entonces descansan sobre superficies eritematosas; no van acompañadas de comezon y terminan por descamacion en el espacio de tres ó cuatro dias.

Algunas veces, el vértice de las pápulas del estrófulus presenta una elevacion epidérmica producida por serosidad trasparente, formando entonces papulo-vesiculas, cuya duracion es mas larga que la de las simples pápulas.

El estrófulus puede recidivar muchas veces, complicarse con eczema y trasformarse en líquen simple ó en líquen eczematoso.

Ataca con preferencia á los niños linfáticos.

Cuando el estrófulus nace en la época de la dentición, desaparece despues de esta, siendo solamente en este caso una erupcion sintomática de aquel trabajo fisiológico. Pero si persiste despues de la erupcion de los dientes, entonces constituye un estado patológico. En este caso es una manifestacion de la *escrófula*, enfermedad constitucional que ha sido despertada por la salida de los dientes y que ha convertido el estrófulus en una manifestacion escrofulosa.

El líquen de naturaleza escrofulosa, que por lo general aparece hácia la edad de 12 á 15 años, está formado por pápulas mas voluminosas que las de los líquen herpético y artrítico y va acompañado de vesículas y pústulas; no produce mas que una débil comezon; empieza por la cara y las partes superiores del cuerpo, extendiéndose en seguida á otras partes de la piel; en fin, coincide con adenitis cervicales, escrofúlides exudativas del cuero cabelludo, etc.

El líquen escrofuloso se prolonga mucho tiempo si no ha sido sometido el enfermo á un tratamiento racional.

Esta especie de líquen se distinguirá fácilmente del herpético, el cual está caracterizado por un intenso prurito y por pápulas poco voluminosas cubiertas de vesículas ó de ligeras costras; y del artrítico, formado por placas papulosas circunscritas que ocupan el dorso de las manos, los antebrazos y la frente, placas que son asiento de comezon y de una sensacion de pinchazos ó lanzadas y que atacan á los adultos y no en la edad de 12 á 15 años.

El líquen sifilítico está formado por pápulas de un color cobrizo cubiertas de escamas epidérmicas, se halla exento de comezon y va acompañado de otros accidentes sifilíticos, preceidiendo á todo esto el chancro indurado.

Todas las consideraciones que acabamos de exponer respecto al líquen escrofuloso, son tambien aplicables al prúrigo escrofuloso.

Eritema papulatum. — Esta afeccion aparece tambien en los jóvenes, aunque no en la primera infancia, ocupa el dorso de las manos y las mejillas, alterna con el sabañon y está formada por una rubicundez eritematosa indolente que desaparece á la presion y sobre la cual se ven algunas pápulas prominentes.

Este eritema escrofuloso tiene una marcha lenta que le diferencia del eritema papulo-tuberculoso artrítico.

Acné escrofuloso. — Las formas de acné que dependen de la escrófula, son: el acné puntata, el acné sebáceo, el acné varioliforme, el acné miliar, el acné indurata y el acné rosácea.

El acné puntata está caracterizado por pequeñas eminencias en el centro de las cuales se ven puntitos negros (Tannes).

El acné varioliforme es una variedad descrita con el nombre de moluscum antes que M. Bazin hiciese aparecer su memoria acerca de esta afeccion (1851).

Desde esa época ha sido muy bien estudiada por el Dr. Magnan, antiguo interno de M. Bazin, y agregada por todos los dermatólogos al género acné.

El acné varioliforme ocupa habitualmente la cara, el cuello y la region anterior del pecho, aunque tambien puede observarse en otras regiones. Está caracterizado por pequeñas eminencias, cuyo grosor varía desde el de un grano de mijo al de un guisante ó una pequeña cereza, eminencias indolentes, umbilicadas en el centro, de un color que se aproxima al de la cera y semitransparentes hácia los bordes de la umbilicacion.

M. Bazin ha demostrado que esta afeccion iba precedida ó acompañada de otras manifestaciones escrofulosas.

Este mismo médico coloca en el número de las escrofulides acnéicas, el acné sebáceo y el acné elefantíásico, caracterizado por la hipertrofia general de las glándulas de la piel, y del cual M. Lutz recogió una observacion que fué insertada en el *Tratado de la escrófula* de M. Bazin.

El acné *miliar* ocupa principalmente la frente y está caracterizado por pequeñas pústulas análogas á las pápulas pseudo-vesiculosas, pústulas producidas por la oclusion del orificio del conducto de la glándula sebácea y su elevacion por la secrecion glandular mezclada con un poco de linfa ó de serosidad purulenta. Estas pústulas están aisladas y separadas por intervalos de piel sana ó coherentes y reunidas en grupos, cuya forma muchas veces regular, es geométrica, pareciéndose á un anillo, á un semicírculo, á un cuarto de círculo, etc. En general, es fácil reconocer que estos grupos están formados por una reunion de pústulas; algunas veces, sin embargo, no se llega sino con trabajo á diagnosticar este elemento primitivo, porque rotas ya las pústulas, no quedan mas que placas salientes rojas, regulares ó irregulares, cubiertas de escamas blancas y delgadas, placas que ofrecen alguna analogía con las del *líquen lividus*. Ora el acné miliar escrofuloso ocupa solo la frente; ora, por el contrario, se halla diseminado por toda la superficie del cuerpo.

El acné *indurata* está caracterizado por pústulas duras y rojas en la base, purulentas en el vértice, aisladas por lo general, pero algunas veces coherentes.

Estas pústulas se abren por su vértice dando salida al pus que contienen, y desaparecen dejando una pequeña cicatriz blanca, oblonga y arrugada.

Estas son el resultado de un trabajo inflamatorio que se apodera de la glándula sebácea, se propaga en seguida al tejido celular circunvecino, y no produce sino lentamente la supuración, que tiene lugar en el vértice de la pápula ó de la pústula.

Ya hemos descrito anteriormente el acné *rosácea* de naturaleza escrofulosa.

La escrofulide acnéica no aparece ordinariamente hasta la época de la pubertad, y se perpetúa muchas veces durante largo tiempo á consecuencia de erupciones sucesivas. Por lo general desaparece cuando sobrevienen los períodos ulteriores de la escrófula. Debemos añadir, que el acné varioliforme se encuentra á menudo hácia la edad de 4 ó 5 años.

Algunas veces vemos empieza la escrófula por la couperose en las mujeres que han llegado á la edad crítica. Entonces esta afeccion persiste con tenacidad, y no desaparece hasta que se presenta la escrófula visceral.

El acné escrofuloso podria ser confundido con el acné sifilítico; pero la primera especie ocupa casi exclusivamente la cara, el dorso, los hombros y la region anterior del pecho, no afectando sus elementos ninguna disposicion especial y estando caracterizado por diversas especies de acné (acné puntata, acné miliar, acné indurata); el acné sifilítico, por el contrario, ocupa toda la superficie del cuerpo, y está caracterizado por pústulas discretas ó reunidas en pequeños grupos y rodeadas de una pequeña aureola cobriza, pústulas que al desaparecer dejan una pequeña cicatriz deprimida que blanquea del centro á la circunferencia.

El acné miliar y el acné indurata de naturaleza escrofulosa podrian ser confundidos con las mismas variedades de naturaleza artrítica; mas el acné miliar escrofuloso ocupa ordinariamente la cara y los hombros, asociándose con el acné puntata, y el acné indurado no va acompañado de pinchazos, coincidiendo á menudo con otras manifestaciones escrofulosas.

El acné indurado artrítico se desarrolla por placas en el dorso y la parte interna de los muslos, coincidiendo con otras manifestaciones artríticas.

Curso, duracion y terminacion de la escrófula cutánea benigna.—La escrófula cutánea secretoria es en general la primera que se observa; aparece desde la mas tierna infancia y deja de existir, segun M. Bazin, hácia la edad de tres ó cuatro años;

pero tambien puede continuar en la edad adulta bajo la forma de eczema crónico, de pitiriasis ó de acné sebáceo, aunque puede suceder persista algunas veces en la edad adulta.

El líquen generalizado, precedido de estrófulus, puede nacer tambien en los primeros tiempos de la vida y coexistir con el usagre, mientras que el acné solo se presenta en la pubertad (exceptúase el acné varioliforme) y la couperose en la edad crítica.

La escrofúlida cutánea puede propagarse desde la piel á las mucosas ó trasformarse *in situ* en escrofúlides malignas.—Un impétigo simple de la nariz ó del labio puede convertirse en escrofúlida corrosiva ó tambien en lupus fibro-plástico.

Etiologia.—No podemos estudiar aquí las causas de la escrófula, solo indicaremos las circunstancias que determinan la aparicion de las erupciones cutáneas escrofulosas.

La denticion, la pubertad, la preñez, etc., pueden constituir otras tantas causas determinantes de la escrófula que despierten esta enfermedad constitucional. La denticion va acompañada de fuego de los dientes, es decir, de congestiones, de eritemas de la cara, de escrófulas, de erupciones eczematosas, fenómenos todos que desaparecen cuando el diente ha perforado la encía si el niño no es escrofuloso; pero si se halla atacado de esta enfermedad, constitucional, entonces la erupcion despierta á la enfermedad hasta aquella época latente, y esta, apoderándose de la erupcion provocada por la denticion, la perpetúa y la trasforma en manifestacion escrofulosa (*líquen escrofuloso, eczema escrofuloso, etc.*)

En la pubertad, las congestiones que se producen por parte de las mamas, producen eritemas ordinariamente pasajeros, pero que en las jóvenes escrofulosas se trasforman en eczemas escrofulosos. El temperamento linfático predispone á las erupciones secretorias, el bilioso á las acnéicas y el bilioso-nervioso á las papulosas.

Las enfermedades febriles exantemáticas y la clorosis juegan tambien el papel de causas determinantes de la escrófula. Lo mismo sucede con los parásitos vegetales ó animales, etc.

Tratamiento.—Debe aconsejarse un tratamiento interno dirigido contra la causa de las afecciones cutáneas, es decir, contra la escrófula, y un tratamiento externo para combatir la afeccion misma.

Se satisfará la primera indicacion prescribiendo tisanas amargas, tales como la de lúpulo, de pensamiento silvestre, de gen-ciana, etc.; un ligero laxante todos los dias; una cucharada de

jarabe de ioduro de hierro por las mañanas y otra de jarabe anti-scorbútico por las tardes. M. Bazin reserva el aceite de hígado de bacalao para las escrofúlides malignas y los accidentes que en los huesos produce la escrófula.

No obstante, en los casos de escrofúlides benignas rebeldes aconseja la asociacion del jarabe de hierro y del aceite de hígado de bacalao.

El tratamiento local debe diferir segun que la afeccion sea seca ó húmeda.

Si se trata de una escrofúlida exudativa no complicada con parásitos y presenta síntomas inflamatorios, se harán lociones emolientes en las partes enfermas; se espolvorearán con almidon ó con fécula de patata; se desprenderán las costras con cataplasmas de fécula, y se hará tomar un baño de almidon todos los dias ó uno sí y otro no. Si está complicada con parásitos, es preciso destruir estos séres empleando el unguento napolitano ó una disolucion de sublimado.

Cuando los síntomas inflamatorios han disminuido, se untarán las superficies enfermas con el aceite de enebro puro; uno ó dos minutos despues se enjuga con un lienzo fino, y por presion, la parte embebida del aceite de enebro. Conviene repetir esta aplicacion cada tres ó cuatro dias.

Si el aceite mencionado produjese irritacion se le mezclará con el de almendras dulces ó se le reemplazará por las pomadas de calomelanos, de óxido de zinc, etc.

Este tratamiento local conviene tambien en las escrofúlides botonosas y acnéicas; si se trata del acné sebáceo se prescribirán los glicerolados de amoniaco, de carbonato sódico y los baños gelatino-sulfurosos ó sulfurosos.

(b) Escrofúlides malignas.

M. Bazin asigna á este grupo de afecciones escrofulosas los seis caractéres siguientes: 1.º su extension á las capas profundas de la piel; 2.º la circunscricion mas limitada y restringida de las partes enfermas; 3.º la ausencia de dolor; 4.º la hipertrofia seguida despues de una atrofia notable de las partes atacadas; 5.º su coloracion rojo violada ó lívida; 6.º las cicatrices indelebiles y con mucha frecuencia disformes, que dejan despues

1.º ESCROFÚLIDE ERITEMATOSA.

Este grupo comprende las afecciones formadas, al parecer, solo por un eritema de las superficies enfermas. M. Bazin admite dos variedades: el *lupus eritematoso* y el *lupus acnéico*.

Lupus eritematoso.—Radica casi constantemente en la cara, en las regiones temporales ó en el cuero cabelludo, algunas veces en el dorso de las manos y de los dedos, estando caracterizado por placas ordinariamente redondeadas ú ovales, indolentes, no elevadas y de un color rojo congestivo, ora análogo al de la erisipela, ora lívido ó amarillento, rubicundez permanente y fija que desaparece á la presion. Al cabo de cierto tiempo la rubicundez desaparece y deja en su lugar una verdadera cicatriz semejante á la de una quemadura y que se produce sin que el epidermis se destruya. Las capas superficiales del dermis desaparecen á consecuencia de una absorcion intersticial.

Algunas veces afecta el lupus una marcha centrífuga (*eritema centrifugo* de Bielt). En este caso empieza por una rubicundez que se exfolia y se trasforma en cicatriz, mientras que en la circunferencia aparece una rubicundez circular que sufre la misma evolucion, y así sucesivamente.

Lupus acnéico; herpe cretáceo de la punta de la nariz, de M. Devergie.—Esta afeccion solo se observa casi exclusivamente en la cara sobre las mejillas y la nariz; se presenta bajo la forma de una ó muchas manchas redondeadas ú ovales y limitadas por un rodete rojo que se extiende progresivamente hácia las partes sanas á medida que el mal hace progresos. Al nivel de estas manchas, los conductos de las glándulas sebáceas están ensanchados y llenos de una materia blanquecina como yesosa, compuesta de una mezcla de epidermis y de materia sebácea alterados. De la existencia de dicha sustancia al nivel de las glándulas sebáceas resultan pequeñas asperezas en la superficie.

Cuando esta afeccion se ha curado, las partes de la nariz que han sido afectadas se hallan cubiertas de pequeñas depresiones semicirculares y cicatriciales que corresponden á las aberturas de las glándulas sebáceas.

Diagnóstico.—La *couperose eritematosa* puede confundirse con el *lupus eritematoso*; sin embargo, en la *couperose* las manchas están menos regularmente redondeadas, presentan dilataciones capilares en su superficie y circunferencia, y se hallan cubiertas ordinariamente de papulo-pústulas y de pústulas.

El *eritema marginado artrítico* está caracterizado por placas de un color rojo inflamatorio, perfectamente limitadas por bordes elevados y por una marcha aguda.

El *eritema papulatum escrofuloso* está formado por superficies rojas cubiertas de elementos papulosos, y no ofrece nunca tejido cicatricial.

2.º ESCROFULIDE TUBERCULOSA.

M. Bazin admite tres variedades de la escrofulide tuberculosa: el lupus tuberculoso, la escrofulide tuberculosa inflamatoria y una variedad rara de moluscum de los autores.

(a) *Lupus tuberculoso*.—Presenta una forma simple y otra hipertrófica.

La forma simple se observa ordinariamente en la cara con preferencia al tronco y á los miembros, estando constituida por tubérculos dispuestos en grupos de formas muy variadas, como las de un arco de círculo, de un semicírculo, de un anillo completo ó incompleto, etc. Estos tubérculos semitransparentes, de un volúmen que varía entre el de un grano de mijo y un guisante, tienen un color rojizo, rojo lívido ó amarillento que con razon se ha comparado al color de caramelo. Son en general indolentes, y dan al tacto la sensacion de una resistencia elástica.

Si se examina al microscopio el tejido que los compone, se observa está formado por células y núcleos libres, los cuales tienen entre sí folículos pilosos ó glándulas sebáceas degeneradas y llenas de capas concéntricas de epitelio originado por estas mismas glándulas.

Este neoplasma se reabsorbe despues de haber sufrido sin duda la trasformacion grasosa, y entonces el tubérculo se reblandece, pierde su renitencia, se arruga, se aplanan y acaba por desaparecer, dejando una cicatriz hundida que no ha sido precedida de ulceracion (*lupus non exedens*) y semejante á la de una quemadura.

El lupus tuberculoso tiene una marcha muy lenta y se extiende en superficie, ora por nuevas erupciones tuberculosas, ora por un rodete circunferencial que aparece cuando los tubérculos del centro se han aplanado. Su duracion es muy larga, persistiendo durante una gran parte de la vida.

La forma tuberculosa hipertrófica se observa tambien principalmente en la cara, aunque tambien existe en los miembros y órganos sexuales.

La cara adquiere un volúmen considerable, de aquí el nombre de leontiasis que le ha sido dado. Entonces los rasgos desaparecen, los carrillos están tumefactos y pendientes y dan al tacto una sensacion de renitencia elástica análoga á la que producen los tubérculos del lupus no hipertrófico. Los labios son enormes, los párpados cubren casi completamente los ojos que con dificultad se perciben, y las orejas se hacen tambien del mismo modo asiento de una tumefaccion considerable.

En los miembros, el volúmen de las partes afectas es doble ó triple del normal. Todos los elementos de la piel están hipertrofiados, las papilas son salientes y dan á los tegumentos un aspecto de chagrin; en los límites de las partes hipertrofiadas existen tubérculos exfoliados ó cubiertos por una costra negruzca.

Las partes genitales pueden presentar tambien esta hipertrofia, y entonces se comprueba que el pene tiene un volúmen doble ó triple del normal y que las glándulas sebáceas de este órgano y los folículos pilosos del escroto están hipertrofiados. Si son atacados los grandes y pequeños labios, forman masas voluminosas y pendientes.

Esta afeccion persiste durante muchos años y se estiende como en la forma simple, ora por la aparicion de nuevos grupos, ora por la presentacion de un rodete circunferencial.

Cada tubérculo, considerado individualmente, puede terminarse por reabsorcion ó ulceracion.

(b) *Escrofulide tuberculosa inflamatoria*.—Esta afeccion es poco frecuente; puede ocupar todas las regiones del cuerpo y se presenta ordinariamente bajo la forma de placas constituidas por tubérculos reunidos en grupos, tubérculos opacos, rojos, indurados, poco sensibles á la presion, y algunas veces purulentos ó costrosos en su vértice.

(c) *Molluscum*.—Esta es una afeccion muy rara, de la cual M. Bazin no ha observado mas que un ejemplo. Consiste, dice este médico, en una erupcion de pequeños tumores, variables en volúmen, desde el de un guisante al de una cereza. El contenido de estos tumores no es otra cosa que un tubérculo completamente análogo por su composicion al tubérculo pulmonar. Al cabo de cierto tiempo, los tumores se reblandecen á consecuencia de la formacion de una materia caseosa y de verdadero pus. El absceso tuberculoso se perfora, se abre, el quiste se vacia y sus paredes se cicatrizan mucho antes y mejor que las de las cavernas pulmonares.

En el caso observado por M. Bazin, las paredes del tumor es-

taban compuestas por una envoltura doble, formada de la piel adelgazada y reducida casi á su capa epidérmica y de una túnica profunda; este era un verdadero quiste en el cual se hallaba encerrada la materia tuberculosa.

Diagnóstico del lupus no ulceroso.—La escrofúlide maligna tuberculosa no ulcerosa podría, en rigor, confundirse con la coupepose pustulosa, con el líquen de pápulas deprimidas y con la psoriasis circinada. Sin embargo, un atento exámen permitirá siempre distinguir estas diversas afecciones. En efecto, la coupepose está caracteriza por una superficie roja, sobre la cual existen papulo-pústulas de un color rojo inflamatorio; el líquen de pápulas deprimidas está diseminado, y sus elementos presentan un color completamente distinto del de los tubérculos del lupus; en fin, en la psoriasis hay elevaciones cubiertas de escamas blancas y plateadas, bien diferentes de las ligeras escamitas que algunas veces cubren los tubérculos.

Mejor pudiera prestarse al error la sífilide tuberculosa circunscrita, caracterizada por tubérculos agrupados, indolentes, etc.; sin embargo, los tubérculos sífilíticos tienen un tinte cobrizo, son mas duros que los tubérculos del lupus, se hallan dispuestos en forma de media luna ó de herradura y presentan una marcha rápida; por otra parte, han sido precedidos de otros fenómenos de la misma naturaleza.

El lupus hipertrófico ha podido ser tomado por la elefantiasis de los árabes; pero nunca se observa en esta última afeccion un fondo cicatricial ni tubérculos, fenómenos habituales en el lupus.

3.º ESCROFÚLIDE CRUSTÁCEA ULCEROSA.

Esta se divide en escrofúlide ulcerosa tuberculosa y en escrofúlide ulcerosa inflamatoria.

Escrofúlide ulcerosa turberculosa (lupus ulceroso). Empieza por tubérculos idénticos á los que acabamos de describir al hacer la historia de la escrofúlide tuberculosa simple, pero sin embargo, menos salientes, mas indurados y mas rojos. Estos tubérculos se hacen bien pronto asiento de una ulceracion que se estiende en anchura y en profundidad. Algunas veces, sin embargo, la ulceracion se estiende en anchura, y se presenta bajo una forma irregular, superficial, cubierta de costras negruzcas y adherentes, de bordes rojos, hinchados, un poco dolorosos y sembrados de tubérculos, ulceracion que segrega un pus poco concreto, de mala naturaleza, que la presion hace brotar de su circunferencia y que

se propaga á vastas superficies, de la cara al cuello y á la region submaxilar.

En algunas circunstancias la ulceracion se cura en el sitio primitivamente atacado, dejando cicatrices rojizas ó de un blanco rosado, relucientes, surcadas por bridas entrecruzadas ó por vegetaciones producidas por los pedazos de tegumentos que han sido comprimidos en su espesor y que pueden hacerse el asiento de nuevos tubérculos; entonces invade dicha ulceracion al mismo tiempo las partes que rodean la superficie cicatrizada (*lupus serpiginoso*).

En otros casos la ulceracion se estiende en profundidad y destruye todos los tejidos que encuentra. Esta forma empieza ordinariamente al nivel de las alas ó de la punta de la nariz por un tubérculo que se ulcera perforando el ala de la nariz ó convirtiéndola en escotadura (*lupus terebrante*). La ulceracion está cubierta por una costra morena ó negruzca formada por la desecacion de una supuracion saniosa, y se estiende progresivamente por la destruccion de las partes vecinas, no respetando ni los cartílagos ni los huesos de la nariz.

Algunas veces se produce la ulceracion en la mucosa, destruye el tabique ó la bóveda palatina y hace comunicar, ora las dos fosas nasales, ora la fosa nasal y la cavidad bucal. Si la escrofúlida ulcerosa empieza por la comisura de los labios ó por los párpados, destruye estas partes, agranda las aberturas bucal y palpebral, impide la masticacion ó produce la inversion hácia fuera de los labios, el ectropion y la oftalmía.

En general, esta escrofúlida tiene una marcha muy lenta, algunas veces, sin embargo, destruye todos los tejidos con una rapidez desesperante, mereciendo el nombre de *lupus vorax*. «En menos de un mes ó seis semanas, dice M. Bazin, la nariz se perfora completamente y los labios se destruyen. Véanse las aberturas nasales, el vomer y la lámina perpendicular del etmoides disminuir de dia en dia bajo la influencia del trabajo destructor de los huesos. La lengua se destruye por partes, y muy pronto se halla reducida á un muñon informe colocado en el fondo de la cavidad que representa la boca y las fosas nasales reunidas á consecuencia de la caida de los dientes y de la destruccion de la bóveda palatina. El suelo de la órbita no tarda en hundirse y los globos oculares caen retenidos solamente por los nervios ópticos, de los cuales se encuentran suspendidos como de dos cuerdas. Llegados los enfermos á este grado de la escrofúlida maligna, se ven arrebatados ordinariamente por una flegmasía última.»

Escrofúlida ulcerosa inflamatoria.—Empieza por pústulas, papulo-pústulas, ampollas de rupia, etc., ó por tubérculos inflamatorios agrupados, rojos, indurados, poco sensibles á la presion, purulentos y costrosos en su vértice, etc. Ya presente la escrofúlida en su origen uno ú otro de estos elementos primitivos, termina en definitiva por la formacion de una costra gruesa, morena, engastada profundamente en la piel, y bajo la cual existe una ulceracion irregular y anfractuosa que segrega un humor sanioso, el cual se concreta y forma una nueva costra; los bordes de esta ulceracion son rojos, ligeramente tumefactos y sembrados á menudo de tubérculos inflamatorios ó de pústulas que indican el elemento primitivo de la afeccion. Esta escrofúlida presenta una marcha mas lenta que la escrofúlida tuberculosa fibro-plástica (lupus), encuentra en los huesos una barrera casi imposible de traspasar, dejando en pos de sí cicatrices bridosas, hundidas y adherentes á los huesos.

Mientras que las dos variedades de escrofúlides ulcerosas se observan casi indistintamente en la cara y en los miembros, en el tronco, segun M. Bazin, se comprobaria con mas frecuencia la escrofúlida inflamatoria.

Etiologia.—La escrofúlida maligna empieza de pronto ó sucede á la escrofúlida benigna y aparece ordinariamente entre diez y seis y veinticinco años en los dos sexos; algunas veces es consecutiva á la trasformacion *in situ* de escrofúlides benignas en malignas (la *couperose* y el *eritema papulatum* en escrofúlides fibro-plásticas).

Diagnóstico.—Debemos indicar los medios de reconocer el elemento primitivo de la escrofúlida ulcerosa, la especie de escrofúlida, (escrofúlida inflamatoria ó tuberculosa, fibro-plástica), y en fin, la naturaleza escrofulosa de la afeccion cutánea. No estando la afeccion caracterizada mas que por una ulceracion cubierta por una costra mas ó menos gruesa, y alrededor de la cual no existe ninguna señal del elemento primitivo, es difícil muchas veces reconocer dicho elemento; sin embargo, se comprueba á menudo hácia los bordes de la parte enferma la existencia de induraciones profundas, aplastadas, poco salientes, y las cuales indican que la afeccion ha empezado por un tubérculo que ha supurado y se ha transformado en costras.

Del mismo modo, segun M. Bazin, si los bordes de la costra están profundamente engastados en la piel pareciendo estar situado su nivel en el mismo plano que las partes circunvecinas, si esta misma costra simula continuarse con el borde rojo é indu-

rado de la piel formando en cierto modo un mismo cuerpo con ella, el elemento primitivo ha sido un tubérculo cutáneo ó sub-cutáneo.

Si la costra tiene la forma rugosa de una concha de ostra, indica la presencia, al principio, de la ampolla de rupia ó de la pústula de ectima.

Si la costra es amarilla, elevada, y está desprendida del fondo de la úlcera, indica haber preexistido la pústula de impétigo.

Si la costra es húmeda, exudante y está impregnada de un pus sero-sanguinolento, demuestra que la afeccion ha empezado por una vesico-pústula.

La escrofúlide ulcerosa solo puede confundirse con la escrofúlide exudativa ó las ulceraciones consecutivas á las escrófulas ganglionares ó celulares. Pero la escrofúlide exudativa está caracterizada por costras amarillas y superficiales no hundidas en la piel, alrededor de las cuales se observa muchas veces el elemento primitivo vesiculoso ó pustuloso, y que no dejan en pos de sí mas que una simple mancha que desaparece poco á poco, y no una cicatriz bridosa.

Las úlceras ganglionares tienen bordes sinuosos, azulados y desprendidos, y han sido precedidas durante mucho tiempo por un tumor fluctuante.

Pero reconocida la escrofúlide ulcerosa, ¿cuál es su variedad? ¿Es un lupus? ¿Es una afeccion inflamatoria?

En el lupus se observan hácia los bordes de la úlcera, ya tubérculos fibro-plásticos, ya señales de tubérculos.

En la escrofúlide inflamatoria, por el contrario, se comprueba la existencia de gruesas papulo-pústulas rojas é inflamadas.

La escrofúlide ulcerosa debe, en fin, distinguirse de la sífilide cutánea ulcerosa.

Ahora bien: los tubérculos sífilíticos son salientes, voluminosos, tienen un reflejo oscuro de color moreno ó cobrizo, y están dispuestos en grupos circulares; mientras que los tubérculos escrofulosos son lívidos, rojizos y semitransparentes.

Si se trata de una afeccion sífilítica en el período ulcerativo, se comprueba que las costras que cubren las superficies enfermas se hallan rodeadas de una aureola cobriza, están aplanadas, morenas ó negruzcas, y dejan en su lugar superficies ulceradas de bordes cortados á pico y bañados por un pus que se concreta rápidamente al contacto del aire; mientras que si se trata de una afeccion escrofulosa, las costras están rodeadas de una aureola rojiza y azulada, son salientes, de un moreno amarillento, y de-

jan en su lugar úlceras cubiertas de granulaciones y fungosidades.

En fin, la marcha de la úlcera escrofulosa es muy lenta, mientras que la de la úlcera sífilítica es muy rápida.

Algunas veces, sin embargo, la escrofúlida ulcerosa se extiende rápidamente en superficie ó en profundidad; pero en el primer caso, la ulceracion nunca ofrece contornos irregulares en forma de arcos de círculo y de espirales, como se observa en la úlcera sífilítica serpigginosa, los bordes están violados y desprendidos, el fondo de la úlcera se halla cubierto de un pus poco consistente, y las superficies cicatrizadas son bridosas.

Mas difícil es decidir si el lupus que destruye en profundidad pertenece á la sífilis ó á la escrófula, sobre todo cuando ocupa la nariz. No obstante, nos podemos apoyar en los caracteres siguientes: la escrofúlida empieza por la piel, nace en la juventud y se acompaña de cáries y tumores blancos, mientras que la sífilide empieza por la mucosa, coincide con dolores osteocopos, con exostosis, etc., y se cura rápidamente bajo la influencia de un tratamiento específico.

Pronóstico.—Es serio: las escrofúlides malignas presentan una larga duracion, son difíciles de curar, dejan despues de su curacion cicatrices disformes y desagradables, pudiendo determinar pérdidas de sustancias considerables y aun producir la muerte.

Las escrofúlides malignas no ulcerosas son menos graves que las ulcerosas, y las escrofúlides fibro-plásticas ulcerosas son mas graves que las afecciones ulcerosas inflamatorias, pues que el tejido óseo no forma respecto á ellas una barrera ó un límite á sus progresos.

Tratamiento.—Debe aconsejarse un tratamiento interno dirigido contra la escrófula, y otro externo contra la afeccion cutánea.

Se satisfará la primera indicacion prescribiendo el aceite de hígado de bacalao y el jarabe de ioduro de hierro, las tisanas amargas, una alimentacion tónica, etc.

M. Bazin ha hecho tomar á los escrofulosos, en el invierno, hasta 200 y 300 gramos de aceite de hígado de bacalao al dia. En el estío no se soporta bien este medicamento, y casi no se deben ordenar mas que una ó dos cucharadas al dia.

M. Bazin cree debe suspenderse el uso del aceite de hígado de bacalao cuando las úlceras escrofulosas están pálidas, tienen un aspecto parecido al de la corteza de tocino y son como putri-

laginosas, porque en estos casos el mal estado de la lesion aumenta bajo la influencia de la absorcion del aceite.

En resúmen, debemos aconsejar se tomen por mañana y tarde una taza de tisana amarga, y antes de cada comida, una dosis conveniente de una mezcla de jarabe de ioduro de hierro y de aceite de hígado de bacalao.

El *tratamiento local* varía segun la especie de escrofúlida maligna que se observe. Las escrofúlides eritematosas y tuberculosas simples reclaman los mismos modificadores, es decir, el aceite de enebro y el de nueces. Se aplica sobre la superficie enferma una ligerísima capa de aceite de nueces, y veinticuatro horas despues se encuentra la parte embebida del aceite, cubierta de una escara análoga á la hoja de un pergamino. Esta escara se desprende algunos dias despues de su aplicacion sin dejar ninguna solucion de continuidad. Esta aplicacion del aceite de nueces se repite cada ocho ó diez dias hasta que el eritema y los tubérculos hayan desaparecido.

M. Bazin ha empleado con ventaja en el lupus hipertrófico la pomada de cicuta sobre las aglomeraciones celulares, y las aplicaciones de aceite de nueces sobre los tubérculos de la circunferencia.

El tratamiento local de las escrofúlides ulcerosas varía segun las circunstancias: si la úlcera es superficial nos contentaremos con mejorar la superficie por medio de ligeros modificadores, tales como la tintura de iodo y el coaltar saponizado, y se destruirán las fungosidades con polvos de alumbre ó de nitrato de plata.

Si la ulceracion es profunda, es preciso modificarla á beneficio de la tintura de iodo cáustica (iodo una parte, ioduro de potasio dos partes y agua dos partes) despues de haber desprendido antes la costra. La aplicacion de este agente debe repetirse cada cuatro ó cinco dias.

M. Bazin usa algunas veces una pomada de bi-ioduro de mercurio, compuesta de una parte de sal por dos ó solo una de escipiente, pero proscribte los cáusticos enérgicos, tales como la pasta arsenical, el cáustico de Canquoin ó de Viena, etc., y sienta los siguientes axiomas: que cuanto mas tendencia tiene la escrofúlida maligna á generalizarse y extenderse, menos reclama los cáusticos enérgicos; que cuanto mas limitada, circunscrita y estacionaria se presente, tanto mas derecho tenemos para atacarla por agentes destructores; que nunca debemos aplicar un cáustico peligroso por su accion cáustica ó por sus propiedades tóxicas

sobre una superficie cuyo diámetro exceda de 5 á 6 centímetros; que en los casos de escrofulídes malignas muy extensas ó numerosas, las cauterizaciones deben ser parciales y sucesivas.

DE LAS SIFÍLIDES.

Se designan con el nombre de *sifilides* las erupciones cutáneas producidas por la sífilis.

Caractéres generales de las erupciones sifilíticas.

Entre las afecciones de la piel de naturaleza sifilítica hay una, la placa mucosa, cuyo contagio é inoculabilidad no podrian ponerse en duda; ahora bien, ni las afecciones escrofulosas, ni las artríticas ó las herpéticas son contagiosas ó inoculables.

Las sifilides no son estacionarias, sino que tienen cierta tendencia hácia la resolucion ó la ulceracion; en este último caso dejan al desaparecer cicatrices indelebles, cobrizas, y cuya rubicundez se borra del centro á la circunferencia.

Las sifilides son fijas y no cambian de lugar como las afecciones herpéticas; si recidivan no ofrecen la misma forma, mientras que las herpétides se reproducen guardando su forma eruptiva primitiva. Las sifilides van acompañadas de infartos de los vasos y ganglios linfáticos cuando son exantemáticos.

La sifilide no produce ningun prurito por lo general; sin embargo, la sifilide del cuero cabelludo y las exantemáticas van acompañadas algunas veces de una ligerísima comezon que apenas incomoda á los enfermos.

El color de la sifilide se ha comparado al de la magra de jamón ó al del cobre amarillo ó rojo: esta última comparacion es la que ha prevalecido.

En fin, la sifilide desaparece rápidamente bajo la influencia de un tratamiento mercurial, ó mercurial é iodurado (ioduro de potasio y bi-ioduro de mercurio).

Entre las sifilides, unas hay que no pertenecen mas que á la sífilis, y son, por consiguiente, *afecciones propias*, mientras que otras son *afecciones comunes*, es decir, que pueden constituir manifestaciones de muchas enfermedades.

1.º Afecciones propias.

Las afecciones propias á las sífilis son las placas sifilíticas al lado de ellas describiremos las vegetaciones y el vitiligo sifilítico que no constituyen afecciones sifilíticas, sino accidentes especiales que sobrevienen en el curso de las sífilis.

Placas sifilíticas.— La placa sifilítica es una elevacion de la piel ó de las mucosas, con bordes perfectamente circunscritos y cuyo centro está deprimido en general (Bazin).

Las placas sifilíticas ocupan por orden de frecuencia, la region génito-anal, la abertura de las fosas nasales, las comisuras de los labios, las amígdalas, y despues la parte posterior del cuello, la palma de las manos y planta de los pies, la frente, el tronco y los miembros.

Circunscritas y limitadas ordinariamente á estas regiones, las placas sifilíticas se generalizan algunas veces.

Su aspecto difiere, segun se las considere al nivel de las membranas mucosas ó de las regiones vecinas, ó en la piel del cuello, de la frente y del tronco.

En la superficie de las mucosas, las placas se presentan bajo la forma de elevaciones planas con bordes perfectamente circunscritos, cuya superficie está mas ó menos húmeda y blanquecina, y algunas veces tambien, cubierta de una película blanca semejante á la ligera escara que producimos con el nitrato de plata. Estas elevaciones están rodeadas de una mucosa sana de color rojo oscuro que forma una aureola inflamatoria. Si las placas sifilíticas sufren roces, la película desaparece, la superficie se hace sanguinolenta, y se produce una erosion ó úlcera.

Las placas sifilíticas de la piel están formadas por elevaciones aplanadas de un color rosado y no cobrizo como el de las sífilides, se hallan limitadas por bordes bien circunscritos y cubiertas en su centro por una costra amarilla, trasparente, deprimida algunas veces en forma de dedal, y rodeada en su circunferencia por un borde elevado, en el cual parece engastada. Las placas sifilíticas de la piel, admitidas y descritas por Legendre, han sido estudiadas principalmente por M. Bazin, y gracias á la enseñanza de este médico, son generalmente aceptadas hoy dia.

El desarrollo de las placas sifilíticas se verifica en la superficie de los tejidos sanos, ó es consecutivo á la trasformacion *in situ* de una úlcera. En el primer caso, aparece una pequeña mancha roja, al nivel de la cual el epidermis es levantado por la se-

rosidad, desgarrándose bien pronto y dejando al descubierto una superficie roja rodeada de un círculo blanquecino prominente, superficie que no tarda en cubrirse de una materia plástica blanquecina.

En el segundo caso, la superficie deprimida del chancro se hace roja y granulosa y se cubre de mamelones carnosos que nos hacen creer va á formarse la cicatriz; pero en este momento, los mamelones se cubren de la secrecion plástica que caracteriza la placa húmeda. Esta trasformacion tiene principalmente lugar cuando la úlcera se halla en un estado de humedad continua y cuando hay rozamientos entre la úlcera y las partes vecinas.

Las placas sifilíticas persisten durante muchos meses y se reproducen por erupciones sucesivas. Terminan por resolucion, están sujetas á recidivas, y no dejan ninguna cicatriz en el sitio que ocuparon.

Etiología. — Las placas sifilíticas son mas frecuentes en las mujeres y los niños que en los hombres; se observan en las personas blancas ó de un temperamento linfático, y encuentran en la suciedad una condicion favorable á su desarrollo.

Diagnóstico y pronóstico. — Si la placa mucosa no está ulcerada, tampoco puede confundirse con un chancro, caracterizado por una pérdida de sustancia con bordes cortados á picos; si está ulcerada, presenta alguna analogía con el chancro; pero sin embargo, este último no es saliente, tiene en sus bordes los caracteres antes dichos, y descansa sobre una base indurada.

El herpe prepuccialis ulcerado difiere del chancro porque las úlceras están dispuestas por lo general en grupos, y van precedidas de vesículas, careciendo de bordes elevados alrededor de la ulceracion.

La placa sifilítica de la piel se confunde muchas veces con una sífilide papulosa; pero en esta última los elementos son mas consistentes, tienen un tinte cobrizo y no rosado, como el de las placas, están rodeados de un cordoncillo epidérmico característico y no presentan en su centro una costra amarilla rodeada por un reborde circunferencial en el que parezca engastada. Ahora bien, el rodete y la depresion central, cubierta ó no por una costra, son los dos caracteres importantes de la placa.

Considerada en sí misma, la placa no tiene un pronóstico grave. Se cura, en efecto, muy rápidamente, bajo la influencia de la limpieza, de las cauterizaciones ligeras con el nitrato de plata ó de las lociones por mañana y tarde con el líquido siguiente: licor de Labarraque 50 gramos, agua 150 gramos. Tambien se

emplea despues de las lociones el polvo de calomelanos aplicado á las superficies enfermas. Además de este tratamiento local, siempre debe usarse un tratamiento antisifilítico.

Vegetaciones. — Estas no constituyen accidentes sifilíticos, sino que son afecciones causadas por la irritacion que produce el líquido de los accidentes específicos. Se ha atribuido cierta importancia á la obesidad, pero M. Bazin no concede á dicho estado mas que una influencia predisponente.

Las vegetaciones ocupan principalmente el ano, la vulva, el glande y el prepucio, y afectan formas variadas que les han hecho comparar á crestas de gallo, frambuesas, moras, coliflores, etc.; por lo demás, siempre son fáciles de reconocer.

El tratamiento consiste en la excision y cauterizacion de la superficie sanguinolenta con nitrato de plata.

Vitiligo. — Esta afeccion, descrita en 1853 por M. Hardy con el nombre de sifilide pigmentaria, no merece, segun M. Bazin, el nombre de sifilide, sino que constituye una afeccion discromatosa que, apareciendo con mucha frecuencia en los sifilíticos en todas las épocas de la enfermedad, para que podamos negar toda la influencia que sobre ella tiene la sífilis, y no siendo influenciada por el mercurio ó el ioduro de potasio, debe ser descrita en la clase de las afecciones que reconocen por causa la sífilis y una influencia exterior.

El vitiligo sifilítico está caracterizado por manchas blancas acromatosas y por manchas grises hiperacromatosas que ocupan principalmente el cuello y la region anterior del pecho, y mas rara vez la cara ó el abdómen. Las manchas grises ofrecen dimensiones que varían entre las de una pieza de 20 céntimos y las de una peseta; tienen un color de café con leche, una forma redondeada, bordes picoteados, y están separadas entre sí por otras manchas blancas, en las cuales falta la materia pigmentaria.

El vitiligo sifilítico aparece hácia el fin del periodo secundario, y desaparece muchas veces despues de uno ó dos meses de duracion, pero persiste algunas mucho mas tiempo y aun indefinidamente. Solo se observa en las mujeres y en los hombres linfáticos, es decir, en aquellos cuya piel tiene la delicadeza de la de las mujeres.

El vitiligo sifilítico fácilmente se distinguirá de la pitiriasis versicolor, caracterizada por manchas amarillas cubiertas de escamas, acompañadas de prurito y debidas á la existencia de un hongo, en el cual podemos comprobar los esporos con el microscopio.

Las preparaciones mercuriales siempre han sido impotentes.

2.º Afecciones comunes.

Las afecciones sífilíticas comunes deben dividirse en exantemáticas ó generalizadas, en circunscritas resolutivas y en circunscritas ulcerosas; en el último capítulo estudiaremos las sífilides malignas precoces.

(a) SIFÍLIDES EXANTEMÁTICAS.

Estas sífilides van precedidas muchas veces de fenómenos generales: el enfermo se halla triste, pálido, ojeroso, algo demacrado, siente cansancio y malestar general, insomnio, y una cefalalgia intensa parcial ó general durante el dia y la noche, cefalalgia que presenta algunas veces paroxismos y va acompañada de vértigos y dolores reumatóides en los miembros, cuello y dorso; á esto se añaden los síntomas del embarazo gástrico ó de la cloro-anemia, y muchas veces accesos de fiebre, reproducida por la noche, simulando una fiebre intermitente ó una fiebre continúa que puede hacernos creer en una tifoidea.

Las sífilides exantemáticas son precoces, y aparecen por lo general cuarenta ó cincuenta días despues de la presentacion del accidente primitivo; pero algunas veces, al cabo de un espacio de tiempo mas ó menos largo, están generalizadas, es decir, ocupan toda la superficie del cuerpo, y van acompañadas de infarto de los ganglios cervicales y de pequeños cordones moniliformes formados por vasos linfáticos infartados cuya presencia se comprueba fácilmente pasando la yema de los dedos por la cara anterior de los antebrazos y la interna de los brazos. Parece que la sangre ha sido inoculada durante el curso de las sífilides exantemáticas, así que, entonces, la trasmision hereditaria está en su apogeo.

Estas sífilides presentan un período de aumento que dura uno ó dos setenarios; otro de estado que tiene la misma duracion y un período de declinacion que tambien tiene la misma. La duracion total de una sífilide exantemática, es, por lo tanto, de un mes, seis semanas ó dos meses próximamente.

Estas erupciones terminan por descamacion epidérmica ó por la caída de las costras en las formas vesiculosas y pustulosas, dejando despues de haber desaparecido simples manchas que se borran espontáneamente al cabo de algun tiempo.

Todavía pueden comprobarse simultáneamente con las sifíldes exantemáticas los accidentes iniciales, es decir, el chancro indurado ó la placa inicial.

M. Bazin cree puedan recidivar las sifíldes exantemáticas, pero que las verdaderas recidivas solo tienen lugar durante los cinco ó seis primeros meses, y que pasado un año ó diez y ocho meses la sifílide exantemática ya no recidiva, siendo sustituida entonces por nuevas erupciones sifilíticas.

La seccion de sifíldes exantemáticas comprende cuatro formas: la sifílide eritematosa, la sifílide papulo-tuberculosa, la sifílide pustulosa y la sifílide vesiculosa.

(a) *Sifílide eritematosa ó roseola.*

La roseola sifilítica presenta tres variedades: la roseola comun, la granulada y la papulosa.

La *roseola comun* está caracterizada al principio por manchas rosadas apenas aparentes, pero que adquieren al contacto del aire un tinte violado que simula al jaspeado vascular tambien azulado que el frio produce en la superficie de la piel. Estas manchas adquieren muy pronto un color mas pronunciado y una anchura que varía de cinco á diez milímetros; son irregularmente redondeadas, tienen los bordes picoteados, están separadas por intervalos variables de piel sana ó se reunen formando anchas placas.

Algunas veces forman por su conjunto, al reunirse, un círculo ó un semicírculo, cuyo centro está sano. Esta variedad anular, seria, segun M. Bazin, un signo de recidiva, é indicaria que los enfermos han sufrido ya un tratamiento mercurial.

La *roseola granulada* solo se distingue de la maculosa por la existencia en el centro de las manchas de pequeñas elevaciones papulosas atravesadas por un pelo y formadas por el aumento de volúmen de los folículos pilosos.

La *roseola papulosa* está caracterizada por manchas, cuyo centro presenta una elevacion papulosa perceptible á simple vista ó al tacto, y cuya coloracion es mas oscura que la de la roseola ordinaria.

La roseola sifilítica tiene una marcha lenta, y se produce á menudo por erupciones sucesivas; de aquí resultan variados matices en la piel. Su duracion es de uno ó muchos meses.

Cuando las manchas desaparecen, presentan una descamacion pulverulenta, dejando en su lugar señales amarillentas.

Diagnóstico. — El sarampion está caracterizado por manchas casi análogas á las de la roseola sifilítica; pero se distinguirá siempre fácilmente aquel teniendo en cuenta los fenómenos prodrómicos que le preceden.

La roseola simple se distinguirá de la roseola sifilítica por la ausencia de infarto de los ganglios y vasos linfáticos.

La roseola copáica empieza por las muñecas, las piernas y los codos, limitándose algunas veces á estas regiones: está formada por manchas mas rojas, sitio de comezon y de pinchazos, por cuyos caracteres se distingue de la roseola sifilítica.

(b) *Sifilide papulo-tuberculosa.*

Esta forma presenta dos variedades: la sifilide *papulo-tuberculosa* ó *papulosa lenticular* y la sifilide *papulosa miliar*.

La *sifilide lenticular* está caracterizada por pápulas cónicas ó hemisféricas de un volúmen variable entre el de una lenteja y el de una guinda, pápulas de un color rojo débil, discretas ó confluentes. Esta sifilide nace algunas veces simultáneamente en todas las regiones del cuerpo, pero las mas veces se presenta en el tronco al principio, y despues en los miembros, la frente y el cuero cabelludo.

Esta variedad dura por los menos de tres á cinco setenarios, aunque muchas veces persiste dos y tres meses. Cuando se opera la resolucion, la pápula se aplana y recubre de una escama epidérmica, que rompiéndose circularmente, deja alrededor de la pápula un rodete característico. En el lugar que ocupa la pápula se observa una mancha oscura que desaparece despues de un tiempo variable.

La *sifilide papulosa miliar* está caracterizada por pequeñas pápulas del volúmen de una cabeza de alfiler, cónicas, cobrizas, agrupadas y no acompañadas de comezon. Esta sifilide presenta muchas veces erupciones sucesivas, y da lugar al aplanarse sus pápulas á una esfoliacion muy abundante.

Dura generalmente seis semanas, y algunas veces tambien muchos meses.

Diagnóstico. — Las placas sifilíticas se distinguirán fácilmente del líquen, por ser deprimidas y no abombadas en el centro, por hallarse levantada su circunferencia y por encontrarse su centro cubierto por una costra.

El líquen de pápulas deprimidas, afeccion de naturaleza artrítica, está caracterizado por pápulas voluminosas aplastadas

que se reunen formando grupos y placas irregulares, las cuales van acompañadas de comezon, de pinchazos, y presentan algunas veces manchas equimóticas; mientras que en el líquen sifilítico existen pápulas hemisféricas cobrizas no acompañadas de comezon ni de hemorragia intra-dérmica.

(c) *Sifilide pustulosa.*

Esta forma ofrece tres variedades: la sifilide pustulosa lenticular, la sifilide pustulosa miliar y la sifilide pustulosa flizácea.

La *sifilide pustulosa lenticular* está caracterizada por papulopústulas purulentas en el vértice, induradas en la base, rodeadas por una aureola de un rojo vivo y muy parecidas á las pústulas de varioloide. El líquido purulento del vértice se concreta muy pronto bajo la forma de una costra, que se desprende pasado cierto tiempo y deja una induracion roja lenta en desaparecer, y á la cual sustituye una pequeña cicatriz blanca, redondeada y ligeramente deprimida.

En esta variedad, ordinariamente empieza la erupcion por la cara ó el cuello, é invade despues el dorso y los miembros.

La *sifilide pustulosa miliar* está caracterizada por pústulas del volúmen de un grano de mijo, atravesadas en su centro por un pelo, duras en su base, rodeadas de una ligera aureola roja, reunidas formando pequeños grupos diseminados por la superficie del cuerpo, y cuya aparicion es sucesiva, de modo que podemos comprobar la existencia de cicatrices y pústulas en su período de estado sobre un mismo individuo. Tambien podemos servirnos de las cicatrices características que suceden á las pústulas para el diagnóstico de la naturaleza de la afeccion: en efecto, estas cicatrices son redondeadas, deprimidas en su centro, que está atravesado por un pelo, cobrizas, y se vuelven blancas del centro á la circunferencia. Al nivel de los grupos pustulosos, el conjunto de las cicatrices se parece á un estampado.

La *sifilide pustulosa flizácea* ó *viruela sifilítica* está caracterizada por pústulas purulentas de la base al vértice, aisladas, cuyo diámetro rara vez excede de cuatro ó cinco milímetros, rodeadas de una aureola roja, algunas veces umbilicadas, pareciéndose entonces á las pústulas de viruelas. El líquido contenido en estas pústulas se concreta en costras anchas, morenas, mas ó menos cónicas, que dejan despues de su caída, ó pápulas ligeramente escoriadas ó ulceraciones poco profundas, pero seguidas, sin embargo, de cicatrices irregulares é indelebles.

Las pústulas de la viruela sifilítica pueden aparecer simultáneamente en todas las partes del cuerpo, ó nacer por erupciones sucesivas.

Esta variedad dura siempre muchos meses, aun cuando el enfermo sea sometido á un tratamiento mercurial.

Diagnóstico.—La sifilide pustulosa lenticular se distingue del acné artrítico y del acné escrofuloso, por su generalizacion, por la ausencia de comezon, por la existencia de cicatrices redondeadas, lisas y deprimidas, y no arrugadas y alargadas como las del acné sifilítico.

La sifilide pustulosa miliar se distinguirá de la sifilide papulosa por la existencia de pequeñas pústulas atravesadas en su centro por un pelo, las cuales presentan una pequeña costra amarillenta en su vértice, dejando en pos de sí una pequeña cicatriz redondeada característica.

(d) *Sifilide vesiculosa.*

Esta forma comprende tres variedades: la sifilide de vesículas sub-globulosas, *varicela sifilítica*; la sifilide vesiculosa en círculo, *herpe sifilítico*; y la sifilide de vesículas agrupadas.

La *varicela sifilítica* está caracterizada, al principio, por manchas rojas, en el centro de las cuales se desarrollan vesículas redondeadas sub-globulosas, cuya serosidad se hace purulenta al cabo de ocho ó diez dias y se concreta en una costra que, rodeada entonces de una aureola cobriza característica, deja al desaparecer una señal de cicatriz.

La sifilide de *vesículas en círculo* ha sido descrita por M. Basereau en estos términos: La sifilide vesiculosa en forma de herpe se presenta, ora bajo la forma de herpe flictenoide, ora bajo el aspecto de herpe circinado.

En el primer caso, las vesículas están reunidas en grupo y son irregulares, globulosas, cetrinas, muy trasparentes, no distinguiéndose del herpe flictenoide vulgar mas que por la coloracion cobriza del cuerpo mucoso sobre el cual se han desarrollado.

En el segundo caso, las vesículas están reunidas en grupos redondeados ú ovals, son pequeñas, apenas visibles, efímeras y el líquido límpido que contienen se reabsorbe, dejando solo láminas epidérmicas, ora delgadas, ora gruesas, láminas que descansan sobre un fondo rojo cobrizo sin exceder de la superficie ocupada por la vesícula ó extendiéndose mas allá de dicha superficie bajo la forma de aureola.

La *sifilide de vesículas en grupos* (eczema sifilítico) está caracterizada por vesículas pequeñas y agrupadas, cuyo líquido se reabsorbe ó enturbia, haciéndose amarillo; en el primer caso, la placa eczematosa se cubre de algunos despojos epidérmicos; en el segundo, el líquido se convierte en costras amarillas, y la afección simula el eczema impetiginoso.

La sifilide vesiculosa tiene una marcha crónica, aparece por erupciones sucesivas, dura de seis semanas á dos meses, y deja en pos de sí pequeñas cicatrices cobrizas deprimidas reunidas en grupos que desaparecen al cabo de cierto tiempo.

Diagnóstico.—La sifilide vesiculosa presenta alguna analogía con las erupciones de la viruela y de la varicela, pero estas últimas van precedidas de fenómenos generales y tienen una marcha rápida.

(b) SIFÍLIDES CIRCUNSCRITAS RESOLUTIVAS.

M. Bazin define con este nombre toda erupción de naturaleza sifilítica limitada á ciertas regiones del cuerpo, y caracterizada por grupos de botones cubiertos de escamas y de costras variables en volúmen; estos botones tienen una marcha lenta y una tendencia marcada á la resolución, pero dejan casi siempre cicatrices duraderas.

Las sifilides circunscritas resolutivas no aparecen hasta ocho ó diez meses y aun muchos años despues del accidente primitivo.

Esta erupción, ora ocupa una sola region del cuerpo, ora se desarrolla simultánea ó sucesivamente en diversas regiones de la superficie cutánea. Esta sifilide, por lo general, se observa especialmente en la frente, en las alas de la nariz, en el cuero cabelludo, en los hombros, en la nuca, en la palma de las manos y en la planta de los piés.

Hay tres formas de sifilides resolutivas; la forma tuberculosa; la pústulo-crustácea y la papulo-vesiculosa.

La colocacion de los elementos eruptivos es variable: ora forman grupos irregulares, ora, y esto es lo mas frecuente, están dispuestos en anillo, en herradura, en media luna ó en T. Tambien ha admitido M. Bazin dos variedades de sifilides circunscritas resolutivas, la sifilide en grupo y la sifilide en círculos.

Cada uno de los elementos de la sifilide circunscrita presenta una coloracion claramente cobriza, que varía del color cobrizo amarillo al cobrizo rojo; cada grupo se compone de cinco ó diez

botones que se desarrollan simultánea ó sucesivamente y en la periferia de los cuales se produce una segunda erupcion y despues una tercera, extendiéndose así progresivamente y persistiendo largo tiempo la afeccion si el enfermo no ha estado sometido á un tratamiento conveniente.

La sífilide circunscrita termina por resolucion, pero deja una cicatriz indeleble, seguida de ulceracion en algunos casos excepcionales.

Sífilide tuberculosa circunscrita.

Esta sífilide está caracterizada por botones duros y rugosos, cuya superficie se halla cubierta algunas veces de escamas epidérmicas que desaparecen dejando en su lugar cicatrices permanentes.

Se la observa por órden de frecuencia en la cara, en el tronco, en los miembros, en el cuello, en el cuero cabelludo y en el dorso de las manos.

La preceden algunas veces cefáleas noturnas intensas, y está caracterizada por tubérculos cuyo volúmen varia desde el de un cañamon á el de una pequeña cereza, tubérculos agrupados en una superficie circunscrita, ora de un modo irregular, ora en forma de círculos, de óvalos, de herradura, etc.; tienen un color cobrizo amarillento ó cobrizo rojo, algunas veces tambien negrozco, presentan una superficie lisa, ó por el contrario, cubierta de escamas ó de costras delgadas.

Si los tubérculos están apretados y conglomerados en gran número, el punto de la piel sobre que descansan se hace asiento de un trabajo hipertrófico que hace se levante el grupo afectando la forma de un racimo en el cual cada tubérculo representa un grano (*sífilis pustulans racemiformis*, de Alibert).

Gibert ha descrito con el nombre de sífilide tubérculo-granulosa una forma que ocupa las comisuras de los labios ó la union de estos con las alas de la nariz, y caracterizada por grupos redondeados de pequeños tubérculos, que se cubren de costras y se ulceran ligeramente en muchos casos.

La marcha de la sífilide tuberculosa es crónica, dura ordinariamente de cuatro á seis meses.

Cuando los tubérculos se aplanan, su superficie se cubre de escamas y deja una depresion cobriza que se hace blanca del centro á la circunferencia, ofreciendo los caracteres de un tejido cicatricial.

Diagnóstico.—La sífilide tuberculosa pudiera confundirse con el sicosis; pero en esta última afección los tubérculos están diseminados sin orden por la barba, tienen un color inflamatorio, son purulentos en el vértice y van acompañados de círculos herpéticos y de pitiriasis alba parasitaria, mientras que los tubérculos sífilíticos se encuentran dispuestos en círculo ó en arcos de círculo, tienen un color cobrizo y no supuran.

La sífilide tuberculosa ofrece una gran analogía con la escrofulide maligna tuberculosa; sin embargo, esta última aparece casi siempre antes de la pubertad; no la preceden accidentes sífilíticos y está formada por tubérculos rojizos de color de caramelo y semitransparentes; por el contrario, los tubérculos sífilíticos tienen un color rojo pálido ó cobrizo.

También se podrá fundar el diagnóstico en los caracteres de las cicatrices; arrugadas y surcadas de bridas en los casos de afección escrofulosa, son deprimidas, cobrizas y blanquean del centro á la circunferencia en los casos de afección sífilítica.

La sífilide tuberculosa de la palma de las manos podría también confundirse con la psoriasis artrítica de las mismas regiones. No obstante, la sífilide ofrece una disposición circular, está caracterizada por tubérculos cubiertos de escamas gruesas, rodeados de una aureola cobriza y no acompañados de prurito. La afección artrítica de la palma de las manos, por el contrario, está caracterizada por muchas afecciones genéricas, como la psoriasis, la pitiriasis y el eczema; se complica con pequeñas fisuras que producen una ligera exudación serosa; va acompañada de pinchazos, de comezon; y se observa en los individuos que han presentado otras manifestaciones artríticas.

En estos casos, en fin, la medicación mercurial no produce resultado alguno.

Los tubérculos de la sífilide tuberculosa están constituidos por una hiperplasia de las fibras del tejido conjuntivo del dermis.

Sífilide pústulo-crustácea circunscrita.

Esta variedad se presenta casi con tanta frecuencia como la precedente; se observa por lo regular en la cara, en el cuero cabelludo, en el tronco y en los miembros, y tiene por elemento primitivo, ya una pústula de acné, ya una pústula de impétigo, ya una de ectima.

Las pústulas iniciales están algunas veces agrupadas irregu-

larmente, pero las mas se hallan dispuestas en círculos, en elipses ó en herradura; el líquido que contienen se concreta formando costras pequeñas y amarillas situadas en la base de los pelos cuando suceden á una pústula de acné, y anchas, verdosas ó morenas cuando son consecutivas á pústulas de impétigo ó de ectima; dichas costras están rodeadas de una aureola violada ó de un rojo cobrizo, y nunca descansan sobre un fondo húmedo.

Después de la caída de las costras se observan señales de cicatrices cobrizas que se hacen blancas del centro á la circunferencia.

Diagnóstico.— Cuando la sífilide pústulo-crustácea ocupa el cuero cabelludo, puede tomarse por un impétigo escrofuloso; sin embargo, en esta última afección las costras son blandas, de un color amarillo de oro, están repartidas en una vasta superficie y desaparecen sin dejar cicatrices; las costras de la sífilide pústulo-crustácea, por el contrario, están dispuestas en círculo, son verdosas, se hallan algunas veces esparcidas sobre el cuero cabelludo, y dejan en su lugar señales cobrizas que se hacen blancas del centro á la circunferencia. Cuando la sífilide pústulo-crustácea del cuero cabelludo ó de la frente reviste la forma acnéica, puede simular el acné pilaris artrítico, pero el acné pilaris está constituido por placas eruptivas dispuestas en semicírculo, que se extienden de tiempo en tiempo y se continúan con las que ocupan las patillas y la barba. Estas placas están formadas por pústulas rodeadas de una aureola roja algunas veces, violada otras, su vértice se halla cubierto de una costra amarilla, y son asiento de pinchazos y de una sensación de lanzadas; por el contrario, la sífilide está caracterizada por costras verdosas, mas anchas, dispuestas en círculo ó en semicírculo, rodeadas de una aureola cobriza y no acompañadas de lanzadas, cuyas costras desprendidas dejan señales cobrizas que blanquean al principio en el centro, siendo menos oscuras que las que suceden al acné pilaris.

En fin, no debe ignorarse pueden coexistir la sífilide y el acné artrítico.

Sífilide papulo-vesiculosa circunscrita.

Este grupo tiene tres variedades: la sífilide papulo-vesiculosa en círculo, la sífilide papulo-vesiculosa en corimbos y la sífilide papulo-vesiculosa en grupos.

La *sífilide papulo-vesiculosa en círculos* se observa con mas

frecuencia en la mujer que en el hombre, en la cara y en las partes sensuales con preferencia á las demás partes del cuerpo, y está caracterizada por círculos completos ó incompletos constituidos por papulo-vesículas, cuyo líquido se concreta inmediatamente despues de su formacion en pequeñas costras.

La placa sifilítica formada por una elevacion plana deprimida en su centro y limitada por un borde perfectamente circunscrito, se distinguirá fácilmente de esta sifilide. Lo mismo diremos del herpe circinado parasitario, que presenta una marcha centrífuga, se estiende por la aparicion de un rodete en su circunferencia, y ofrece, al nivel de las placas, pelos quebrados y envainados.

La *sifilide papulo-vesiculosa en corimbos* es rara. M. Bazin solo la ha visto un pequeño número de veces; este médico ha observado en la parte anterior del pecho de un enfermo una ancha placa liquenóide confluyente formada por granulaciones apretadas, ó mejor, por pequeñas pápulas de un color rojo oscuro, sólidas, llenas y esfoliadas unas, vesiculosas en el vértice otras. Este grupo central estaba rodeado por otro, cuyos elementos papulo-vesiculosos se hallaban mas separados y presentaban un color mas oscuro, de modo, que el conjunto de la erupcion ofrecia un aspecto muy particular, aproximándose realmente á la disposicion de los corimbos. Esta variedad pudiera confundirse con la sifilide corimbífera, satélite de las placas sifilíticas de la piel (sifilide irisada de M. Ricord); pero en la sifilide irisada cada grupo eruptivo presenta en su centro la placa sifilítica con sus caracteres especiales; placa redondeada, deprimida en el centro y levantada en la circunferencia, con una costra central delgada, y alrededor de esta placa central un gran número de elementos papulo-vesiculosos distintos entre sí que juegan en relacion con ella el papel de verdaderos satélites.

Por último, la sifilide irisada aparece despues de la sifilide papulo-vesiculosa en corimbos, pues que forma parte del primer estadio de la sífilis secundaria, y además, no deja como esta última afeccion cicatrices indelebles, sino solamente señales cobrizas que reproducen perfectamente la disposicion de la erupcion.

La *sifilide papulo-vesiculosa en grupos* ha sido descrita por los autores con el nombre de eczema sifilítico, aunque no constituye un eczema en el sentido que tiene esta palabra.

Ocupando habitualmente la parte superior é interna de los muslos ó tambien muchas otras regiones á la vez, está caracterizada por grupos de pápulas cuyo vértice está levantado por

una serosidad que despues se convierte en pequeñas escamas grises. Estos grupos eruptivos están rodeados de una aureola cobriza, no van acompañados de prurito, duran ordinariamente muchos meses y dejan pequeñas cicatrices superficiales.

(c) SIFÍLIDES CIRCUNSCRITAS ULCEROSAS.

La sifilide circunscrita ulcerosa está caracterizada por úlceras precedidas de una lesion elemental variable, que puede ser una ampolla, una pústula, un tubérculo ó una goma, y que dejan al desaparecer una cicatriz indeleble.

Describiremos tres variedades de sifilides circunscritas ulcerosas.

Sifilide pústulo-ulcerosa.

Esta sifilide se observa principalmente en la cara y en el cuerpo cabelludo, aunque tambien puede ocupar el tronco y los miembros; tiene por elementos primitivos pústulas de impétigo agrupadas y pústulas de ectima rodeadas por una aureola cobriza ó de ampollas de rupia profunda.

Haya empezado ó no la afeccion por una ú otra de estas lesiones elementales, el pus de las pústulas ó de las ampollas se concreta en costras gruesas, húmedas y verdosas que mas tarde son morenas, secas y como barnizadas; estas costras crecen por el aumento de la ulceracion, la cual segrega mucha mas cantidad de pus, y por tanto da origen á nuevas costras por la produccion de una ampolla circular alrededor de la costra cuando se trata de una pústula-ampolla de rupia.

Las costras están abombadas y salientes, ó estratificadas como la concha de las ostras, y crecen, por otra parte, no solamente en diámetro, sino tambien en altura; descansan en un fondo ulcerado, y si se las comprime se hace salir un líquido sanioso y purulento hácia la periferia ó por las fisuras que presentan. Despues de su caída podemos comprobar la existencia de ulceraciones profundas de fondo grisáceo que segregan un pus sanioso, y están cortadas como con un saca-bocados. Llegado cierto momento, el aspecto grisáceo es reemplazado por un color rosado, el fondo se cubre de mamelones carnosos y la cicatrizacion se verifica bien pronto; rojas y violadas al principio, las cicatrices se hacen blancas rápidamente del centro á la circunferencia, despues su color es blanco uniforme y se deprimen.

M. Bazin admite tres variedades de sífilide pústulo-ulcerosa: la sífilide pústulo-ulcerosa diseminada, la sífilide pústulo-ulcerosa agrupada y la sífilide pústulo-ulcerosa serpigínea.

La duración de esta sífilide es larga por lo regular, persistiendo á menudo muchos meses; se cura casi siempre, y está sujeta á recidivas.

Diagnóstico.—El impétigo escrofuloso, cuyas costras, de un color amarillo dorado ocupan una gran extensión del cuero cabelludo y descansan en una superficie roja apenas exulcerada, no deja cicatriz ninguna. El impétigo, por tanto, no puede ser confundido con la sífilide pústulo-crustácea ulcerosa.

El ectima y la rupia escrofulosos se distinguen de esta sífilide por tener ambos costras menos oscuras rodeadas de una aureola rojo azulada y no cobriza, debajo de las cuales existen ulceraciones fungosas de bordes flotantes seguidas de cicatrices prominentes parecidas al queoide.

Sífilide tubérculo-ulcerosa.

Esta forma comprende dos variedades: 1.^a la sífilide tubérculo-ulcerosa fagedénica, que destruye en profundidad y anchura; 2.^a la sífilide tubérculo-ulcerosa serpigínea, que destruye sobre todo en superficie.

La *sífilide tubérculo-ulcerosa fagedénica*, *lupus sífilítico*, está caracterizada por tubérculos rojos y duros reunidos entre sí formando un círculo que descansa sobre una superficie roja, tubérculos que se ulceran rápidamente y se cubren de una costra amarillo-verdosa, ó negruzca si el pus está mezclado con sangre; estas costras, gruesas en general, ora son prominentes, ora se hallan al mismo nivel de los tegumentos á causa de la profundidad de la úlcera.

Cuando se han caído las costras observamos la existencia de ulceraciones profundas de fondo grisáceo y de bordes rojo-oscuros cortados á pico. Estas ulceraciones, en su forma perforante, pueden destruir rápidamente las alas de la nariz, el velo del paladar, una parte de los labios, de los carrillos, etc.

Alrededor de estas ulceraciones nacen nuevos tubérculos que, siguiendo la misma evolución, se ulceran y aumentan de este modo la pérdida de sustancia ya existente.

En cierta época, y bajo la influencia de un tratamiento apropiado, la úlcera se deteje, se cubre de mamelones carnosos y se

cicatriz en fin; entonces, solo se observa como estigma de su existencia una cicatriz deprimida, blanca en el centro al principio y cobriza alrededor, y muy pronto blanca en toda su estension, ofreciendo bridas inodulares algunas veces.

La *sifilide tubérculo-ulcerosa serpiginosa* ocupa ordinariamente la cara externa de los miembros, las articulaciones, el dorso, los hombros, etc.; empieza, ora por tubérculos, ora algunas veces por pústulas ó gomas, estando caracterizada en su período de estado por úlceras profundas de fondo grisáceo y de bordes cortados á pico, úlceras que se cicatrizan en parte, al mismo tiempo que en la periferia donde la cicatrizacion no se verifica, nacen nuevos elementos tuberculosos que se ulceran aumentando sus dimensiones; estas úlceras se estienden así incesantemente por el hecho de esta evolucion especial y pueden destruir toda una region.

Las cicatrices que suceden á estas ulceraciones son desiguales, deprimidas en ciertos puntos y recorridas por bridas inodulares que, rojas al principio, se decoloran bien pronto del centro á la circunferencia, presentando un color blanco mate despues de muchos meses.

Algunas veces, dice M. Bazin, la sifilide tubérculo-serpiginosa solo ulcera la piel muy superficialmente, dejando cicatrices poco visibles.

La duracion de esta sifilide es siempre muy larga y varía de algunos meses á muchos años.

Diagnóstico.—El chancro fagedénico serpiginoso tiene generalmente por punto de partida un bubon ulcerado de la ingle ó una ulceracion de las partes genitales, produce un pus inoculable, nunca presenta elementos tubérculos, etc., y por estos caracteres se diferencia de la sifilide tubérculo-ulcerosa.

La escrofúlida maligna crustácea ulcerosa se distingue de la sifilide tubérculo-ulcerosa por la coloracion ocrácea de sus tubérculos, por el color menos oscuro de las costras, por el estado fungoso de la superficie ulcerada, por el desprendimiento de los bordes, por las bridas que loideas de las cicatrices que dejan, etc. Si la afeccion ulcerosa ocupa la nariz y las fosas nasales, M. Bazin aconseja averiguar el estado del tabique: si está perforado, puede creerse entonces con fundamento en la naturaleza sifilítica de la afeccion, pues que el lupus sifilítico tiene una tendencia marcada á empezar por la mucosa para estenderse consecutivamente á la piel, mientras que el lupus escrofuloso, empezando por los tegumentos muy á menudo, solo se estiende despues á la

mucosa. En los casos dudosos, el tratamiento anti-sifilítico será una piedra de toque excelente.

La úlcera cancroidea presenta los bordes dirigidos hácia afuera formando un rodete indurado, es única, tiene un fondo desigual sembrado de elevaciones y anfractuosidades, va acompañada de infartos de los ganglios linfáticos y tiene una marcha muy lenta.

Sifilide gomosa (hidrosadenitis sifilítica).

Esta sifilide está caracterizada por la existencia de pequeños tumores subcutáneos de un volúmen variable entre el de una nuez y un huevo pequeño, diseminados ó agrupados, blandos ó consistentes, y cuyos tumores se hacen adherentes á la piel, la perforan y producen ulceraciones especiales.

Las gomas se desarrollan sorda y lentamente, se presentan bajo la forma de pequeñas elevaciones globulosas indolentes, del volúmen de una nuececita ó de una nuez, duras al principio, elásticas y movibles bajo el dedo, pero que se reblandecen bien pronto; entonces pierden su movilidad y se adhieren á la piel, la cual se inflama, se enrojece, despues se hace violácea, se adelgaza y perfora, dando salida á un líquido sanioso y fétido semejante á la cola ó á una disolucion gomosa.

Despues de esta evacuacion se ve una úlcera redonda cortada como por un saca-bocados, rodeada de una aureola violácea mas estrecha que el fondo y cubierta por una materia espesa amarillenta.

Si las gomas están agrupadas en una misma region, las aberturas de cada una pueden reunirse y dar lugar á una ulceracion irregular de circunferencia sinuosa, formada por la reunion de cierto número de arcos de círculo, y de segmentos circulares. El fondo de la úlcera, como lo ha hecho notar M. Bazin, no está formado siempre por un plano único, sino por muchos á distintas alturas, porque las gomas no se hallaban todas á la misma profundidad. En fin, se observa en la superficie de la úlcera una capa de putrilago blanquecino y como gangrenoso.

Las gomas están diseminadas; en fin, la ulceracion que sucede á su abertura puede seguir una marcha serpigínosa.

Anatomía patológica de la goma.—M. Robin considera formadas á las gomas sifilíticas por un 80 por 100 de citoblastos, es decir, por pequeños elementos compuestos de células ó de núcleos libres inatacables por el ácido acético; estos últimos miden

de cinco á seis milésimas de milímetro próximamente. Estos elementos no son otra cosa, para Cornil y Ranvier, que células embrionarias detenidas en su desarrollo cuando son muy numerosas y comprimidas, ó estas mismas células en via de atrofia.

Virchow considera las gomas como tumores de granulación, es decir, formados por un tejido de granulaciones, palabra sinónima de mamelon carnoso ó de tejido inflamatorio.

Segun Lancereau, la goma está constituida por la proliferacion del elemento conjuntivo; pero llegando difícilmente este elemento á un completo desarrollo, sufre casi siempre la degeneracion grasosa y se mortifica; de aquí el reblandecimiento central de estos tumores, trabajo que se ha confundido sin razon con un proceso inflamatorio. (Lancereau. *Traité de la Syphilis*.)

M. Bazin cree está constituida la goma por una inflamacion específica de las glándulas sudoríparas, que es una *hidrosadenitis sifilitica*.

Como quiera que sea, si raspando se separan pequeños pedacitos del tejido gomoso y se les examina al microscopio, se observa, segun Cornil y Ranvier: células embrionarias redondas de 10 á 15 milésimas de milímetro, cuyo núcleo aparece bajo la influencia del agua y del ácido acético; células fusiformes ó de contorno irregular; células mas pequeñas, atróficas, de cinco á seis milésimas de milímetro, llenas casi completamente por su núcleo y situadas unas al lado de otras en una sustancia fundamental granulosa.

Como se ve, los elementos obtenidos raspando el tumor no podrian servirnos para definir la goma sino se añadiesen á estos los caracteres que nos proporciona su tejido y su desarrollo.

Cuando se examina al microscopio una delgada lámina de la goma en via de evolucion, se ven una série de nódulos que poseen cada uno un centro de formacion, una individualidad propia.

Estos nódulos, mas ó menos perceptibles por su forma y por su límite, se reconocen por la pequeñez de los elementos celulares que cada uno de estos contiene en su centro y tambien porque estos elementos se convierten en un detritus molecular; mientras que los de la periferia son voluminosos, redondeados, fusiformes y se confunden con el tejido embrionario vecino.

Los vasos sanguíneos llegan á la periferia y pueden ramificarse allí, son permeables y contienen sangre aun cuando el centro de los nódulos sufra la degeneracion atrófica.

El desarrollo de las gomas presenta dos períodos: la *primera*

fase consiste en la proliferacion del tejido conjuntivo ó de otro análogo, por ejemplo, el de la sustancia medular de los huesos; en la *segunda fase*, las células se multiplican, disminuyen de volúmen, se comprimen mutuamente, y de este modo se producen en ciertos puntos pequeños nódulos ó islotes irregulares, en los que las células centrales se encuentran atrofiadas y granulosas, mientras que las periféricas tienen mas volúmen y presentan los caractéres de las células embrionarias.

Diagnóstico.—Cuando muchas gomas reunidas se han ulcerado formando una sola úlcera, puede dudarse entre una úlcera sifilítica y la que produce la escrofúlida profunda; pero cremos que los caractéres asignados mas arriba á la úlcera sifilítica permitirán siempre á un médico ejercitado establecer el diagnóstico.

La hidrosadenitis escrofulosa ó escrófula celular (*lamparon* (1) celular) podria tambien confundirse con la goma; pero dice M. Bazin: en la hidrosadenitis escrofulosa, los pequeños tumores tienen un período de induracion mas corto, forman una elevacion menos distinta sobre la piel, y ofrecen una consistencia menor que la de los pequeños tumores de la hidrosadenitis sifilítica; la supuracion se verifica casi simultáneamente en toda su extension, y entonces forman sobre la piel una elevacion cónica. Cuando se han abierto, la piel se encuentra adelgazada, desprendida completamente en toda la extension del absceso, el pus es semejante al suero, mas ó menos turbio, amarillo ó rosáceo, con fragmentos caseosos ó fibrinosos de un color repugnante. Despues de haber salido el pus, la base del tumor se cubre de un círculo eritematoso rosado ó violáceo.

En la hidrosadenitis sifilítica, la supuracion comienza por el centro del tumor, mientras que la base queda indurada todavía; no se encuentra la elevacion cónica de la piel; la induracion de la base persiste aun despues de haber salido el pus; este es sanioso, mas ó menos fétido y parecido á la cola ó á una disolucion de goma; despues de evacuado el pus, la base del tumor se cubre de un círculo rojo oscuro ó cobrizo; añadamos todavía, como último carácter diferencial, la marcha distinta que estas dos afecciones siguen bajo la influencia de tratamientos apropiados.

(1) Traducimos la palabra francesa *ecroulle* por *lamparon* teniendo en cuenta lo conocida que es entre nosotros esta última, y tambien porque representa los infartos ganglionares que los escrofulosos padecen en el cuello.—(N. del T.)

La afeccion sifilítica llega mucho mas pronto á una perfecta cicatriz que la afeccion escrofulosa.

(b) DE LAS SIFÍLIDES MALIGNAS PRECOCES.

Estas sifilides han sido bien estudiadas por M. Bazin y por M. Dubuc, cuyos trabajos, enriquecidos por lo demas, bajo la inspiracion de las doctrinas de M. Bazin y con la ayuda de los materiales recogidos en su clínica, se encuentran reproducidos en las *Leçons sur la siphilis* por M. Bazin.

Hemos tomado lo que sigue de nuestro distinguido colega y amigo.

Las sifilides malignas precoces participan á la vez, por sus caracteres, de las sifilides exantemáticas y de las circunscritas ulcerosas.

Se aproximan á las sifilides exantemáticas por su aparicion precoz, acompañando de cerca el momento del contagio, por su generalizacion y por los infartos del sistema linfático; pero se alejan por su tendencia ulcerativa que las aproxima á las sifilides ulcerosas.

Como estas últimas, por lo demas, solo ceden al empleo combinado del mercurio y del ioduro de potasio.

A excepcion de la pituitaria, que puede hacerse asiento de ulceraciones, las mucosas solo presentan alteraciones benignas que consisten en una simple rubicundez.

Las sifilides malignas precoces van precedidas y acompañadas de síntomas generales á menudo muy intensos; los enfermos tienen una fiebre continúa con exacerbacion por la tarde y agravacion de la cefálea, se demacran, palidecen, temen no curarse jamás, y presentan muchas veces fenómenos nerviosos, tales como abotagamiento, ataques epileptiformes, etc., que quizá son debidos al desarrollo precoz de exostosis intracranianas é intra-raquidianas.

La duracion de estas sifilides es siempre muy larga, variando de algunos meses á uno ó muchos años.

Aunque puede obtenerse la curacion, sobreviene á veces un estado de caquexia extrema, y los enfermos acaban por sucumbir.

MM. Bazin y Dubuc han admitido tres formas de sifilides malignas precoces: la forma puro-vesiculosa, la tubérculo-ulcerosa y la tubérculo-ulcerante gangrenosa.

1.º *Sifilide puro-vesiculosa.*

Esta sifilide corresponde á cuatro afecciones de la nomenclatura de Willan: el pénfigo neo-natorum, la rupia, el ectima profundo, el impétigo confluyente, y algunas veces el acné.

El pénfigo neo-natorum, ora es caquético, ora sifilítico.

Si la afeccion es de naturaleza sifilítica, las ampollas, muy voluminosas, están llenas de un líquido sero-purulento ó completamente purulento que se concreta en costras gruesas, rugosas y de un moreno verdoso; están rodeadas de una aureola cobriza, y se encuentran principalmente, aunque no de un modo exclusivo, en la palma de las manos y en la planta de los piés.

Cuando las ampollas se han abierto, se observan pequeñas heridas supurantes constituidas por el dermis rojo é intacto ó ligeramente escoriado.

El niño afectado de pénfigo sifilítico está demacrado, presenta una piel deslustrada, sembrada de pliegues y arrugas, tiene la voz ronca y apagada, y muere casi siempre.

En el adulto, la sifilide puro-vesiculosa va precedida de fenómenos generales, tales como cefalalgia, dolores articulares que se exasperan por el calor de la cama, debilidad general, fiebre continúa ó intermitente, etc.; en su período de estado, tiene por caracteres botones ulcerados cubiertos de costras moreno-verdosas poco elevadas, ó, por el contrario, gruesas, prominentes, rugosas, formadas de capas superpuestas y comparables á las conchas de las ostras.

Cuando las costras están poco elevadas, son consecutivas á pústulas de impétigo confluyente; cuando, por el contrario, son prominentes, proceden de pústulas de ectima profundo ó de ampollas de rupia.

Si se comprimen las costras, se hace salir entre sus bordes y los de la ulceracion un pus amarillento muy coagulable; las costras se caen y reproducen muchas veces antes que la úlcera se haya cicatrizado completamente. En lugar de cicatrizar las úlceras, algunas veces se estienden y revisten la forma serpigínosa.

Las cicatrices, rojo-oscuras al principio, se hacen blancas en seguida del centro á la circunferencia, y despues se hacen completamente blancas, deprimidas, y algunas veces están sembradas de bridas inodulares.

Diagnóstico. — La precocidad en la aparicion de la sifilide puro-vesiculosa, su diseminacion por diversas regiones, la inten-

sidad de los síntomas generales que la preceden y acompañan, los infartos del sistema linfático, etc., la distinguirán de la sífilide pústulo ó tubérculo-ulcerosa circunscrita.

La rupia escrofulosa generalizada puede hacernos creer en una sífilide puro-vesiculosa; pero en la rupia escrofulosa las costras están rodeadas de una aureola rojo azulada; son prominentes, ofrecen un color moreno amarillento, y dejan en su lugar úlceras cubiertas de granulaciones y fungosidades; mientras que en la sífilide puro-vesiculosa las costras están rodeadas de una aureola cobriza, tienen un color negruzco, un aspecto barnizado, y dejan al caerse úlceras cortadas á pico.

2.º *Sífilide tubérculo-ulcerosa.*

Esta forma es muy rara: M. Dubuc solo la ha observado dos veces. Está caracterizada por tubérculos que aparecen de pronto ó sucesivamente sobre diversos puntos de la superficie cutánea y cuyo volúmen no excede al de una cabeza de alfiler, pero que alcanza rápidamente el de una lenteja, una grosella roja ó una cezeza. Estos tubérculos son cónicos ó hemisféricos, lisos y brillantes ó cubiertos de escamas blanquecinas; ofrecen un color rojo oscuro ó rojo cobrizo, etc.; apenas han llegado á su período de estado, se ulceran en su vértice, se cubren ó no de una costra, se hacen dolorosos y van acompañados de infartos de los ganglios y vasos linfáticos. Entonces se observan ulceraciones profundas, como cortadas á pico, de fondo grisáceo y cubierto de un pus sanioso amarillo-verdoso, y de bordes indurados rojo oscuros ó violados, ulceraciones que pueden destruir todo el espesor de la piel y tomar algunas veces tambien la marcha serpiginosa.

Las costras que cubren estas úlceras son verdosas, morenas ó negruzcas cuando están mezcladas con sangre, poco gruesas, y no exceden casi del nivel de los tegumentos por la profundidad de la úlcera.

Cuando las heridas se han cicatrizado completamente, queda alrededor de ellas una zona indurada cubierta durante largo tiempo de escamas blanquecinas y foliáceas que pudieran hacernos creer en una psoriasis.

Las cicatrices que suceden á esta sífilide conservan largo tiempo su coloración rojo oscura; tambien están algunas veces cargadas de pigmentum (cicatrices de los miembros inferiores); como todas las cicatrices sífilíticas, blanquean del centro á la circunferencia.

3.º *Sifilide tubérculo-ulcerante gangrenosa.*

Esta sifilide está caracterizada por una erupcion papulo-tuberculosa generalizada, cuyos elementos, duros, elevados y cobrizos, se ven invadidos muy pronto de gangrena y se cubren de escaras negruzcas, á las que suceden ulceraciones profundas, y finalmente, cicatrices violadas al principio y blancas despues.

La erupcion va precedida ordinariamente de síntomas generales semejantes á los que hemos descrito en la forma puro-vesiculosa; despues se presentan simultáneamente en toda la superficie del cuerpo ó sucesivamente en el rostro, la cara posterior del tronco, la parte superior de los brazos y de los muslos, botones rojo-cobrizos del volúmen de una lenteja ó de una nuez pequeña, que ora son duros, elevados y cónicos, ora son aplastados, ligeramente deprimidos en el centro y poco prominentes.

Los tubérculos entonces se gangrenan en su centro, el cual se convierte en una escara negra y seca, cuya anchura aumenta rápidamente, escara circunscrita por un rodete duro y elevado, cobrizo, de 2 á 3 milímetros de estension, y á espensas del cual se produce el trabajo de mortificacion.

Llegado cierto momento, se produce un surco entre la escara y el rodete de la circunferencia; la parte mortificada se elimina y deja en su lugar una úlcera redonda, agrisada, como cortada á pico, y rodeada por un círculo de induracion que produce al tacto la misma sensacion que el chancro indurado.

Esta ulceracion se cicatriza bajo la influencia de un tratamiento conveniente; pero, aun cuando se haya cerrado completamente, la cicatrizacion definitiva no se ha verificado aun; entonces, en efecto, blancas ya y violadas las costras, se reproducen sin cesar aun cuando la superficie sobre que descansan apenas se encuentre exulcerada.

Después de un intervalo de tiempo variable de muchas semanas á muchos meses, dejan de producirse las costras, y entonces se observan cicatrices deprimidas, violadas, rodeadas de una zona cobriza y que corresponden al rodete indurado ya reblandecido.

La sifilide tubérculo-ulcerante gangrenosa presenta ordinariamente muchas erupciones sucesivas, y si el enfermo ha sido sometido á un tratamiento apropiado, en lugar de gangrenarse los tubérculos nuevos, como sucedió á los que les precedieron, abortan, y rodeado cada uno por un cordoncillo epidérmico, se cubre de una abundante produccion escamosa bajo la cual existe

una superficie roja apenas exulcerada, y que despues de su cicatrizacion es reemplazada por una señal cobriza ó una cicatriz superficial indeleble.

Los botones de cada nueva erupcion se desarrollan con preferencia hácia el límite de las primeras, haciéndose, por decirlo así, satélites de estas.

Los enfermos presentan, por lo comun, durante el curso de esta erupcion, una fiebre continúa con exacerbaciones vespertinas, inapetencia, y demacracion é insomnio, causados por el vivo sufrimiento que producen los botones gangrenosos ó por los dolores osteocopos, etc.

Puede obtenerse la curacion bajo la influencia de un tratamiento conveniente; sin embargo, siempre es lento y dificil, pudiendo ir seguida de recidivas gravísimas; en fin, puede sobrevenir la muerte por una complicacion, tal como la erisipela, una pneumonia, un estado caquético y por complicaciones viscerales sifilíticas.

Diagnóstico. — Las sifilides tubérculo-ulcerosa precoz y tubérculo-ulcerante gangrenosa no pueden distinguirse una de otra en el período de los tubérculos, por ser estos idénticos en las dos afecciones; pero cuando se han formado ya las úlceras, pueden distinguirse: la primera, por estar cubiertas sus úlceras de una costra prominente; y la segunda, por hallarse cubiertas las suyas de verdaderas escaras.

En la sifilide papulo-tuberculosa exantemática, las placas tuberculosas sifilíticas no pueden confundirse mucho tiempo con la sifilide tubérculo-ulcerante. Esta afeccion presenta, en efecto, poco despues de su aparicion, úlceras ó escaras negras al nivel de los botones tuberculosos.

Las sifilides tubérculo-ulcerosa y tubérculo-ulcerante gangrenosa se distinguen de las sifilides ulcerosas circunscritas, por la aparicion de la erupcion poco tiempo despues del chancro inicial, por la generalizacion de los elementos eruptivos, por los fenómenos generales que con ellas coinciden, y por los infartos de los ganglios y vasos linfáticos.

En fin, se distinguirá la sifilide tubérculo-ulcerante gangrenosa de la puro-vesiculosa, fundándose en los caracteres siguientes: la sifilide puro-vesiculosa está formada por ulceraciones cubiertas de costras gruesas elevadas y superpuestas, mientras que la sifilide tubérculo-ulcerante ofrece ulceraciones circunscritas por un rodete indurado, cubiertas de costras poco prominentes y de escaras negras.

Pronóstico.—Tanto esta forma como la precedente constituyen afecciones graves y deben hacer temer complicaciones muy serias para el porvenir.

Etiología.—Las sífilides son manifestaciones de una enfermedad constitucional, la sífilis; pero ciertas condiciones favorecen su desarrollo ó la aparición de ciertas formas.

Así, según M. Bazin, las formas pustulosa, acnéica y vesiculosa son más frecuentes en la mujer que en el hombre, observándose también en los individuos de temperamento linfático; mientras que el bilioso predispone á las formas papulosa y tuberculosa, y el temperamento sanguíneo á la forma ectimática. La malignidad debe atribuirse á la predisposición interna del individuo afectado, al genio mismo de la enfermedad y quizá aparezca también, como cree M. Auzias-Turenne, cuando encuentra organismos completamente indemnes, como sucede al estallar en medio de poblaciones que hasta allí habían estado al abrigo de su alcance y cuando ataca en los países cuya temperatura es muy elevada. Pueden provocar la aparición de las sífilides el calor, el frío, los excesos alcohólicos, los de la mesa, las causas morales y las grandes fatigas.

Tratamiento.—El mercurio y el ioduro de potasio son los dos medicamentos empleados en el tratamiento curativo de la sífilis.

El mercurio, dice M. Bazin, no es un específico; impotente contra la enfermedad, solamente modifica con ventaja las primeras manifestaciones.

Debe comenzarse el tratamiento mercurial desde que se haya comprobado la induración del chancro; obrando así, podemos alejar y localizar las sífilides exantemáticas. Generalmente se prescribe una píldora de proto-ioduro de mercurio de 0,025 gramos, y pasado cierto tiempo, quince días próximamente, se hace tomar una por la mañana y otra por la tarde. Es inútil se pase de esta dosis, porque si con ella no se obtienen buenos resultados no se alcanzarán con una dosis más elevada.

El ioduro de potasio debe reservarse para el tratamiento de las sífilides circunscritas, de las ulcerosas y de las malignas.

M. Bazin aconseja se asocien el mercurio y el ioduro de potasio y emplea generalmente la fórmula que sigue de Gibert: bi-ioduro de mercurio, 0 gram. 20; ioduro de potasio, 10 gram.; jarabe de saponaria, 500 gram.

El enfermo toma al principio dos cucharadas de café de este jarabe, después cuatro y aun seis.

M. Diday ha dado con éxito el ioduro de potasio á los enfer-

mos, afectados de los fenómenos que preceden á las sífilides exantemáticas (0 gram. 50 á un gramo al dia). Pero este medicamento no tiene ninguna accion contra las sífilides resolutivas, y si algunos médicos han creido en sus buenos efectos, es sin duda porque ignoraban la tendencia que las sífilides exantemáticas presentan á desaparecer espontáneamente.

M. Bazin prescribe generalmente á los niños una ó dos cucharadas al dia del jarabe siguiente : bi-ioduro hidrargírico, 0 gr. 05; ioduro de potasio, 5 gr.; jarabe simple, 400 gr.

Tambien pueden emplearse las fricciones de unguento napolitano en los niños de poco tiempo y en los sugetos que no pueden tolerar el mercurio al interior; pero ofrecen el gran inconveniente de producir accidentes graves por parte de la boca (estomatitis mercurial) y en los niños de poca edad debe preferirse el jarabe de bi-ioduro iodurado, así como en los adultos, cuyo estómago presenta intolerancia, es preciso hacer penetrar el mercurio en la economía por medio de inyecciones hipodérmicas.

El Dr. Scarenzio, en Italia, ha intentado introducir el mercurio en la sangre con inyecciones sub-cutáneas de un líquido compuesto de 0 gr. 20 de calomelanos y 1 gr. 50 de glicerina. A estas inyecciones han seguido generalmente pequeños abscesos subcutáneos.

El Dr. Oscar van Mons ha comunicado últimamente á la sociedad médica de Bruselas el resultado de las inyecciones que él ha practicado. La dosis de calomelanos inyectada ha sido de 10 á 25 centigramos. La operacion ha sido seguida de la formacion de un absceso que ha alcanzado algunas veces el volumen de un huevo. El médico belga pretende que *una sola inyeccion basta para la curacion*, pero que algunas veces se ve obligado á practicar una segunda operacion.

Lewin, de Berlin, sustituyó á la inyeccion de calomelanos, preparacion insoluble, inyecciones de sal soluble de sublimado, y trató por este método en el hospital de la Caridad de Berlin 500 enfermos.

Creemos se deben aceptar con reserva los hechos de curacion de sífilides despues de una sola, dos ó tres inyecciones.

Nuestro compañero y amigo el Dr. Libermann, médico en el hospital militar de Gros-Caillou, ha tenido á bien comunicarnos los resultados de un importante trabajo que va á publicar acerca de las inyecciones hipodérmicas en la sífilis.

El Dr. Libermann ha experimentado el nuevo tratamiento en

treinta y tres enfermos, y ha llegado á las conclusiones siguientes:

En las sifilides ligeras ó de mediana gravedad, las inyecciones hipodérmicas de mercurio son completamente inútiles; deben tambien ser proscritas por el dolor que ocasionan y los abscesos que pueden producir.

No encuentran entonces un empleo racional mas que en los casos en que el mercurio no puede ser tolerado al interior de ninguna manera y cuando no se quiere prescribir un tratamiento por fricciones por temor á la salivacion.

Son útiles en las sifilides antiguas cuando el enfermo ha pasado por una série de tratamientos; cuando la cantidad dada al interior no produce mas efectos; y cuando existen afecciones sifilíticas viscerales, gomas del pulmon, lesiones del hígado, etc., ó sifilides graves. Entoncez se debe emplear simultáneamente con las inyecciones el ioduro de potasio.

En resúmen, el método hipodérmico no está llamado á reemplazar mas que excepcionalmente y en casos determinados á los medios ordinarios de tratamiento de la sífilis.

El Dr. Libermann emplea en estas inyecciones el sublimado y el bi-ioduro de mercurio.

Hace uso del sublimado en los casos de sífilis de mediana intensidad y reciente, empezando por la dosis que sigue: sublimado, 0 gr. 010; agua, 20 gotas, dosis que aumenta todos los dias en un milígramo hasta que haya llegado á inyectar 0 gr. 025, y vuelve progresivamente á la dosis de 0 gr. 01, disminuyendo cada dia un milígramo.

Para el tratamiento de las sifilides antiguas y de la sífilis visceral, se sirve del bi-ioduro de mercurio bajo esta forma: bi-ioduro de mercurio, 0 gr. 010; agua, 20 gotas; ioduro de potasio, 0 gr. 001. Aumenta cada dia la dosis de 0 gr. 001 hasta que llega á la de 0 gram., 03 de bi-ioduro.

El término medio de inyecciones necesarias para la curacion ha sido de 35. En los casos de sífilis visceral, el Dr. Libermann ha practicado hasta 70 inyecciones. Por muy elevada que haya sido la cifra total de estas inyecciones, solo ha notado dos flemones de la piel, que se han limitado muy bien y no han dado lugar á ningun accidente.

Despues de cada picadura, se forma bajo la piel una pequeña nudosidad, producida por la induracion del tejido celular, induracion que se disipa despues de un tiempo variable. El dolor producido por el pinchazo dura por término medio dos ó tres horas.

La adición de uno ó dos miligramos de morfina no disminuye el dolor de una manera sensible. El sitio de elección de las picaduras es el dorso y las paredes laterales del pecho. La piel de estas regiones es menos sensible y prueba la experiencia que los flemones de la piel, á consecuencia de las inyecciones hipodérmicas, se producen en estas regiones con menos frecuencia que en cualquier otra.

De 73 casos, M. Libermann ha notado la salivación en cuatro; hasta el presente no ha habido recidiva mas que en un caso, pero el tiempo trascurrido desde la cesación del tratamiento no ha sido bastante largo para que podamos anunciar resultados serios y ciertos.

Afecciones sintomáticas de la lepra ó leproides.

La lepra es una enfermedad constitucional, no contagiosa, hereditaria, que se manifiesta en todos los sistemas orgánicos por afecciones especiales (tuberculosas), y en la piel por variaciones en su color y alteraciones en su sensibilidad (Bazin).

La lepra presenta cuatro períodos: el primero está caracterizado por señales ó manchas especiales al nivel de las que la piel se halla insensible generalmente, por ampollas de pénfigo, por un retardo en el desarrollo ó una atrofia en los órganos genitales y por alteración de los pelos; el segundo por tubérculos de la piel ó del tejido celular subcutáneo; el tercero por la presentación de úlceras y de desórdenes del sistema óseo; el cuarto por lesiones viscerales y caquexia.

Aquí debemos estudiar principalmente las afecciones cutáneas ó leproides; ahora bien, las leproides son *comunes*, es decir, que consisten en afecciones sintomáticas, no solamente de la lepra, sino también de otras enfermedades, ó *propias especiales*, es decir, que solo se manifiestan bajo la influencia de la lepra.

Las leproides comunes se dividen en tres grupos; las leproides furfuráceas, las impetiginosas ó vesiculo-pustulosas y las penfigoides.

Las leproides especiales se dividen también en tres grupos; las maculosas, las tuberculosas y las ulcerosas.

Debiéramos estudiar sucesivamente las leproides comunes y las especiales, pero preferimos en interés del lector estudiar sucesivamente las leproides en su orden de aparición.

Sintomatología, primer período.—La lepra se traduce desde el principio por manchas que ofrecen un color rojo carmesí ó

amarillento, leonado ó cobrizo, que no desaparecen bajo la presión del dedo, redondeadas ó irregulares, prominentes ó no, é insensibles á la presión y á los pinchazos. Esta anestesia cutánea es, segun el parecer de M. Bazin, un síntoma propio de la lepra, y no tiene con las manchas una relación constante y necesaria. Algunas veces, en efecto, existe sola, sin que la piel presente señal alguna, ó es muy pronunciada al nivel de las manchas apenas visibles, y recíprocamente. Las manchas y la anestesia son pues, dos fenómenos perfectamente distintos.

Las manchas desaparecen y reaparecen ordinariamente cierto número de veces antes de hacerse fijas y permanentes. Solamente entonces no las hace desaparecer la presión; algunas veces son asiento de una ligera descamación, y á su nivel, casi está abolida la secreción del sudor.

Estas manchas leonadas insensibles constituyen un síntoma propio de la lepra, y solo pertenecen á esta enfermedad (*leproides especiales*).

Algunas veces se observa en la superficie de estas manchas y en otros puntos del cuerpo, hiperestesia; pero este síntoma dura muy poco y es reemplazado bien pronto por la anestesia.

Al mismo tiempo que la leproide maculosa, se observa la furfurácea ó escamosa, la cual ocupa ordinariamente las extremidades superiores é inferiores; es análoga á la ictiosis y está caracterizada por pequeñas escamas continuas, duras, de un color moreno ó blanquecino y adherentes á la piel, que no ha sufrido, por lo demás, ninguna otra alteración.

La leproide furfurácea va acompañada ordinariamente de lesiones en las uñas: estos apéndices están decolorados, rudos y escamosos, pierden poco á poco su cohesión, sus láminas se separan, presentan fisuras, y acaban por caerse, ó, por el contrario, se hacen mas gruesas y elevadas, presentando la rudeza, el estado escamoso y agrieteado que acabamos de señalar.

En fin, puede comprobarse en este mismo período la existencia de ampollas de *pénfigo leproso* (leproide comun). Esta lesión puede ocupar todos los puntos de la superficie del cuerpo; pero especialmente la palma de las manos, las plantas de los piés y las partes inmediatas á las articulaciones. El número de las ampollas es poco considerable; muchas veces no existe mas que una sola en la región palmar ó en la plantar y dos ó tres alrededor de una articulación. Aparecen bruscamente sin que las precedan fenómenos generales; contienen un líquido viscoso y amarillo verdoso, alcanzan muchas veces al volúmen de un huevo de

polla, duran muy poco tiempo, y dejan al romperse una superficie roja y ulcerada, cuya superficie segrega un líquido viscoso que se concreta y forma costras morenas, á las cuales sigue una cicatriz blanca, deprimida y mas ó menos insensible.

Aparte de estas lesiones cutáneas, existen, en el adulto, una atrofia de los órganos genitales, y en el niño, un retraso en el desarrollo de los mismos, el cambio de color y la caída de los pelos.

Segundo periodo. — Ora la piel se encuentra dura, seca y córnea (forma atrófica), ora se cubre de eminencias tuberculosas cutáneas ó subcutáneas, ó bien sufre una degeneracion especial (*esclerodermia leprosa*).

Los *tubérculos dermoides* ocupan especialmente la cara y los miembros: ora son superficiales, pareciendo estar formados por una hipertrofia papilar y semejante á las pápulas del líquen; ora se encuentran en el espesor de la piel. Algunas veces están aislados; otras, por el contrario, se hallan agrupados formando anchas placas rojizas y mamelonadas.

Estos tubérculos, duros, resistentes y elásticos unas veces, planos, deprimidos, prominentes, hemisféricos y con el color normal de la piel otras, rojizos, violados ó tambien morenos, lisos ó con un aspecto de chagrin algunas veces, presentan por carácter especial ser insensibles hasta el punto de poder atravesarles con un alfiler y aun destruirles sin que el enfermo manifeste ningun dolor.

Estos tubérculos pueden desarrollarse sobre las manchas que mas arriba hemos indicado ó en superficies completamente sanas. Llegados á su máximum de desarrollo, retrogradan y desaparecen, dejando una cicatriz característica, ó se yenden y entreabren, dando salida á una masa semilíquida; poco despues se presenta una ulceracion redondeada ó irregular, de fondo pálido y rojo, de bordes cortados á picos, pero no indurados, y que segrega un líquido sanioso y fétido que se concreta en costras negruzcas y agrietadas.

Los tubérculos cutáneos van acompañados de tubérculos subcutáneos irregulares, muy voluminosos, de consistencia muy resistente, pero que pasado cierto tiempo se reblandecen y ulceran como los tubérculos cutáneos. Se desarrollan principalmente en la cara, en los antebrazos, en el borde interno del dedo pequeño y en el lóbulo de la oreja (*osteotoma elefantiasico*).

Cuando los tubérculos ocupan la cara, esta presenta un aspecto extravagante y característico, que M. Bazin ha descrito en estos términos: «Los tegumentos forman una capa gruesa y pro-

minente, sobre la cual se destacan confusamente nudosidades profundas y tubérculos de un color moreno ó violado; están escavados por arrugas y anchos surcos; las regiones superciliares, desprovistas de pelos, se hallan enormemente tumefactas, proyectándose por delante de los globos oculares mas ó menos alterados tambien; la nariz está aplastada, ensanchada, reducida á veces á un muñon informe; los labios se ven engrosados y cargados de tubérculos; los pómulos prominentes, mamelonados, rojizos, y las orejas monstruosas. Si el enfermo abre la boca, su mucosa aparece sembrada de granulaciones ó de manchas equimóticas. Además se nota la ausencia de las pestañas y de la cabellera, el aspecto aceitoso de la piel, la fetidez del aliento y una expresion de sufrimiento é indiferencia. Con ánimo, sin duda, de representar estas horribles metamorfosis, es por lo que los antiguos emplearon las denominaciones de satiriasis, leontiasis, etc., sacadas de la comparacion con los sátiros fabulosos, los leones ú otros animales feroces.

En fin, algunas veces presenta la piel una degeneracion especial, se hace dura, apergaminada, blanquecina, ofrece un aspecto como cicatricial, parece haber perdido toda su actividad, sus secreciones no se verifican, y se hace completamente insensible (*esclerodermia leprosa*).

El Dr. Fabre ha observado en América una erupcion véscico-pustulosa, precedida de manchas insensibles y que ocupaba el lugar de los tubérculos.

En este período se observan, además de las alteraciones de la piel, lesiones de las mucosas ocular, bucal, faríngea y laríngea: estas mucosas se hacen asiento tambien de tubérculos y ulceraciones, viéndose sobrevenir trastornos funcionales en relacion con el sitio afecto; la vista y el olfato se hallan alterados, la respiracion es difícil y sibilante, la voz ronca ó apagada, la deglucion difícil, etc.

Tercer período.—Está caracterizado por la presencia de ulceraciones y produccion de otras nuevas; las úlceras destruyen todos los tejidos que encuentran, aun el huesoso, y entonces se ven trayectos fistulosos que terminan en los mismos huesos, cayendo en fragmentos los del pié, la mano, las falanges y aun tambien los de los miembros..... ¿No podrian los huesos estar primitivamente afectados por la lepra? Esta opinion, defendida por Schilling, no ha sido admitida por Bœck y Danielsen.

Tambien se observa en este período la atrofia de los músculos de las eminencias tenar é hipotenar y de los interóseos.

Cuarto periodo. — Está esencialmente caracterizado por la agravacion de los fenómenos ya existentes y por la aparicion de lesiones viscerales. Entonces se observan todos los fenómenos de una tisis laríngea leprosa, trastornos digestivos profundos, y, en definitiva, una diarrea colicuativa, parálisis localizadas de la cara, de la faringe, del velo del paladar, y á consecuencia de esto sobreviene la muerte por un acceso de sofocacion, un síncope ó por los solos progresos de la caquexia, conservando el enfermo intacta su inteligencia hasta el último momento.

En definitiva, la lepra se traduce por manchas amarillo-leonadas que no desaparecen á la presion, y al nivel de las cuales la piel está insensible, etc. ; por una descamacion furfurácea de los miembros y ampollas de pénfigo ; por tubérculos cutáneos ó subcutáneos, insensibles, que se ulceran; y, en fin, por lesiones viscerales y un estado caquético seguido muy pronto por la muerte.

Formas de la lepra. — M. Bazin admite tres formas: la tuberculosa ó comun, la larvada y la anestésica ó maligna.

La *forma tuberculosa* está caracterizada, al principio, por la existencia de manchas insensibles, amarillo-leonadas, y despues, por tubérculos que bien pronto se ulceran y producen pérdidas de sustancia mas ó menos grandes.

Forma larvada. — *Lepra blanca.* — M. Bazin ha tenido ocasion de observar en su clínica un caso muy curioso que no corresponde á las formas precedentes. El enfermo venia de los Estados- Unidos, donde habitó próximamente un año, en Kentucky. Se hallaban extendidas en diversas regiones de su cuerpo manchas variables en su forma y dimensiones, unas blancas, otras de color leonado. Las manchas de vitiligo, mucho mas numerosas, presentaban caractéres muy particulares; situadas algunas veces en el cuello, en el menton y en la cara, todavía tenian la consistencia normal de la piel, pero la mayor parte se habian trasformado poco á poco por los progresos del mal, en un tejido duro, de un color blanco suave, como cicatricial y muy semejante al del que-loide; además, é insiste sobre este carácter capital, la sensibilidad en la superficie de estas manchas se habia disminuido ó abolido completamente. Por otra parte, el enfermo tenia en las piernas úlceras irregulares, de bordes indurados cortados á pico, y de fondo rojo mamelonado é insensible. Los cabellos se caian, sobre todo en el cuero cabelludo, produciendo en el vértice de la cabeza una especie de tonsura oval.

La *forma maligna anestésica* está caracterizada al principio por ampollas de pénfigo, manchas y una hiperestesia que puede

adquirir muchísima intensidad y ocupar una gran extensión de la superficie cutánea, pero que no tarda en ser reemplazada por la anestesia. La insensibilidad de la piel, es, en efecto, un carácter dominante de esta forma; adquiere una intensidad tal, que el enfermo sufre las horribles mutilaciones sin experimentar dolor alguno.

Al mismo tiempo, la piel ofrece un color blanco sucio, está seca, dura, apergaminada, delgada, atrofiada. La cara, dice M. Bazin, está adelgazada y con un aspecto cadavérico; el músculo orbicular de los párpados pierde su actividad; la conjuntiva se inyecta; las pestañas se caen; la córnea se deslustra y la visión se destruye de este modo poco á poco.

La boca está torcida, asimétrica, el labio superior adelgazado se aplica al borde alveolar; el inferior, invertido hácia fuera y pendiente, deja al descubierto los dientes y una parte de las encías, de donde resulta un verdadero ptialismo con derrame continuo de saliva por las comisuras. Las alteraciones de la nariz son aquí menos frecuentes y menos pronunciadas que en la forma tuberculosa. El gusto está embotado, el oído es el que persiste por mas tiempo en su estado de integridad.

Se observa en esta forma una cortadura singular de los dedos, los cuales afectan la forma de una línea quebrada en dos sentidos opuestos y alternos, una especie de retracción lenta, cuyo resultado definitivo es producir una flexión permanente que resiste á todos los esfuerzos. El enfermo experimenta dolores y una intensa fiebre, viéndose desprender poco á poco de sus articulaciones las falanges, los dedos, las manos y los piés.

Marcha, duracion, terminacion.—La lepra presenta una marcha continua, pero ofrece, no obstante, algunos períodos de remision; tiene una larga duracion, que segun MM. Daniellsen y Bœcke, es de nueve años y medio para la forma tuberculosa, y de diez y ocho y medio para la forma anestésica. Esta enfermedad termina casi fatalmente por la muerte; sin embargo, se han observado casos de curacion.

Etiologia.—La lepra es una enfermedad hereditaria y no contagiosa. En otros tiempos quizá lo fuera, puesto que Moisés tomó precauciones para garantir á su pueblo del contagio; pero hoy no es contagiosa; podemos tocar impunemente á los leprosos y participar de su cama.

Tres leprosos observados por M. Bazin eran descendientes de un padre gotoso y una madre cancerosa; ¿habia aquí una simple coincidencia, ó existiria entre estas afecciones y la lepra un lazo

patológico desconocido hasta el día? M. Bazin se inclina de buen grado hácia esta última suposición.

Las causas determinantes de la lepra son: la humedad del aire, las corrientes de agua, el calor ó el frío excesivos, quizá también el uso del tocino, de las aves marítimas, de pescados descompuestos.....; pero todas estas causas son insuficientes si no encuentran un organismo predispuesto espontáneamente ó por trasmisión hereditaria.

La lepra ataca en todas edades, aun á los niños en el seno materno. Los hombres quizá estén mas predispuestos que las mujeres.

Diagnóstico.—La lepra presenta caracteres tan marcados, que difícilmente podría ser confundida con ninguna otra enfermedad.

La *elefantíasis de los árabes* se distingue por su localización, en los miembros inferiores principalmente, por la existencia anterior de angiopleucitis múltiples y de infartos ganglionares, por la ausencia de manchas y de la anestesia cutánea, en fin, esta afección se encuentra en todos los países y no exclusivamente en ciertas latitudes.

Las leproides comunes, es decir, las leproides escamosas, véscico-pustulosas y penfigoides, no presentan caracteres objetivos capaces de hacerlas diagnosticar. Pero la existencia de manchas amarillo-leonadas é insensibles, de tubérculos cutáneos y subcutáneos, también insensibles, solo pertenecen á la lepra, y es inútil establecer un diagnóstico diferencial entre estas manchas y tubérculos y las de la pitiriasis nigra ó versicolor, los tubérculos escrofulosos ó sifilíticos, etc.

Anatomía patológica.—Los tubérculos de la lepra están rodeados de tejido adiposo, y se descomponen en lóbulos separados por trabéculas. Cada glóbulo se compone de células redondas, irregulares y algunas veces estrelladas de 0,015 milésimas de milímetro á 0,02 de diámetro ó de otras células mayores de 0,03 á 0,04 milésimas de milímetro de diámetro, cargadas de núcleos y parecidas á las células madres de la médula de los huesos. Los vasos tienen una pared gruesa no embrionaria.

La textura de la piel á su nivel está muy alterada: las glándulas sudoríparas han desaparecido, los folículos pilosos se han destruido en parte, y los pelos, alterados y desiguales, no tardan en caer.

Pronóstico.—Es muy grave, puesto que la consecuencia casi inevitable de esta enfermedad es la muerte.

Tratamiento.—Todos los remedios preconizados hasta aquí

han sido inútiles é ineficaces. No obstante, debemos aconsejar el alejamiento del sitio donde se ha contraído la lepra, la limpieza, un régimen compuesto de carnes blancas y de aves de corral, el ejercicio, etc.

Se ha aconsejado contra el principio mismo de la lepra, el mercurio, el ioduro de potasio, el cloruro de oro, el arsénico, la hidrocotila asiática, el ácido fénico, etc., todos estos remedios son inútiles. M. Bazin ha obtenido algun alivio con el empleo de los alcalinos y con el remedio del Dr. Thorp (remedio secreto).

Afecciones cutáneas sintomáticas de enfermedades diatésicas.

Consagraré tan solo algunas líneas á las manifestaciones de la diátesis fibro-plástico, á la esclerodermia, al keloide y á las manifestaciones de la diátesis fungoide, enviando al lector para la descripción de las demás manifestaciones diatésicas, ya al tratado de las afecciones artificiales de M. Bazin, ya á las obras de cirugía donde se hallen descritos los tumores fibro-plásticos, cancerosos, epiteliales, etc.

DE LA ESCLERODERMIA.

La esclerodermia es una lesion diatésica de marcha crónica, caracterizada por una retraccion é induracion particular de la piel, que se presenta tensa, como encogida y en cierta manera momificada (M. Bazin).

La esclerodermia ocupa al principio la region cervical, y algunas veces tambien, los miembros superiores, invadiendo en seguida diversas partes de la superficie cutánea.

Despues de haber experimentado el enfermo durante cierto tiempo una sensacion de incomodidad y de tension insólitas en la parte que ha de ser asiento de la afeccion, se presenta en las superficies enfermas una induracion ó una rigidez muy comparables á la que ofrece un cadáver helado que todavía no esté frio, ó á la del cuero cabelludo; rigidez tal, que es imposible cojer y pellizcar la piel.

Se observan en diversos puntos, grietas y desgarraduras, pero la piel no está gruesa ni hipertrofiada; por el contrario, se halla encojida, adelgazada y como contraída sobre los tejidos que apenas parece puede contener.

El color de la piel es variable: normal en algunos individuos, es morena ó amarillenta en otros, ó por el contrario, de un blan-

co mate que recuerda el color de las cicatrices. Sus funciones se conservan intactas y su sensibilidad, su temperatura y sus secreciones no están notablemente perturbadas; mas la pérdida de la flexibilidad de la piel trae consigo trastornos en la motilidad: los músculos, comprimidos por la envoltura inestensible que la piel les forma, quedan paralizados, la cara está inmóvil y no refleja las sensaciones del enfermo, los dedos no pueden coger los objetos, y la marcha es muy difícil.

La esclerodermia presenta una marcha lenta y una duración variable de algunos meses á muchos años.

La esclerodermia es una afección seria, pues que no poseemos medio alguno eficaz para combatirla y sus consecuencias nos son casi desconocidas.

Etiología.—Se observa en todas las edades, y con mas frecuencia en la mujer que en el hombre: sus causas determinantes apenas son conocidas. M. Bazin considera la esclerodermia como una enfermedad que se desarrolla bajo la influencia de un estado generalmente diatéxico, y que se traduce por la infiltración en el tejido de la piel de elementos fibro-plásticos.

Diagnóstico.—La esclerodermia está caracterizada por fenómenos tan marcados, que es imposible confundirla con otras afecciones.

El keloide se diferencia de ella por la existencia de placas mas gruesas y duras y por su poca tendencia á la generalización.

La hipertrofia cutánea no presenta ni cambio de color en la piel ni rigidez especial, tan solo un aumento en su espesor normal.

Tratamiento.—Imposible es hoy indicar las bases de un tratamiento racional; se ha aconsejado el mercurio, el ioduro potásico, los sudoríficos, la hidroterapia, los baños de vapor, los baños alcalinos, etc., mas ninguno de estos agentes ha producido la curación.

DEL KELOIDE.

El keloide está caracterizado por escrescencias redondeadas ó cilíndricas, de cuyos bordes emanan prolongaciones múltiples que parece se implantan en la piel, escrescencias duras, elásticas, de un color ordinariamente mas oscuro que la piel vecina, algunas veces, sin embargo, mas pálidas, movibles y que no contraen jamás ninguna adherencia con las partes subyacentes.

Esta afección ocupa ordinariamente la región esternal, pero tambien se observa en el cuello, la cara, los miembros, etc.

No determina ningun trastorno en las grandes funciones, permanece estacionaria cuando ha llegado á cierto grado de desarrollo, y puede tambien desaparecer por una especie de reabsorcion intersticial, dejando en su lugar una cicatriz blanca y deprimida. Esta afeccion va acompañada, no obstante, de comezon y de una sensacion de pinchazos, cuya intensidad es á veces considerable; por último, está sujeta á recidivas en el mismo sitio, aun cuando el tumor haya sido separado completamente.

Etiología. — El keloide puede aparecer en una parte sana de la piel, pero en general sucede á una lesion accidental, como una quemadura, una herida, etc.

El keloide se observa en todas las edades, y es mucho mas frecuente en la mujer que en el hombre.

Anatomia patológica. — El tejido de los keloides es duro, y está formado de elementos fibro-plásticos; está cubierto por un epitelium delgado y reluciente y rodeado de pequeños vasos capilares que se pierden en su espesor; por último, se observan en su superficie orificios glandulares.

Diagnóstico. — El keloide se distingue fácilmente del falso keloide ó keloide cicatricial, que siempre es consecutivo á ulceraciones escrofulosas ó sifilíticas, á quemaduras, cauterios, etc.; que es causado por una desviacion accidental del tejido cicatricial, cuyo desarrollo ha sido exuberante, y ha traspasado el límite de la naturaleza; que parece encontrar una predisposicion en la existencia de la escrófula; y que, por último, ni se observan en su superficie orificios glandulares, ni jamás es asiento de esa sensacion de pinchazos.

Tratamiento. — La cicuta, el acónito, el iodo y el mercurio, etc., han sido ineficaces; en fin, cuando el tumor ha sido separado con el instrumento cortante por lo general se reproduce.

DIÁTESIS FUNGOIDE: MICOSIS FUNGOIDE.

Con este nombre se describe una enfermedad que consiste en la produccion de tumores formados por un tejido adenoideo, con tendencia invasora y frecuentemente ulcerativa.

El *micosis fungoide* está caracterizado, al principio, por manchas de un color rojo oscuro, diseminadas por toda la superficie del cuerpo, confluentes á veces, que producen algo de prurito y que desaparecen pasado algun tiempo para ser substituidas por otras. Algunas veces por el roce de las uñas, su superficie se escoria y humedece, ofreciendo un aspecto análogo al del eczema.

Estas manchas pueden desaparecer al principio del invierno, pero vuelven á aparecer á la primavera siguiente.

Despues de muchas reproducciones, las manchas se hacen elevadas, y á su nivel la piel se engruesa, se endurece, pierde su flexibilidad, desaparecen los pliegues y se cubre de escamas (*placas liquenoides*).

Dos ó tres años despues de la aparicion de las manchas, nacen al nivel ó en los intervalos de estas pequeños tumores del volúmen de un guisante, de una nuececita ó de una nuez; estos tumores pueden reunirse y adquirir el volúmen de un huevo de polla; entonces son orbiculares, hemisféricos ú ovals, rojizos y sémejantes á las colmenillas (1) ó á tomates. La piel que les cubre es lisa y tensa, su consistencia firme, elástica; en fin, la sensibilidad á su nivel está embotada y aun apagada (Bazin).

Algunas veces los tumores disminuyen rápidamente de volúmen y desaparecen en algunas semanas ó en algunos dias sin dejar señal; con mas frecuencia se reblandecen, se perforan y dan origen á ulceraciones superficiales de mal carácter, las cuales segregan un líquido cremoso y verdoso que se convierte en costras duras y negruzcas levantadas bien pronto por un pus fétido que las desprende, dejando al descubierto superficies pálidas, erizadas á veces de vejetaciones fungosas. A estas úlceras suceden cicatrices indelebles.

Al mismo tiempo se notan infartos de los ganglios linfáticos, alopecia y una alteracion particular de las uñas, que se presentan amarillas, quebradizas, adelgazadas, deformes y como levantadas en su extremidad por una abundante produccion epidérmica.—Existia en un caso el acné elefantásico de las axilas. (Bazin).

El micosis fungoide ofrece una marcha continua habitualmente, mas á veces es intermitente, estando esta intermitencia en relacion con las estaciones; pero esta afeccion acaba siempre por determinar el marasmo, la fiebre héctica y en definitiva la muerte.

Anatomia patológica.—Segun Ranvier, los tumores están constituidos por tejido adenoideo que no difiere del que se observa en la leucocitemia y la adenia.—Los ganglios tienen la misma estructura que en la adenia, observándose en los tumores, gruesos vasos capilares varicosos, tortuosos y de paredes grue-

(1) Seta pequeña y de buen comer.

sas; el hígado es grasoso.—M. X. Gillot, en su notable tesis sobre el micosis,—cuya lectura recomiendo,—admite la identidad entre el micosis, la leucemia y la edenia.—En nuestra opinion el micosis es una diátesis caracterizada por la formacion de un tejido especial.

Tratamiento.—M. Bazin recomienda se ordenen los tónicos, despues, el bi-cloruro de mercurio á las mismas dosis y del mismo modo que en el tratamiento de la sífilis, y curar las úlceras con una disolucion de coaltar saponizado, ó espolvorear las superficies enfermas con polvos excitantes, como los de quina.

DE LAS DEFORMIDADES DE LA PIEL, Ó AFECCIONES CUTÁNEAS DETENIDAS EN SU EVOLUCION.

Estas afecciones tienen los siguientes caractéres esenciales: ser fijas é inmóviles; no sufrir cambio alguno en su estado desde que llegan á su completo desarrollo; presentarse siempre iguales en todos los momentos de su existencia; y conciliarse con una perfecta salud.

Las deformidades son congénitas ó adquiridas; son además artificiales ó por causa externa y espontánea, ó producidas por una causa interna.

M. Bazin prefiere esta última division á la primera, y estudia sucesivamente las deformidades artificiales y las deformidades espontáneas.

§ I. Deformidades artificiales ó por causa externa.

Tan pronto se producen estas deformidades directamente y en el lugar mismo de la aplicacion de la causa (*deformidades provocadas por causa directa*), tan pronto son consecutivas á la absorcion de ciertas sustancias (*deformidades provocadas por causa indirecta, patogenéticas*).

A.—DEFORMIDADES PROVOCADAS POR CAUSA DIRECTA.

Efélide ignea.—La efélide ignea se desarrolla lentamente bajo la influencia de la accion continua ó repetida muchas veces sobre la piel, de un calor artificial. Se observa especialmente en los miembros inferiores de las mujeres que usan calentadores para los piés; en estas pierde su tonicidad la piel, se arruga y se cubre de manchas irregulares, amarillentas ó morenas que le dan

un aspecto marmóreo característico, ó de estrias morenas que siguen principalmente el trayecto de las venas. Esta afeccion no va acompañada de ningun prurito ni de malestar.

Tatouage (1).—Con esta expresion se designa cierta coloracion artificial de la piel, producida por la introduccion en su tejido de sustancias colorantes.

Para pintarse un individuo, como los salvajes, se pica ordinariamente la piel con una aguja y en seguida se introduce la materia colorante en las heridas.—Los militares se sirven algunas veces del siguiente medio: trazan un dibujo con tinta y cubren las líneas con otras de polvo al cual aplican despues fuego.

Cuando se ha empleado el primer procedimiento, las pequeñas heridas se cierran rápidamente y aprisionan el cuerpo extraño que forma una mancha indeleble, operándose una verdadera combinacion entre la sustancia del dermis y la materia colorante.

B.—DEFORMIDADES PROVOCADAS POR UNA CAUSA INDIRECTA.

De estas existen dos: la que resulta de la absorcion del nitrato de plata y la que es producida por el índigo.

(a) *Coloracion de pizarra producida por el nitrato de plata.*—Cuando se administra el nitrato de plata por espacio de algun tiempo, adquiere la piel un color apizarrado ó moreno aceitunado y aun tambien completamente negro, color indeleble que desespera al paciente y aun puede conducirle al suicidio.

Esta coloracion ocupa las mas veces las partes descubiertas, aunque puede estar generalizada; entonces, no obstante, siempre es mas pronunciada en las partes descubiertas. Cuando la administracion de la sal argéntica se ha continuado por espacio de muchísimo tiempo, puede observarse tambien el color apizarrado en diversas mucosas y particularmente en los labios, la cara interna de los carrillos, la lengua, las narices, la mucosa gastrointestinal.

Lo mismo que el nitrato, pueden tambien producir la coloracion apizarrada, el cloruro y el óxido de plata.—Patterson dice no ha observado nunca este tinte despues de la administracion del ioduro de plata.

Esta coloracion se explica fácilmente: el nitrato de plata pre-

(1) Accion de pintarse en el cuerpo los salvajes. (N. del T.)

cipita la albúmina, forma un albuminato de plata, que se disuelve en un líquido rico en cloruros alcalinos, es eliminado por la piel, y entonces, acumulándose en gran cantidad en esta membrana, empapa la materia amorfa de las células del cuerpo mucoso y las colorea. La acción tan continuada de la luz sobre las sales de plata, explica porqué el tinte no existe algunas veces mas que en las partes descubiertas y es mas intenso en estas regiones cuando está generalizado.

Color azul del indigo.—La absorción del indigo produce una coloración azul de las uñas.

§ II. Deformidades espontáneas ó por causa interna.

M. Bazin admite cinco secciones de deformidades espontáneas: deformidades maculosas, botonosas, esfoliatrices, ulcerosas y atróficas, cicatriciales.

1.º DEFORMIDADES MACULOSAS.

Se dividen en deformidades debidas á una alteración del pigmento y en deformidades constituidas por un estado patológico de la red vascular de la piel.

Deformidades maculosas pigmentarias.

Estas comprenden tres grupos: las deformidades hiper cromatosas, acromatosas y discromatosas, debidas á un aumento, á una disminución ó á una repartición desigual de la materia pigmentaria.

Las *deformidades hiper cromatosas* comprenden la nigricia, el melasma, el lentigo y los *naev pigmentarios*.

La *nigricia* está caracterizada por una coloración negra de una parte ó de la totalidad del cuerpo; coloración congénita ó adquirida que sobreviene en los individuos blancos.

La nigricia general congénita es muy rara, puede decirse que no existe. Por el contrario, la nigricia general accidental es incontestable. Addison ha querido referirla siempre á una lesión de las cápsulas supra-renales, pero esta lesión no existe evidentemente en todos los casos. (Véase enfermedad de Addison).

La nigricia parcial y adquirida puede observarse en todas las partes del cuerpo, pero ocupa principalmente los órganos genitales, la cara, las regiones mamaria y abdominal anterior. El co-

lor de las manchas es uniforme é igual en todas partes, moreno en ciertos puntos, negro como la tinta en otros.

La preñez predispone mucho á esta deformidad; Bayer cita, segun Lecat, el hecho notable de una mujer que en el sétimo mes de tres embarazos sucesivos vió colorarse su rostro de un intenso color negro.

Por otra parte, las afecciones cutáneas crónicas, como el líquen, el prúrigo, los eczemas antiguos, etc., determinan muchas veces una hipersecrecion de pigmento y por lo tanto un color negro de los tegumentos. M. Bazin cree que la nigricia puede sobrevenir á consecuencia de emociones morales, siendo entonces ordinariamente generalizada.

El *melasma* está caracterizado por manchas negruzcas, variables en número y estension, que presentan de especial lo siguiente: el epidermis que les reviste se deseca y cae bajo la forma de escamitas, siendo estas accidentales y pasajeras.

El melasma, simple lesion pigmentaria, es muy raro; se le observa, sobre todo, en la mujer embarazada. No produce ningun trastorno funcional, ninguna sensibilidad morbosa.

El *lentigo ó peca* es congénito ó se presenta poco despues del nacimiento. Está caracterizado por pequeñas manchas circulares, no elevadas sobre el nivel de la piel, parecidas á escamas de salvado, de un color amarillo leonado ó moreno, diseminadas ó confluentes, y limitadas mas ordinariamente á las partes descubiertas, como la cara, el pecho y los miembros superiores.

Estas manchas no producen alteracion alguna en las funciones de la piel, y tan solo tienen un inconveniente, alteran la belleza. Están formadas por un exceso de pigmento, y duran toda la vida.

Se observa el lentigo, por lo general, en las personas blancas de piel fina y temperamento linfático.

Diagnóstico.—La efélide solar generalmente se ha confundido con el lentigo; sin embargo, se diferencia por cierto número de caractéres; se desarrolla en todas las edades y bajo la influencia de los rayos solares, que determinan un aumento en la formación del pigmento, y á consecuencia de la reunion en ciertos puntos de esta materia colorante, manchas irregulares, picoteadas, angulosas, amarillentas y no elevadas.—El lentigo, por el contrario, nace espontáneamente; forma, pues, una peca por causa interna, y la efélide una peca provocada ó por causa externa.

Por lo demás el lentigo dura toda la vida, mientras que la

efélide solar presenta intermitencias, palidece y se borra en invierno, reapareciendo durante el estío.—Por último, la efélide solar es mas diseminada que el lentigo.

Contra las pecas espontáneas todo tratamiento es nulo; puede preservarse de las pecas provocadas evitando los rayos solares.

Los *nævi pigmentarios* ó *antojos* están caracterizados por manchas que existen ordinariamente en el momento de nacer, pero que aparecen, sin embargo, algunas veces en la primera infancia, manchas circulares ó irregulares, amarillo leonadas morenas ó negras, (*nævus niger*) que no desaparecen bajo la presión del dedo, y cubiertas ordinariamente de pelos mas oscuros, mas largos que los de las regiones vecinas y con una pequeña elevación en su base.

Estos *nævi* se han atribuido á la imaginación de la madre, á deseos no satisfechos, etc.; pero las mas veces estas causas son completamente hipotéticas aunque algunas parecen reales.

Las pecas difieren de los *nævi* por su mayor abundancia, su pequeñez y la ausencia de pelos en su superficie.

Deformidad acromatosa, albinismo.—El *albinismo* es un estado morbosó, caracterizado por la ausencia absoluta ó relativa del pigmento, resultado de un detenimiento, de una insuficiencia ó de un retardo en su desarrollo regular.

El albinismo, raro en la raza blanca y mas comun en los americanos del Sur y en el Archipiélago indio, presenta su máximo de frecuencia entre los negros, y sobre todo entre las mujeres.

Ora falta completamente el pigmento, ora existe en todas partes, aunque en menor cantidad, ora en fin, falta en ciertos puntos solamente.

Los albinos presentan caractéres muy marcados: sus cabellos, sus pestañas y sus cejas son blancas ó de un blanco amarillento y de lino, presentando una finura y un aspecto propio de la pluma del ave; su piel es descolorida y blanca como el alabastro, y coloreada algunas veces de un ligero azul que deja traslucir la red venosa subcutánea. Los albinos temen la luz, bajan la cabeza ó dirigen la mano ante sus ojos por serles la luz insoportable. Cuando abren los ojos se observa detrás de la córnea una zona rojiza que rodea una pupila del mismo color, y muchas veces se ve ejecutar á los globos oculares un movimiento trasversal rápido que aumenta la singularidad de su aspecto. Este color del ojo es debido á la ausencia del pigmento. Las células existen, pero son transparentes y no contienen ninguna granulación pigmenta-

ria; por esto, no existiendo la capa opaca y negra por la cual el globo ocular se constituye en cámara oscura, al atravesar los rayos luminosos sus envolturas se coloran en rojo de sangre al pasar entre los vasos de la coroides.

Los albinos tienen una constitución débil, piés planos, manos gruesas y cortas, orejas muy anchas ó muy largas y una inteligencia mediana muchas veces.

En el albinismo parcial no ataca la ausencia de pigmento mas que ciertos puntos de extensión variable.

En el estado actual de la ciencia, la herencia y la debilidad de los padres son las únicas causas generales cuya influencia está demostrada.

Muchos hechos hacen creer que los modificadores generales exteriores é interiores, aire, luz, tónicos reconstituyentes, etc., pudieran ser un gran recurso para su curación.

Deformidad discromatosa, vitiligo.—El vitiligo es una afección discromatosa, congénita ó adquirida, general ó parcial, caracterizada por manchas blancas ó blanco lechosas, sin prurito ni descamación, pequeñas al principio, pero que se extienden por grados hasta que han adquirido su desarrollo completo. Estas manchas están rodeadas de partes mas coloradas, como si el pigmento reunido se acumulase en la circunferencia. Esta zona circunferencial no presenta un color igual, porque el pigmento parece acumularse con mas abundancia en ciertos puntos que en otros; por lo demas, se confunde insensiblemente con las partes circunvecinas.

Los pelos que cubren las placas de vitiligo son descoloridos, pero no se desprenden.

Resulta, pues, de esta descripción que el vitiligo está formado por manchas decoloradas y privadas de pigmento, alrededor de las cuales existe una zona en que el pigmento se acumula con abundancia.

Etiología.—El vitiligo se observa en los sujetos sífilíticos (principalmente en las mujeres) y en las partes descubiertas; no es una sífilide, pues, que se presenta en todos los períodos de la sífilis y no se cura bajo la influencia de una medicación mercurial. Tan solo es una afección especial que encuentra en la sífilis una causa predisponente favorable á su desarrollo.

M. Bazin le ha observado tambien en sujetos artríticos, y por último en niños ó jóvenes exentos de todo vicio constitucional.

La pitiriasis versicolor pudiera hacernos creer en un vitiligo por el contraste que sus manchas amarillas forman con el color

blanco de la piel; pero las manchas amarillas tienen un color de café con leche, son sitio de una descamacion, de prurito, y si se examinan las escamas al microscopio compruébase la existencia de esporos y esporulos.

En la pelada las superficies descoloridas son redondeadas ú ovas y privadas de cabellos ó cubiertas tan solo de un ligero vello; en el vitiligo, por el contrario, son irregulares las placas, los cabellos existen y solamente están descoloridos.

El vitiligo es incurable y no cede á las lociones de sublimado ni á las de aceite de enebro. Algunas veces, sin embargo, desaparece espontáneamente.

Deformidades maculosas hemáticas.

Son debidas á un desarrollo anormal de los vasos capilares en un punto circunscrito de la piel y están caracterizadas por manchas rojas ó violáceas rodeadas de arborizaciones vasculares y dilataciones venosas que desaparecen muchas veces, pero no siempre, bajo la presion del dedo, y que se ingurgitan y coloran por todas las causas que aceleran la circulacion, tales como el ejercicio, el calor, las emociones morales y la época menstrual.

M. Bazin admite tres especies, el *nævus flamens*, ó manchas de color de vino, que ocupa muchas veces una gran extension de la cara, está constituido por manchas violáceas de un color rojo parecido al de las heces de vino, lisas, sin elevacion sobre las partes circunvecinas, ó mamelonadas, y que no desaparecen completamente bajo la presion del dedo. Estas manchas dan lugar á veces á hemorragias, no son dolorosas y se desarrollan proporcionalmente al aumento general del cuerpo.

En un enfermo observado por M. Bazin, la superficie roja estaba cubierta de una esfoliacion epidérmica abundante.

El *nævus ardcneus* está formado por manchas rojizas arboriformes que desaparecen por la presion; se las encuentra diseminadas en mayor ó menor número en ciertas regiones, pero nunca adquieren las dimensiones del *nævus flamens*.

El *nævus* procedente del sabañon es en cierto modo el vestigio cicatricial de esa lesion patológica desaparecida actualmente; está caracterizado por manchas rojizas, indolentes é indelebles que ocupan con frecuencia las manos y la cara. M. Bazin ha prescrito sin resultado satisfactorio fricciones con el percloruro de hierro.

(b) DEFORMIDADES BOTONOSAS É HIPERTRÓFICAS.

Este grupo de deformidades espontáneas comprende: las *deformidades botonosas propiamente dichas* y las *deformidades hipertróficas*.

Deformidades botonosas.

Se refieren á las deformidades botonosas: las verrugas, el *molluscum* y el *navus* botonoso.

Las *verrugas*, papilomas córneos, son pequeñas escrecencias de la piel, móviles ó muy adherentes, con ó sin pedículo, caracterizadas por una hipertrofia papilar que da origen á papilas secundarias cubiertas de células semejantes á las del cuerpo mucoso ó á las del epidermis; á veces, cierto número de papilas están separadas por una vaina epidérmica propia á cada grupo, siendo este pequeño tumor desigual y agrietado (puerro).

La historia de las verrugas pertenece á la cirugía, por tanto no queremos insistir mucho en ella.

El *molluscum* es una afeccion caracterizada por pequeños tumores indolentes detenidos en su desarrollo y producidos por una alteracion de las glándulas cutáneas ó de los intersticios dérmicos.

M. Bazin admite tres variedades:

1.^a El *molluscum péndulum* está caracterizado por pequeñas bolsas membranosas flácidas y vacías, parecidas á granos de uva desprovistos de sus semillas. Á veces es producido por el acné varioliforme; en este caso, acumulándose la materia sebácea en el interior de un folículo, le dilata, se escapa por la abertura y resulta de aquí un saco de paredes arrugadas y en contacto con sí mismas.

Las mas veces esta afeccion es primitiva, y se desarrolla fuera del folículo sebáceo á espensas de las aréolas dérmicas (Bazin).

2.^a El *molluscum granuloso* está caracterizado por pequeñas eminencias redondeadas, blanquecinas y relucientes, ó de un gris perlado, parecidas á granos de mijo, y que ocupando ordinariamente la frente, el cuello y los párpados, no tienen ninguna tendencia á desaparecer.

3.^a El *molluscum estearico*, verdadero lupus de la piel, está formado por la retencion de una materia grasosa concreta en un folículo ó en un conducto sebífero hipertrofiado.

Deformidades hipertróficas.

Este grupo comprende tres afecciones: la hipertrofia cutánea, el *nævus* hipertrófico y la elefantíasis de los árabes.

La *hipertrofia cutánea* está caracterizada por la hipertrofia generalizada ó parcial de los elementos anatómicos de la piel; las hipertrofias parciales son mas comunes que las generales y están caracterizadas por deformidades y un estado fibroso y lardáceo de la piel.

El *nævus hipertrófico* ó *chalazodermia* es un *nævus* botonoso que adquiere bastante volúmen. Alibert nos ha trasmitido un ejemplo en estos términos: «un tal Deloutre, apellidado el Topo, llevaba delante de un ojo y sobre la nariz, una especie de escrescencia que se extendia por toda la frente y por una parte del cráneo y de la cara; escrescencia cuyo color era completamente análogo al de la piel de un topo. La superficie era granulosa y muy parecida á la de las moras negras; estaba provista en dos ó tres puntos de algunos pelos largos; cerca de cuarenta manchas morenas, mas ó menos oscuras, estaban diseminadas por todo el cuerpo.

La elefantíasis de los árabes es una afeccion caracterizada por un tumor considerable y permanente de una parte del cuerpo, tumefaccion que sobreviene consecutivamente á diversos estados patológicos.

La elefantíasis presenta en su desarrollo dos períodos: en el primero se observan linfítis acompañadas de infartos ganglionares, de erisipelas ó eritemas, de úlceras y de afecciones crónicas de la piel, como el líquen, eczema, etc.

La linfítis es la afeccion que se observa al principio de la elefantíasis endémica de la isla de las Barbadas; el enfermo presenta á intervalos desiguales, y bajo la forma de accesos, inflamaciones de vasos linfáticos, ofreciendo la piel despues de esto una induración muy manifiesta y un aumento de volúmen tan considerable, que la parte afectada llega á adquirir poco á poco proporciones enormes.

Pasado cierto tiempo, la piel, tan pronto está uniforme, reluciente y distendida, como desigual, rugosa, mamelonada y atravesada por surcos profundos ó erizada de tumores; el epidermis se encuentra engrosado, ictiósico, el dermis adquiere un espesor de muchos centímetros, y si la afeccion ocupa las piernas, estas pierden su forma primitiva, se hacen casi cilíndricas y ofrecen

una analogía mas ó menos aproximada á la pata de un elefante.

Por lo demás, el enfermo no experimenta ningun sufrimiento, aunque está condenado á soportar un miembro pesado y deforme.

Fácilmente se concibe la deformidad que la elefantiásis debe producir cuando ocupa el escroto, los grandes y pequeños labios, las mamas y la lengua.

Etiología.—La elefantiásis de los árabes no es contagiosa ni hereditaria, pero existe endémicamente en el Egipto, en la Nubia, en la isla de las Barbadas y en las costas de Malabar. Se ha atribuido su produccion á las bruscas variaciones de temperatura y á la diferencia de esta entre los días y las noches; mas todo esto es completamente hipotético.

Esta afeccion sigue en nuestros climas ordinariamente á las erisipelas, á los eczemas, á los líquenes, á las úlceras, etc., etc., y parece producirse por una excitacion irritativa del sistema vascular, y sobre todo del linfático; á veces se ignora su causa.

Anatomía patológica.—La elefantiásis de los árabes está caracterizada por un tejido conjuntivo abundante y de nueva formacion, rico en jugos, y en medio del cual se forman lagunas irregulares llenas de un líquido análogo á la linfa por comunicar sin duda estas con los vasos linfáticos dilatados é hipertrofiados.

Diagnóstico.—Fácilmente podrá distinguirse la lepra tuberculosa de la elefantiásis por la existencia en aquella de manchas amarillo-leonadas y de tubérculos que presentan una anestesia característica.

Pronóstico.—Es bastante serio, pues que la elefantiásis determina una deformidad considerable y un obstáculo al ejercicio de funciones importantes cuando ocupa la lengua ó los órganos genitales; por último, no es susceptible de un alivio notable.

Tratamiento.—Si se observa al enfermo en el periodo en que existen angioleucitis y afecciones de la piel, se usará un tratamiento apropiado al estado del enfermo, pudiendo impedir de este modo el desarrollo ó el aumento de la elefantiásis.

Si, por el contrario, es uno llamado para curar á un enfermo cuando la elefantiásis se ha desarrollado completamente, podremos ensayar la compresion, las fricciones excitantes y las duchas, pero sin que podamos contar con la eficacia de estos medios.

Casi es innecesario mencionar la amputacion de las partes afectadas; esta operacion debe rechazarse, en efecto, por haber sido seguida de recidivas.

(c) *Deformidades esfoliatrices.*

Esta seccion tan solo comprende una afeccion: la *ictiosis*.

La *ictiosis*, de ἰχθύς, pescado, es una afeccion congénita ó adquirida, pero las mas veces congénita, general ó parcial, caracterizada por la continua formacion de escamas epidérmicas ligeramente imbricadas, delgadas y transparentes ú opacas, duras, gruesas y córneas, y que dan á la piel un aspecto de pescado, ó mejor de reptil.

La ictiosis existe desde el nacimiento, ó no aparece hasta el tercero ó cuarto mes de la vida.

La ictiosis general es mas comun que la ictiosis parcial, pero aun cuando esta afeccion sea general, existen partes donde está mas desarrollada y partes donde lo está menos; muy marcada al nivel de las superficies que están sujetas á presiones (rodillas, codos), apenas se nota la ictiosis en regiones donde existe una secrecion abundante de sudor (axilas, íngles, cara interna de los muslos y partes genitales, palma de las manos y planta de los piés).

La ictiosis mas comunmente observada está caracterizada por la existencia de láminas ó escamas epidérmicas muy anchas, elevadas y desprendidas por sus bordes, engastadas en los pliegues y surcos cutáneos y terminadas por líneas que se cortan en ángulos muy diversos.

Si las escamas de la ictiosis son anchas, gruesas, duras, y tienen un reflejo brillante y argentino, se denominan nacaradas; si son delgadas y blandas, forman escamitas blanquecinas y tiernas que se desprenden como el polvo al frotar la piel, la ictiosis se denomina *serpentina*, *harinosa* ó *ictiosis de los viejos*; si son morenas ó negras recibe el nombre de *morena* ó *ciprina* (1); por último, si las escamas epidérmicas, en lugar de desprenderse se mezclan y forman escrescencias convexas ó puntiagudas, la ictiosis se llama *córnea*, y los individuos que son afectados de ella se conocen con el nombre de hombres puerco-espines.

Tal es la ictiosis tipo; pero entre este estado y el de la piel sana existen grados intermedios, entre los que debemos señalar el que los ingleses designan con el nombre de *dry skin* ó *xero-dermia*, y sobre el cual M. Lailler ha llamado la atencion de los

(1) Nombre que los poetas dan á Vénus.—(N. del T.)

médicos franceses (*Nature et traitement de l'ichthyose*, en los *Annales de dermatologie*, 1869).

La xerodermia está caracterizada por una sequedad de la piel con engruesamiento del epidermis. Los orificios pilosos de las superficies enfermas están obturados por un tapon cónico muy adherente que impide muchas veces la salida de los pelos, y los retiene dentro del folículo arrollados en espirales; esta lesión ocupa sobre todo los codos, la cara interna de los brazos, las rodillas y la parte superior de los maléolos.

En un grado mas avanzado, la piel es quizá mas lisa y las estrías epidérmicas están menos pronunciadas, y parece se ha extendido sobre ellas una capa de colodion; entonces el engrosamiento epidérmico afecta, no solamente los orificios de las glándulas, sino tambien la superficie del dermis en un espacio mas ó menos grande. Este engrosamiento da á la piel un color gris sucio que no desaparece con las abluciones.

En los movimientos bruscos puede el epidermis agrietarse y dar lugar á pequeñas fisuras dolorosas; los sitios habituales de esta última lesión son: los antebrazos, la cara anterior de los brazos, los lados del tronco y algunas veces tambien las mejillas.

Ya se presente la ictiosis bajo una ú otra de estas formas, siempre está caracterizada por la falta de prurito y la integridad completa de la piel bajo el epidermis, y de todas las funciones generales. Unicamente consiste esta afección en una desviación de la secreción epidérmica; depende, segun Niemeyer, de un desarrollo anormal del cuerpo papilar, matriz del epidermis.

Etiología.—La ictiosis es hereditaria, congénita por lo regular, y se observa, segun la mayor parte de los dermatólogos, en el hombre con mas frecuencia que en la mujer.

Diagnóstico.—No creo que un médico ejercitado pueda confundir la ictiosis, afección congénita que ocupa casi toda la superficie del cuerpo sin determinar prurito alguno, con la pitiriasis, el eczema en su tercer período, el líquen, el acné sebáceo, la psoriasis, etc.

Pronóstico.—Considerada la ictiosis en sí misma, no es una afección grave, puesto que no trastorna ninguna función, pero constituye una enfermedad seria en razon á la incomodidad que determina, principalmente en las niñas y las jóvenes á causa de su trasmisión por herencia. Cuando es poco intensa desaparece casi por completo durante el calor del estío para reaparecer en la estación fria.

Tratamiento.—Este es casi exclusivamente paliativo: se aconseja

sejarán los baños alcalinos y las fricciones con aceite de enebro ó con pomada de brea.

M. Lailler preconiza el tratamiento siguiente: un baño jabonoso con fricciones tres veces por semana para separar las escamas epidérmicas; un ligero amasamiento y unturas prolongadas por mañana y tarde sobre las partes enfermas con el glicerolado de almidon mezclado con un 10 por 100 de agua destilada de laurel cerezo para enmascarar el olor desabrido de la glicerina y calmar la comezon. Hé aquí una fórmula: almidon pulverizado 10 gramos, glicerina 150 gramos.

Pasado algun tiempo, solo se unta una vez al dia, y cuando la piel ha adquirido su estado normal, se aconsejará un baño jabonoso por semana, seguido despues de una friccion con el glicerolado de almidon ó la glicerina; esto basta para sostener la flexibilidad de la piel.

Todos estos agentes vuelven por un momento á la piel su flexibilidad normal, pero la deformidad reaparece tan pronto como dejen de usarse los baños y las fricciones.

DE LAS AGUAS MINERALES

EN EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES DE LA PIEL.

Al tratar una afeccion cutánea sintomática de una enfermedad constitucional, debe tenerse en cuenta la *naturaleza de la enfermedad* (artritis, herpe, sífilis, escrófula); la *modalidad patogénica*, es decir, el estado inflamatorio, ó por el contrario, el atónico y la tendencia al fajedenismo, etc.; en una palabra, las diversas particularidades que ofrece el desarrollo de la manifestacion morbosa, como la lesion elemental y el sitio de la afeccion. En fin, es preciso no olvidar el satisfacer las indicaciones suministradas ó requeridas por la constitucion ó el temperamento del sugeto.

Los medicamentos á que podemos recurrir para llenar las indicaciones están dotados de acciones contrarias.

Aquellos cuya accion se dirige contra la naturaleza de la enfermedad, se denominan especificos. Para M. Bazin es especifico un medicamento cuando tiene una influencia curativa que se dirige sobre todas las manifestaciones de una enfermedad, modificando su forma y su sucesion; á veces es tal la accion de esta

clase de medicamentos sobre un organismo que se acomode á ellos, que parece destruirse la causa, pero esto es una escepcion, y mas ó menos tarde la enfermedad disfrazada solamente determina nuevas manifestaciones. Resumiendo, el específico parece obrar, no destruyendo la causa morbífica interna, sino suscitando en el organismo un estado fisiológico particular que impide se produzcan las manifestaciones morbosas.

Los medicamentos que obran sobre la modalidad patogénica y la lesion elemental, están dotados de la propiedad de determinar en el hombre sano, en la superficie de cualquier órgano, lesiones que constituyen su accion morbígena (*patogenetismo*).

Una doble accion caracteriza al patogenetismo: la accion dinámica general que determina la modalidad patogénica, es decir, el estado inflamatorio ó atónico, la escitacion ó la hipostenizacion, y la accion electiva que determina el sitio y la forma de la lesion. El mercurio, por ejemplo, tiene una accion dinámica general hipostenizante, y una accion local limitada á la mucosa de la boca y á la piel, manifestándose esta accion local por vesículas en unos puntos y por una inflamacion ulcerosa en otros. El azufre tiene una accion dinámica escitante y determina una erupcion vesiculosa de la piel; el bromo y el iodo dan lugar á erupciones acnéicas; pero mientras que la accion dinámica del iodo es escitante, la del bromo es hipostenizante.

Dos medicamentos distintos pueden producir lesiones patogénicas idénticas, tales como el mercurio, el azufre, el iodo y el bromo: ¿poseen estos medicamentos por esto efectos curativos semejantes? En general no. La diferencia de naturaleza trae diferencias tambien en la accion dinámica general; el azufre es escitante, el mercurio hipostenizante.

Las aguas minerales pueden contener agentes específicos, ó, por el contrario, sustancias que no estén dotadas mas que de propiedades patogénicas: en el primer caso obran contra la enfermedad misma; en el segundo, contra el elemento patogénico y la lesion elemental.

Las aguas minerales se dividen en dos grandes clases: la primera comprende las aguas que contienen principios especiales, capaces de obrar, ora por su cantidad, ora por su cualidad, sobre la marcha de una enfermedad y sus afecciones. Estos principios especiales pueden ser *específicos* ó no. La segunda clase comprende las aguas que contienen principios comunes (sales numerosas), pero que, por su cantidad ponderable absoluta, no pueden ser tomadas en consideracion por la terapéutica; estas aguas no

obran mas que por el conjunto de sustancias que contienen, por su temperatura y por su acción ligeramente escitante sobre el tubo digestivo, debida al ácido carbónico.

La primera clase (aguas de mineralización especial) comprende siete órdenes: las aguas cloruradas y bromo-ioduradas, las aguas bicarbonatadas, las sulfatadas, las sulfurosas, las arsenicales, las ferruginosas y las cúpricas.

La segunda clase comprende las aguas salinas frias ó calientes y las ácido-gaseosas.

1.º Aguas minerales de mineralización especial.

1.º Las aguas *cloruradas sódicas* y *bromo-ioduradas* son aquellas cuyo principio dominante es el cloruro de sodio (2 gramos por lo menos), y en las cuales los análisis han demostrado la existencia de mayor ó menor cantidad de bromo combinado con el sodio y el potasio, y á veces, aunque no siempre, del iodo combinado con las mismas bases que el bromo.

Estas aguas son calientes ó frias. Las últimas son las mas ricas en cloruro de sodio; la cantidad de este varía de 2 á 280 gramos por litro.

Los principales establecimientos son: los de Arbona, en Saboya (280 gramos de cloruro de sodio); los de Salies, en los Bajos Pirineos (256 gramos de cloruro de sodio, 1,50 de bromo y 0,0281 de iodo); los de Kreuznach, en Prusia rhenana (30º); los de Salins (27 gramos de cloruro); los de Balaruc, de Borbon, de Kissingen (6 gramos de cloruro); los de Niederbronn (3 gramos); y por último, los de Bourbon-l'Archambault (2 gramos de cloruro), etc.

2.º La clase de *aguas bicarbonatadas sódicas* comprende todas las que por los menos contienen 0,50 gramos de bicarbonato de sosa por litro.

Las aguas bicarbonatadas sódicas se dividen en dos secciones: la primera comprende todas las bicarbonatadas propiamente dichas, es decir, aquellas cuyo elemento principal es el bicarbonato de sosa: Vals, Vichy, Vic-sur-Cère, Vic-le-Comte, Chateau-Neuf.

La segunda seccion comprende las aguas que, además de bicarbonato de sosa, contienen otros principios importantes; de estas hay cuatro grupos.

Al primero se refieren las aguas bicarbonatadas sódicas y cloro-ioduradas, es decir, Tœplitz, en Bohemia y Gurgitelle; al segundo corresponden las aguas bicarbonatadas y cloruradas sódicas, como las de Royat, Saint-Netaire, Ems; al tercero, las bi-

carbonatadas sódicas y ferruginosas, como las de Boulou, Saint-Martin-de-Fenouilla, Sorede, Laroque, inmediato á Ceret en los Pirineos orientales (no existe establecimiento cerca de estas fuentes); por último, al cuarto grupo corresponden las aguas bicarbonatadas sódicas y arsenicales, como las de Mont-Dore.

3.º La clase de *aguas sulfatadas sódicas y magnésicas*, comprende todas las que contienen por lo menos 2 gramos de sulfato de sosa por litro. Estas aguas son purgantes: Miers en el Lot; Montmirail, en la Vaucluse; Sedlitz, en Bohemia; Pulna, Friederichshall y Karlsbad.

4.º A la clase de *aguas sulfurosas* corresponden aquellas que contienen una cantidad ponderable de azufre. Se dividen en dos subclases: las aguas sulfuradas sódicas, que casi todas son calientes, y las aguas sulfuradas cálcicas, frías por lo general.

El peso de los elementos que se hallan en disolución en las aguas sulfuradas sódicas es muy poco considerable, aunque sus propiedades terapéuticas son muy activas: un litro de ellas no contiene casi mas que de 0 gr. 250 á 0 gr. 350 de residuo seco de sulfuro. El sodio, el carbonato, el silicato de sosa y la materia orgánica llamada glairina son los elementos dominantes (Fihol).

Las aguas sulfuradas cálcicas contienen sulfuro de calcio y sales de magnesia. Son mas notables que las aguas sulfuradas sódicas; sin embargo, dejan desprender el ácido sulfídrico cuando se las espone al aire.

Los principales establecimientos de aguas sulfuradas sódicas pertenecen á la region pirináica: estas son, Luchon, Baresges, Cauterets, San Salvador, Aguas Calientes, Aguas Buenas, Vernet, Amelia, Olette, Molitg, etc.

Las aguas sulfuradas cálcicas frías, son: las de Enghien, Pierrefond y Bagnols; las sulfuradas cálcicas termales son: las de Schniznach (Suiza), Saint-Honoré (Nièvre), Aix en Saboya, Baden y Saint-Gervais en Saboya.

A la clase de las aguas sulfurosas deben añadirse cuatro grupos que, además del azufre, contienen un principio específico, como el bromo, el iodo, el bicarbonato de sosa, el arsénico. Estas aguas poseen reunidas el agente patogenético y el agente específico.

Challes, en Saboya, Saxon, en el Valais, son aguas sulfurosas y bromo-ioduradas. Alleverd, en la Isere, es una agua sulfurosa y iodurada.

Uriage y Aix-la-Chapelle son aguas sulfuradas y cloruradas

sódicas; Marlioz, en Saboya, es una agua sulfurosa y bicarbonatada sódica. En fin, como ejemplo de una agua sulfurosa y ferruginosa, puede citarse á Sylvanes, en el Aveyron.

5.° La clase de *aguas arsenicales* comprende las que contienen cantidades ponderables de arsénico. Se dividen en dos subclases, aguas arseniatadas sódicas y aguas arseniatadas ferruginosas.

Son aguas arseniatadas sódicas: la Bourboule, Plombières y Avenes; las arseniatadas ferruginosas son: la fuente Dominica de Vals, la de Lardy de Vichy, y la de Bussang.

6.° A la clase de *aguas ferruginosas* corresponden aquellas cuyo hierro existe en dosis terapéutica, encontrándose los demás principios en proporciones muy débiles para imprimir á estas aguas caracteres especiales.

Las aguas ferruginosas son: las de Carvalon en la Herault, Barbotan en Gers (aguas termales), y las de Passi, Auteuil, Bussang, Orezza, Spa y Schorlbach (aguas frias).

También existen aguas ferruginosas mangánicas, como las de Luxeuil y Crasac.

7.° *Agua cuprosa*. — Solo existe en Francia una agua que contenga el cobre en dosis terapéutica; esta es la de Saint Christau.

2.° Aguas de mineralización comun.

Las hemos dividido en salinas débiles y en acídulas gaseosas.

Las salinas son cloruradas y sulfatadas, ó solamente sulfatadas.

Las aguas termales cloruradas y sulfatadas, son: las de Neris, en Allier, Wildbad (Wurtemberg), Bourbon-Lancy, en la Saone-et-Loire, y las de Baden-Baden.

Las cloruradas y sulfatadas frias comprenden: las de Bains en los Vosges, Bagnères-de-Bigorre en los Altos Pirineos, Usat, Louesche y Dax.

Como ejemplo de aguas sulfatadas, solamente se cuentan: la de Saint-Amand (Norte), Contrexeville, Vittel (Vosges), Evian en Saboya, etc.

Son acidulo gaseosas y ferruginosas: Pougues, en la Nievre, Chateldon, Saint-Galmier, Celles, Condillac, Saint-Alban, Soultz-matt; gaseosas simples hay dos, Alet-des-Boignes, y Seltz.

DE LAS AGUAS MINERALES EN LAS ESCROFÚLIDES.

Siendo el iodo, el bromo y el aceite de hígado de bacalao los específicos de la escrófula, son también naturalmente los específicos de esta enfermedad, las aguas bromo-ioduradas y las cloruradas sódicas.

Pero muchas veces también se prescriben en casos de escrofulide aguas que no tienen más que una acción dinámica general y patogenética, por ejemplo, las aguas sulfurosas.

Así, en el tratamiento de las escrofulides benignas se ha recurrido con más frecuencia á una medicación sulfurosa, ó sulfurosa y iodo bromurada, que á una medicación termal iodo-bromurada. Parece, pues, sorprendente que se prescriban con indiferencia las aguas iodo-bromuradas ó las sulfurosas. Mas es preciso notar que las escrofulides benignas exudativas para las cuales se recomiendan sobre todo las aguas sulfurosas, son afecciones resolutivas, susceptibles de desaparecer espontáneamente, ó por la administración de simples agentes patogenéticos. Ahora bien; es imposible encontrar una agua termal en la que se hallen reunidos los agentes necesarios para satisfacer á la vez las indicaciones específicas y las patogenéticas; por otra parte, siendo incapaces las aguas específicas bromo-ioduradas de satisfacer las indicaciones que requieren el estado local (por ser muy activas y excitantes) de las escrofulides benignas cuya modalidad patogenética es las más veces inflamatoria, debemos recurrir para la curación de estas escrofulides benignas, á las aguas que llenen las indicaciones patogenéticas, salvo completar después la curación prescribiendo los específicos.

Las aguas específicas bromo-ioduradas y cloruradas sódicas de Salies de Bearn, de Salins, de Wildegge, de Saxon y de Kreussnach, muy mineralizadas y por lo general frías, pueden proporcionar aguas madres que contengan una cantidad bastante sensible de iodo y de bromo. Estas aguas no convienen en las escrofulides benignas.

Por el contrario, las aguas de mineralización común de Neris, de Bourbon-Lancy y de Baden-Baden, que son termales y no contienen más que una débil cantidad de cloruro de sodio, acompañada, sin embargo, de una notable cantidad de glairina, pueden aconsejarse contra las escrofulides benignas.

Las aguas de Neris convienen cuando el eretismo nervioso del

enfermo y la modalidad inflamatoria de estas afecciones son intensas (eczema impetiginoso).

Las aguas de Bourbon-Lancy, que contienen hasta un gramo y 30 centigramos de cloruro de sodio, pueden usarse, sobre todo, en el primer período de las afecciones escrofulosas atónicas, en el prúrigo, en el líquen y en ciertas formas crónicas y poco secretantes del eczema escrofuloso. Lo mismo decimos respecto á las aguas de Baden-Baden.

Las aguas sulfurosas, que no son específicas, hacen grandes servicios en el tratamiento de las escrofulides benignas, por su acción excitante y patogenética especial.

Las aguas sulfurosas se dividen: en sulfurosas fuertes, débiles, y de mediana intensidad.

Las fuertes comprenden todas las aguas de los Pirineos centrales, como son: las de Luchon, y Cauterets, sulfuradas sódicas, y las de Enghien (agua sulfurada cálcica).

Las débiles son frías ó termales. Como ejemplos de frías tenemos las de Bagnoles de l'Orne y de la Roche; son aguas termales las de Baden en Suiza, las de Aix en Saboya y las de San Gervasio.

Las sulfurosas de mediana intensidad comprenden las aguas de Amelie-les-Bains, de Preste, Molitg, Aguas Calientes, Aguas Buenas, Pierrefond y Saint-Honoré.

Las aguas fuertes deben aplicarse solamente en las afecciones que presentan un carácter de cronicidad y atonía. M. Bazin las aconseja en las afecciones eczematosas muy largas y crónicas, acompañadas de una hipertrofia elefantásica del dermis y de una hiperplasia de las papilas del mismo. No obstante, las aguas sulfurosas fuertes son menos eficaces en estos casos que las aguas ferro-cuprosas de Sain-Christau que se ordenan bajo la forma de baños y duchas.

Las sulfurosas fuertes no deben prescribirse nunca contra las escrofulides benignas que presentan un carácter inflamatorio mas ó menos intenso.

Por el contrario, las aguas sulfurosas de mediana intensidad y las débiles, pero sobre todo estas últimas, producen muy buenos resultados. M. Bazin recomienda con frecuencia las aguas de San Gervasio en los eczemas, impétigo y eczemas impetiginosos que ocupan vastas superficies. La eficaz acción de estas aguas es debida al efecto patogenético del azufre, que determina erupciones vesiculosas, y también á la materia orgánica que contienen, la cual las hace suaves y untuosas al tacto, quitándo-

les las propiedades que tiende á comunicarles el sulfuro de calcio.

Por otra parte, las aguas de San Gervasio contienen cloruro de sodio, sal cuyas propiedades anti-escrofulosas son incontables.

Las escrofulídes botonosas reclaman otras aguas minerales: el acné escrofuloso se modifica ventajosamente bajo la influencia de las aguas sulfurosas y bromo-ioduradas (Challes, Saxon, Alleward); el líquen y el eritema indurado se curan bajo la influencia de las aguas sulfurosas, bicarbonatadas ó silicatadas sódicas. Ahora bien; los establecimientos de Marlioz y de San-Martin de Fenouilla, las fuentes de los Pirineos, la de Luchon y la de Cauretets son á la vez aguas sulfurosas y alcalinas.

El acné sebáceo fluyente se ha aliviado mucho mas con las aguas de Saint-Christau en duchas, que con las aguas sulfurosas.

Las *escrofulídes malignas*, por el contrario, exigen imperiosamente el uso de aguas cloruradas sódicas y bromo-ioduradas.

Entonces es necesario el empleo de las aguas madres cargadas de bromuros, porque la accion específica es indispensable para la curacion de estas enfermedades; así que, las aguas de los manantiales, por mineralizadas que estén, son insuficientes por la débil cantidad de bromo y de iodo que contienen.

Las aguas madres se emplean localmente aplicando sobre la parte que se quiere someter á su influencia, una compresa empapada en la disolucion salina, y tambien en baños generales, asociando á estos cierta cantidad de agua salada ordinaria. Es preciso que el baño esté compuesto con una parte de las aguas madres y cuatro del agua salada ordinaria.

Las aguas mezcladas con aguas madres determinan sobre la piel una viva reaccion y erupciones.

Tomadas al interior las aguas, son muy purgantes é intolerables para el estómago si no contienen ácido carbónico; deben tomarse á pequeñas dosis durante el dia.

Están indicados, con preferencia, los establecimientos que pueden dar aguas madres. Hasta aquí habíanse escogido los establecimientos de Alemania para el tratamiento de las escrofulídes malignas, porque en ellos podian emplearse aguas madres. Hace muchos años se ha usado el mismo tratamiento en Salies de Bearn y en Salins, pudiendo estos establecimientos competir con los de Kreuznach, Hombourg, etc.

Las aguas sulfurosas, á pesar de su accion electiva sobre la piel, son impotentes las mas veces para resolver los productos de nueva formacion. Hay casos, sin embargo, en los que se observa

cierto alivio á consecuencia del empleo interno y externo de las aguas mas fuertes, únicas que estaríamos autorizados á elegir si no pudiéramos mandar mas que á un establecimiento de aguas sulfurosas.

DE LAS AGUAS MINERALES EN LAS ARTRÍTIDES.

M. Bazin considera al bicarbonato de sosa y al cólchico como específicos contra el artritis; ahora bien, hay una clase de aguas minerales bicarbonatadas sódicas, es decir, que contienen mas de cincuenta centigramos de sal sódica por litro. Estas son, pues, aguas minerales específicas que se adaptan á la naturaleza de la enfermedad, y poseen la propiedad de hacer desaparecer sus manifestaciones.

Las aguas bicarbonatadas sódicas se dividen en dos grandes clases: á la primera corresponden las bicarbonatadas propiamente dichas, cuyo elemento principal es el bicarbonato de sosa. Estas son: Vals, Vichy, Vic-sur-Cere, Vic-le-Comte y Chateau-Neuf.

La segunda clase comprende las aguas que, además del bicarbonato de sosa, encierran principios importantes; estas aguas son á la vez bicarbonatadas y cloro-ioduradas, ó cloruradas sódicas y ferruginosas ó arsenicales. (Véase pág. 339.)

Las artrítides son pseudo-exantemáticas, vulgares ó malignas; las primeras se curan espontáneamente y no reclaman una medicacion termal; las últimas (malignas), resisten á las aguas minerales, y si se ordenan estas, no debe tenerse en cuenta mas que la lesion elemental y prescribir las aguas sulfatadas suaves; á las artrítides vulgares, conviene la medicacion termal.

Las aguas bicarbonatadas sódicas se emplean contra las artrítides puras que no van precedidas ni acompañadas de otras manifestaciones constitucionales.

Las aguas bicarbonatadas sódicas y cloro-ioduradas (Taplitz), son muy útiles en los casos mixtos tan frecuentes del artritis que ha sido precedido de escrofúlides graves. Estas aguas no contienen, en efecto, los específicos del artritis (bicarbonato de sosa) y de las escrófulas (iodo y bromo).

Las aguas bicarbonatadas y cloruradas sódicas (Royat Saint-Nectaire, Ems), deben al cloruro de sodio una accion reconstituyente y se prescriben con éxito en las artrítides precedidas de escrofúlides benignas.

En las artrítides complicadas de anemia se usan las aguas bicarbonatadas sódicas y ferruginosas.

En fin, las aguas bicarbonatadas sódicas y arsenicales (Mon-Dore), reuniendo los principios específicos del artritismo y del herpetismo, se usan cuando estas dos enfermedades constitucionales existen simultáneamente.

Estas aguas minerales son específicas porque todas atacan el principio de la enfermedad.

Otras hay que modifican la modalidad patogénica de la afección, á consecuencia de su acción dinámica y de las erupciones patogenéticas que producen; estas son sulfurosas y iodo-bromuradas.

Ahora bien; sabemos que las aguas sulfurosas son fuertes, débiles ó medianas. Cuando existen artrítides, deben proscribirse las aguas sulfurosas fuertes, como Luchon, Cauterets, etc.; las aguas sulfurosas débiles (San Gervasio), aunque pueden prescribirse contra el eczema, ocupan, sin embargo, un rango inferior con respecto á las bicarbonatadas sódicas. Es preciso, sin embargo, hacer una excepcion en favor de las aguas de los Pirineos, las cuales, como contienen sales alcalinas y silicatos, convienen perfectamente en las artrítides linfáticas.

Las aguas bromo-ioduradas pueden utilizarse contra el acné, y las aguas de Saint-Christau en las artrítides pilosas y la hidrosadenitis.

DE LAS AGUAS MINERALES EN LAS HERPÉTIDES.

El específico del herpetismo es el arsénico; al lado de este medicamento se colocan los resinosos y la anémona.

Ahora bien; existe cierta clase de aguas minerales arsenicales que, como las de Bourboule, Plombières, Vichy (Fuente Lardy) son específicas del herpetismo por el arsénico que contienen.

El arsénico se encuentra en las aguas minerales bajo dos formas: el arseniato de sosa y el arseniato de hierro; existen por tanto aguas arseniatadas sódicas y arseniatadas ferruginosas.

Las arseniatadas sódicas comprenden: las de Bourboule, Plombières y Avenes; son arseniatadas ferruginosas: las de Vals (Fuente la Dominique), Vichy (Fuente de Lardy), Bussang, etc.

El arseniato de hierro tiene una acción menor en igual peso que el arseniato de sosa; sin embargo, las aguas arseniatadas ferruginosas hacen grandes servicios á los enfermos anémicos atacados de herpetismo.

La medicacion arsenical se dirige contra la naturaleza misma de la enfermedad, y produce, sobre todo, resultados felices en las herpétides vulgares, como el eczema, la psoriasis y el líquen; por el contrario, tiene mal éxito, con frecuencia, al usarla en las afecciones herpéticas malignas (pénfigo herpético ó herpétide esfoliatriz), siendo inútil en los casos de herpétides pseudo-exantemáticas, que se curan espontáneamente.

Las aguas arsenicales, á la vez sulfurosas y cloruradas, tales como La Bourboule y la Fuente Dominique de Vals, convienen á los herpéticos que han padecido accidentes escrofulosos; las aguas arsenicales y bicarbonatadas sódicas, por el contrario, convienen á los sugetos afectados del artritismo y el herpetismo.

M. Hardy aconseja las aguas de Louesche á los individuos que padecen líquen herpético; estas aguas no obran mas que por accion substitutiva, determinando erupciones papulosas y pustulosas.

Las aguas sulfurosas rara vez deben prescribirse en el tratamiento de las herpétides, se las puede aconsejar, sin embargo, cuando dudamos sobre la naturaleza herpética ó escrofulosa de un eczema y cuando este no es inflamatorio. En semejante caso debemos prescribir aguas suaves, como la de San Gervasio. Estas aguas, por otra parte, no obran mas que sobre la afeccion, sobre la modalidad patogenética y la lesion elemental, pero no sobre la enfermedad que ha determinado la afeccion.

DE LAS AGUAS MINERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS Y DE LA LEPRO.

No hay ninguna agua mineral mercurializada, es decir, que obre contra la sífilis misma.

Entre las diversas aguas minerales, las sulfurosas son las únicas que generalmente se prescriben contra las sífilides; pero no tienen mas que una accion excitante y reconstituyente que restaura á los organismos debilitados por la enfermedad ó por una medicacion largo tiempo continuada.

Deben preferirse las sulfurosas calientes á las frias. Luchon ha gozado y goza todavía de cierta supremacia sobre las demás aguas minerales, relativamente al tratamiento de la sífilis, pero creemos con M. Durand-Fardel, que Bareges, Allevard, Aix-en-Savoie, etc., pueden prestar los mismos servicios que Luchon.

M. Bazin envia generalmente los leprosos á las aguas bicarbonatadas sódicas.

FIN.

AFECIONES POR CAUSA EXTERNA

1. Afecciones por causa mecánica ó física

TABLA DE MATERIAS.

CONSIDERACIONES GENERALES.

	Págs.
Trastornos funcionales de la piel (hiperestesia, anestesia, sudor, olor, secrecion sebácea).....	14
Lesiones ó erupciones cutáneas (manchas, botones, esfoliaciones, úlceras, cicatrices).....	17

AFECCIONES GENÉRICAS DE LA PIEL.

Eritema.....	26
Roseola.....	30
Urticaria.....	32
Miliar.....	36
Herpes.....	38
Eczema.....	42
Varicela.....	50
Pénfigo.....	51
Rupia.....	57
Ectima.....	60
Impétigo.....	64
Acné.....	69
Mentagra.....	78
Forúnculo.....	84
Hidrosadenitis.....	86
Líquen.....	89
Prúrigo.....	94
Lupus.....	99
Pitiriasis.....	105
Psoriasis.....	111

AFECCIONES ESPECIALES DE LA PIEL.

AFECCIONES POR CAUSA EXTERNA.

1.º Afecciones por causa mecánica ó física.

Afecciones eritematosas: E. solar, sabañon, intértrigo, eritema paratrimé, urticaria mecánica.....	117
Afecciones papulosas.....	121
Afecciones vesiculosas y pustulosas.....	122
Crisis no parasitarias.....	122

2.º Afecciones provocadas ó artificiales.

Caractéres comunes de las afecciones provocadas.....	123
--	-----

AFECCIONES PROVOCADAS NO PARASITARIAS.

Afecciones eritematosas: urticaria, roseola.....	127
Afecciones papulosas: líquen trópicus, dermatitis de pequeñas y gruesas pápulas.....	128
Afecciones provocadas vesiculosas; miliar sudoral, dermatitis vesiculosa.....	129
Erupciones provocadas ampollas: pénfigo y rupia.....	132
Erupciones provocadas pustulosas.....	133
Erupciones provocadas, caracterizadas por lesiones elementales múltiples.....	135
Erupciones propias de los obreros que trabajan los verdes arsenicales.....	135
Erupciones de los obreros que trabajan la caña de Provenza.....	136
Afecciones de los obreros ocupados en machacar las naranjas amargas.....	137
Afecciones de los pintores, tintoreros y obreros empleados en las fábricas de productos químicos, etc.....	137
Afecciones de las hiladoras de capullos.....	139

AFECCIONES PROVOCADAS PARASITARIAS.

Afecciones producidas por los parásitos vegetales.

<i>Vegetales trichophyticos y onychophyticos.....</i>	142
Favus, tiña favosa.....	142
Favus urceolar.....	142

Favus escutiforme.....	146
Favus escuarroso.....	147
Tiña tonsurante.....	158
Variedades de sitio de la tiña tonsurante.....	163
Tiña pelada.....	173
Pelada acromatosa.....	173
Pelada decalvante.....	174
Alopecia.....	179
<i>Vegetales epidermophyticos</i>	181
Crisis parasitarias: pitiriasis versicolor, pitiriasis nigra, cloasma, etc.....	181
<i>Vegetales epiteliofyticos</i>	184

Afecciones cutáneas producidas por los parásitos animales.

<i>Afecciones producidas por los animales que viven en la superficie de la piel</i>	184
Afecciones producidas por el piojo.....	184
Afecciones producidas por la pulga.....	186
<i>Afecciones producidas por los animales que viven en el espesor de la piel</i>	186
Afecciones producidas por la nigua.....	186
Afecciones producidas por el ácarus (sarna).....	187

AFECCIONES PROVOCADAS INDIRECTAS Ó PATOGENÉTICAS.

<i>Afecciones caracterizadas por una sola lesion elemental</i>	195
Afecciones eritematosas: eritema belladonado, eritema copáico, eritema pelagroso, acrodinico; urticaria patogenética....	195
Afecciones vesiculosas: eczema mercurial.....	200
<i>Afecciones caracterizadas por lesiones elementales múltiples</i>	201
Couperose alcohólica.....	201
Erupciones iódicas.....	203
Erupciones producidas por el bromuro de potasio y el arsénico.	204

AFECCIONES POR CAUSA INTERNA.

§ 1.º Erupciones de las pírexias.....	205
§ 2.º Erupciones pseudo-exantemáticas.....	205
Erupciones pseudo-exantemáticas eritematosas: urticaria.....	205
Erupciones vesiculosas: zona, herpe flictenoide.....	206
Erupcion ampollosa: pénfigo.....	210
Erupcion escamosa: pitiriasis rubra aguda.....	211
§ Afecciones sintomáticas de las enfermedades constitucionales..	213

DE LAS ARTRÍTIDES.

Caractéres comunes de las artrítides.....	213
Caractéres propios de las artrítides.....	215

Artrítides pseudo-exantemáticas.

Eritema nudoso.....	216
Eritema papulo-tuberculoso.....	217
Urticaria hemorrágica.....	218
Herpe circinado.....	219
Hidroa vesiculoso.....	221
Pitiriasis rubra aguda.....	223

Artrítides vulgares.

Acné rosáceo.....	225
Intértrigo.....	226
Acné.....	227
Sicosis.....	229
Eczema artrítico circunscrito.....	231
Herpe sucesivo y crónico.....	234
Hidroa varioliforme.....	235
Pitiriasis.....	235
Psoriasis.....	236
Prúrigo.....	238
Líquen.....	238

Artrítides irregulares.

Urticaria crónica ó enidosis.....	241
Eczema numular y exudante generalizado.....	242
Hidroa ampolloso.....	242
Pénfigo.....	244
Hidrosadenitis.....	245
Ectima, forúnculos.....	246

DE LAS HERPÉTIDES.

Caractéres comunes de las herpétides.....	246
Caractéres propios de las herpétides.....	248

Herpétides pseudo-exantemáticas.

Roseola miliar.....	248
Eczema rubrum generalizado.....	249

Herpétides vulgares.

Melitagra ó impétigo herpético.....	250
Eczema simétrico.....	252
Pitiriasis	255
Psoriasis.....	257
Prúrigo.....	259
Líquén.....	261

Herpétides malignas.

Cnidosis ó urticaria crónica.....	263
Epinéctide.....	264
Pénfigo.....	265

AFECCIONES ESPECIALES DE LA PIEL.

Herpétide esfoliatriz.....	266
----------------------------	-----

ESCROFÚLIDES.

Escrofúlides cutáneas benignas.....	268
Escrofúlides eritematosas: sabañón, eritema indurado y couperose escrofulosa.....	268
Escrofúlides exudativas.....	269
Escrofúlides botonosas: strófulus, prúrigo, líquén, eritema papu- latum, acné.....	271
Escrofúlides malignas.....	276
<i>Escrofúlide eritematosa: lupus eritematoso</i>	277
Lupus acnéico.....	277
Escrofúlide tuberculosa.....	278
Lupus tuberculoso.....	278
Escrofúlide tuberculosa inflamatoria, moluscum.....	279
Escrofúlide crustácea ulcerosa.....	280
Escrofúlide ulcerosa tuberculosa.....	280

Escrofulide ulcerosa inflamatoria.....	282
Etiología y diagnóstico de la escrofulide maligna.....	282
Pronóstico y tratamiento.....	284
De las sífilides.....	286
Caractéres generales de las sífilides.....	286
Afecciones propias.....	287
Placas sífilíticas.....	287
Vejetaciones.....	289
Vitiligo.....	289
Afecciones comunes.....	290
<i>Sífilides exantemáticas</i>	290
Roseola sífilítica.....	291
Sífilide papulo-tuberculosa (líquen).....	292
Sífilide pustulosa.....	293
Sífilide vesiculosa.....	294
<i>Sífilides circunscritas resolutivas</i>	295
Sífilide tuberculosa.....	296
Sífilide pústulo-crustácea circunscrita.....	297
Sífilide papulo-vesiculosa circunscrita.....	298
<i>Sífilides circunscritas ulcerosas</i>	300
Sífilide pústulo-ulcerosa.....	300
Sífilide gomosa.....	303
<i>Sífilides malignas precoces</i>	306
Sífilide puro-vesiculosa.....	307
Sífilide tubérculo-ulcerosa.....	308
Sífilide tubérculo-ulcerante gangrenosa.....	309
Etiología de las sífilides.....	311
Tratamiento de las sífilides.....	311

DE LAS LEPROIDES.

Sintomatología de la lepra.....	314
---------------------------------	-----

§. 4. Afecciones cutáneas sintomáticas de las enfermedades diatésicas.

Esclerodermia.....	321
Keloide.....	322
Micosis fungoide.....	323

DEFORMIDADES DE LA PIEL.

Deformidades por causa externa.....	325
<i>Deformidades provocadas directas</i> : efélide ígnea, tatouage.....	326
<i>Deformidades provocadas por una causa directa</i> : coloracion producida por el nitrato de plata y el índigo.....	326

Deformidades por causa interna.....	327
<i>Deformidades maculosas pigmentarias hipercromatosas: nigricia, melasma, lentigo, nævi.....</i>	327
<i>Deformidades acromatosas: albinismo, vitiligo.....</i>	329
<i>Deformidades maculosas hemáticas, nævi.....</i>	331
<i>Deformidades botonesas: verrugas moluscum.....</i>	332
<i>Deformidades hipertróficas: hipertrofia de la piel, chalazo-dermia, elefantíasis.....</i>	333
<i>Deformidad esfoliatriz: ictiosis.....</i>	335

DE LAS AGUAS MINERALES EN EL TRATAMIENTO
DE LAS AFECCIONES DE LA PIEL.

Aguas minerales de mineralizacion especial.....	339
Aguas minerales de mineralizacion comun.....	341
Aguas minerales en las escrofúlides.....	342
Aguas minerales en las artrítides.....	345
Aguas minerales en las herpétides.....	346
Aguas minerales en la sífilis y la lepra.....	347

Wm. How

FIN DE LA TABLA DE LAS MATERIAS.




TABLA DE LAS MATERIAS.

325 De las enfermedades por causas interinas

326 De las enfermedades producidas por causas extrínsecas

327 De las enfermedades producidas por causas extrínsecas

328 De las enfermedades producidas por causas extrínsecas

329 De las enfermedades producidas por causas extrínsecas

330 De las enfermedades producidas por causas extrínsecas

331 De las enfermedades producidas por causas extrínsecas

332 De las enfermedades producidas por causas extrínsecas

333 De las enfermedades producidas por causas extrínsecas

DE LAS AGUAS MINERALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS AFECTACIONES DE LA PIEL.

334 Aguas minerales de mineralización especial

335 Aguas minerales de mineralización común

336 Aguas minerales en las enfermedades

337 Aguas minerales en las enfermedades

338 Aguas minerales en las enfermedades

339 Aguas minerales en las enfermedades

340 Aguas minerales en las enfermedades

341 Aguas minerales en las enfermedades

[Faint handwritten signatures and text, possibly including the name 'Alfonso' and a date or location.]

IMPRESION DE LA BIBLIOTECA

ELEMENTOS DE MEDICINA OPERATORIA

con expresion de los apósitos y vendajes indicados en cada enfermedad,
basados en los conocimientos anatómicos y en la experiencia de los casos que pueden
presentarse en todas las regiones del cuerpo humano.

POR W. ROSER

PROFESOR DE CIRUJÍA EN LA UNIVERSIDAD DE MARBOURG.

Obra traducida al francés de la quinta edicion alemana, vertida al castellano y aumentada
con la exposicion de las operaciones elementales y datos operatorios, escrita con presencia de los
trabajos de Argumosa, Quijano, Malgaine, Sedillot, Bernard y Huet, etc.

POR M. BALDIVIELSO,

LICENCIADO EN MEDICINA.



Madrid, 1872.—Un tomo de cerca de 900 páginas en 4.º, de compactísima
pero clara impresion, con figuras intercaladas en el texto: 52 rs. en Madrid,
y 56 en provincias.

El hecho de haberse agotado en Alemania, y en un corto período de tiempo,
cinco ediciones de la obra que anunciamos, y el de hallarse traducido á
diferentes idiomas, acusan lo bastante para determinar el mérito de la doctrina
que sus páginas encierra: bien es verdad que su autor, ha venido á
consignar en ellas el fruto de una larga experiencia, y á depositar la sustancia,
el jugo, digámoslo así, de sus vigiliass. Redactado con un recto sentido
práctico que no se desmiente en uno solo de sus párrafos, el libro del
Dr. Roser, reúne admirables condiciones para el médico operador, y es uno
de los que, sin disputa, pueden mejor servir de texto para cursar con lucidez
la asignatura, en las Facultades de Medicina.

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

MANUAL DE PATOLOGÍA MÉDICA Ó INTERNA,

COMPUESTO

CON PRESENCIA DE LAS MEJORES OBRAS DE TEXTO NACIONALES Y EXTRANJERAS,

POR EL LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRURJÍA

DON JOSÉ ALONSO RODRIGUEZ.

Madrid, 1872.—Un grueso volumen en 4.º, de cerca de 800 páginas: 44 reales en Madrid y 48 en provincias.

Careciendo los alumnos de las Facultades de Medicina, de un libro de condiciones convenientes para cursar con aprovechamiento y comodidad la asignatura de *Patología médica*, pues que los muchos y excelentes que de la materia existen son más bien obras de consulta para los prácticos, y por consiguiente nada á propósito para el estudio escolar, el Sr. Alonso Rodriguez ha prestado un señalado servicio á la enseñanza dotándola del libro que anunciamos. Inspirándose para su redaccion en las necesidades del alumno, ha conseguido el autor hacer un trabajo, que, sin ser extenso ni conciso, satisfaga cumplidamente aquellas, tratando en las proporciones pertinentes al caso, con profundo conocimiento y suficiente claridad, las enfermedades que abraza la asignatura.

Para los médicos prácticos, que sus múltiples ocupaciones no les permitan consagrar mucho tiempo al estudio de obras extensas, es tambien de utilidad suma; pues escrita con presencia de los trabajos más recientes de profesores españoles y extranjeros, refleja de una manera exacta el estado actual de la ciencia.

ELEMENTOS

DE

HIGIENE PÚBLICA

Ó

ARTE DE CONSERVAR LA SALUD DE LOS PUEBLOS,

POR EL DOCTOR

D. PEDRO FELIPE MONLAU.

Tercera edicion, completamente nueva por la refundicion total de su plan y texto.

Madrid, 1871; dos tomos en 4.º, con grabados y láminas intercaladas: 40rs. en Madrid y 48 en provincias.

ELEMENTOS
DE
MATERIA FARMACÉUTICA,
MINERAL, ANIMAL Y VEGETAL,
POR EL DR. R. J. GOMEZ PAMO,

AUXILIAR DE LA ASIGNATURA DE EJERCICIOS
PRÁCTICOS DE RECONOCIMIENTO DE MATERIA FARMACÉUTICA
Y PRODUCTOS QUÍMICOS
EN LA UNIVERSIDAD DE MADRID, PREMIADO POR LA MISMA, É INDIVIDUO
DE NÚMERO DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS.



Madrid, 1871 y 1872. Dos tomos en 4.^o, que en junto suman 1.408 páginas de buen papel y esmerada impresion, ilustradas con 206 grabados intercalados en el texto: 72 rs. en Madrid y 80 en provincias.

La favorable acogida que, tanto entre los profesores cuanto entre los alumnos de Farmacia, ha tenido la presente obra, excusan todo elogio de nuestra parte. Cuantas ideas modernas se han emitido, cuantos descubrimientos é investigaciones se han hecho referentes á los materiales farmacéuticos, están incluidos en ella, dando siempre la preferencia á aquellas que más aceptación tienen entre los naturalistas y farmacólogos. Las clasificaciones naturales de cada una de sus partes y el método en la exposicion de materias, hacen que esta obra, de suyo importante, sea hoy la más á propósito para que los alumnos hagan con aprovechamiento el estudio de la asignatura cuyo nombre lleva.

Los farmacéuticos hallarán en ella, no solo los medios de reconocer prácticamente cada una de las sustancias de aplicacion en farmacia, sino tambien los procedimientos para descubrir sus falsificaciones y adulteraciones,

FORMULARIO
OFICINAL Y MAGISTRAL
INTERNACIONAL,

QUE COMPRENDE

MAS DE CUATRO MIL FÓRMULAS ESCOGIDAS,
ENTRESACADAS DE TODAS LAS FARMACÓPEAS OFICINALES,
Y TOMADAS DE LOS PRÁCTICOS MÁS DISTINGUIDOS,

CON

INDICACIONES TERAPÉUTICAS, DÓSIS DE LAS SUSTANCIAS SIMPLES Y COMPUESTAS,
MODO DE ADMINISTRACION, USOS DE MEDICAMENTOS NUEVOS, ETC., ETC.
SEGUIDO DE UN MEMORIAL TERAPÉUTICO,

POR EL DOCTOR J. JEANNEL,

traducido y aumentado con fórmulas españolas y un memorandum terapéutico
de las aguas minerales de la Península,

POR LOS DOCTORES

M. GOMEZ PAMO, MÉDICO, PREMIADO POR LA ACADEMIA DE MEDICINA
DE MADRID, Y J. R. GOMEZ PAMO,
FARMACÉUTICO, PREMIADO POR LA UNIVERSIDAD DE MADRID.

Madrid 1872.—Un tomo en 4.º, de más de 800 páginas impresas á dos columnas: 36 rs. en Madrid y 40 en provincias.

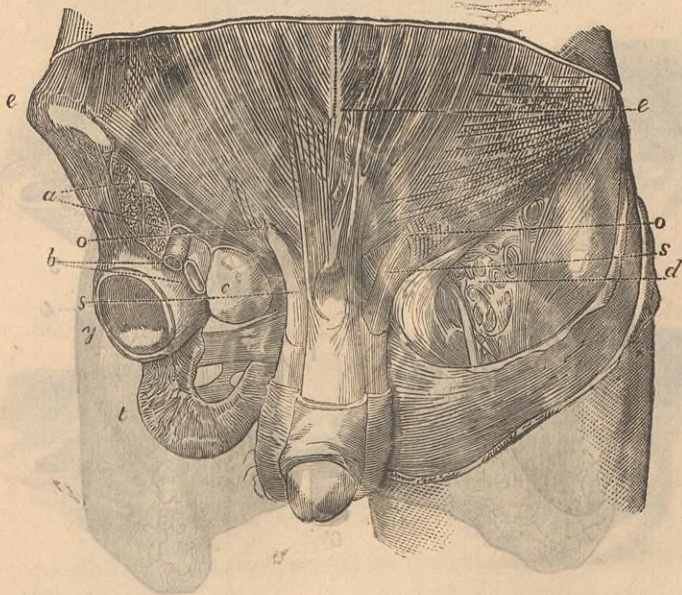
El formulario del Dr. Jeannel es uno de los libros que se recomiendan por sí mismos, no solo por el gran número de fórmulas que contiene, escogidas entre las mejores de las farmacopeas y formularios oficiales de todas las naciones y de los prácticos más distinguidos, sino por el método que por su agrupacion sigue el autor, suficiente por sí solo para hacerle de una utilidad real y positiva. Las fórmulas más nuevas y de mejores resultados prácticos, los medios de administracion más aceptados por distinguidos profesores, las ideas más modernas sobre la absorcion y eliminacion de los medicamentos se hallan consignadas con notable claridad y criticadas con juiciosa rectitud. En suma, la obra del Dr. Jeannel, fruto de un concienzudo trabajo de bastantes años, satisface cumplidamente una necesidad universalmente sentida hasta su aparicion: así lo han comprendido los prácticos de todos los países, reputándola con justicia como el mejor y mas útil de los formularios publicados hasta el día.

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

MANUAL DE PATOLOGIA
Y DE
CLÍNICA QUIRÚRGICAS,
POR EL DOCTOR J. A. FORT,

CON LA COLABORACION DE LOS DOCTORES CAMUSET, PARA LAS ENFERMEDADES
DE OJOS, Y MENTIER PARA LAS DE LOS OIDOS.

TRADUCIDO Y ANOTADO
POR EL DOCTOR M. GOMEZ PAMO,
con figuras intercaladas en el texto.



Madrid, 1870 y 1871. Dos tomos en 4.º de buen papel y esmerada im-
presion, 68 rs. en Madrid y 76 en provincias.

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

MANUAL DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA

Ó RESÚMEN DE TODAS LAS ASIGNATURAS

QUE SE EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE

LICENCIADO EN DICHA FACULTAD,

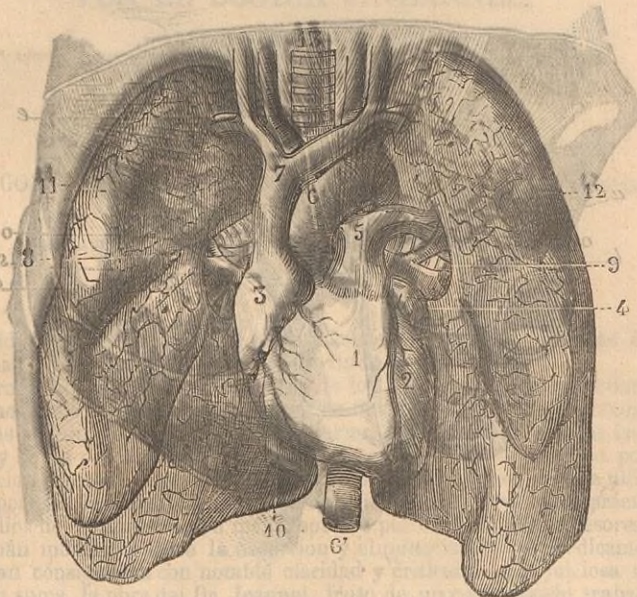
ARREGLADO CON PRESENCIA DE LAS MEJORES OBRAS DE TEXTO
ESPAÑOLAS Y EXTRANJERAS,

POR DON MIGUEL BALDIVIELSO,

Licenciado en la Facultad de Medicina, Sócio corresponsal de la Academia de Ciencias de Lisboa
y de Mérito de la de Medicina Matritense.

SEGUNDA EDICION, CORREGIDA Y AUMENTADA,

ILUSTRADA CON PROFUSION DE GRABADOS.



Madrid, 1871. Un tomo en 4.º de 994 páginas, 48 rs. en Madrid y 54 en provincias.

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LOS OJOS,

TRADUCIDO POR DON MIGUEL BALDIVIELSO.
T. WHARTON JONES,

CON ADICIONES Y NOTAS DE FOUCHER.

Adornado con cuatro láminas grabadas ó iluminadas, y 143 figuras intercaladas en el texto.

VERTIDO AL CASTELLANO

POR DON MIGUEL BALDIVIELSO.



Segunda edición. Madrid, 1864. Un tomo en 8.º mayor de más de 800 páginas, 44 rs. en Madrid y 50 en provincias.

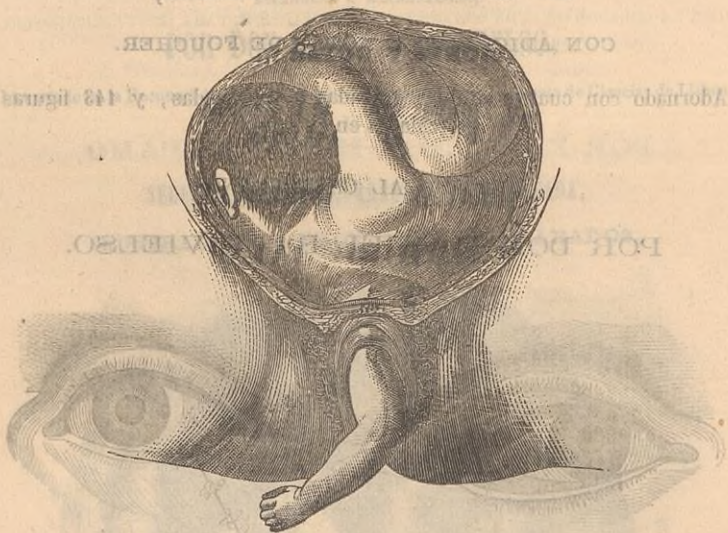
Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

GUIA PRÁCTICO DE LOS PARTOS,

POR LUCIANO PENARD.

Segunda edición, revisada y aumentada, con 112 figuras intercaladas en el texto.

TRADUCIDO POR DON MIGUEL BALDIVIELSO.



Madrid, 1870. Un tomo en 4.º, 20 rs. en Madrid y 24 en provincias.

ELEMENTOS DE HIGIENE PRIVADA,

Ó ARTE DE CONSERVAR LA SALUD DEL INDIVIDUO,

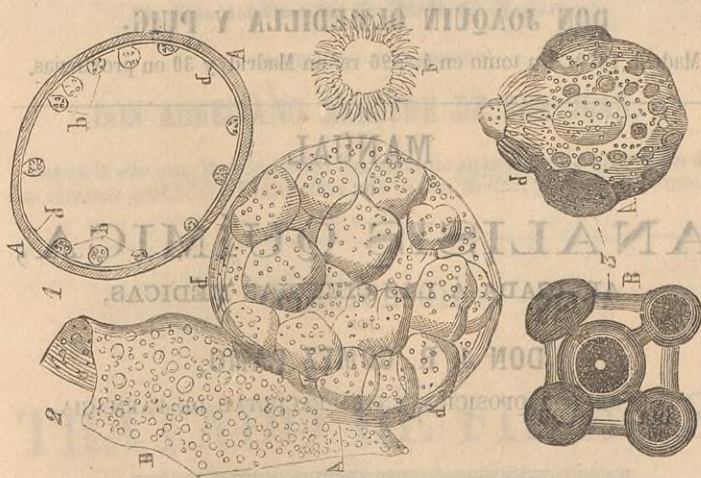
POR EL DOCTOR DON PEDRO FELIPE MONLAU.

Obra declarada de texto para las asignaturas de Medicina.

Cuarta edición, esmeradamente revista, y aumentada con la higiene de la escuela de Salerno (texto en versos latinos, con su traducción castellana), y la higiene en refranes castellanos. Madrid, 1870. Un tomo en 4.º 30 rs. en Madrid y 34 en provincias.

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

ELEMENTOS
DE
PATOLOGIA GENERAL,
POR DON MATÍAS NIETO SERRANO,
DOCTOR EN MEDICINA.



Madrid: 1869. Un tomo en 4.º, de esmerada impresion, adornado con grabados intercalados en el texto, 26 rs. en Madrid y 30 en provincias.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DE LOS
TUMORES DE LAS MAMAS,
POR M. A. BÉRARD,
TRADUCIDO
POR DON JOSE SAGARRA Y ROJAS.

Segunda edicion. Madrid, 1868. Un tomo en 4.º, 8 rs. en Madrid y 10 en provincias.

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

MANUAL
DEL
ESTUDIANTE DE FARMACIA,

Ó RESÚMEN DE TODAS LAS ASIGNATURAS NECESARIAS PARA ASPIRAR AL GRADO
DE LICENCIADO EN DICHA FACULTAD.

OBRA ILUSTRADA CON GRABADOS,

POR EL DOCTOR

DON JOAQUIN OLMEDILLA Y PUIG.

Madrid, 1870. Un tomo en 4.º, 26 rs. en Madrid y 30 en provincias.

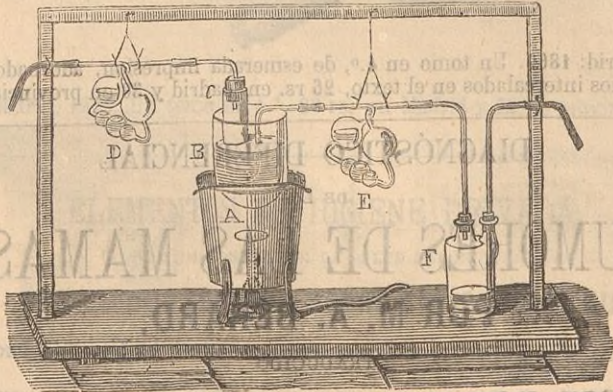
MANUAL
DE
ANÁLISIS QUÍMICA,

APLICADA Á LAS CIENCIAS MÉDICAS,

POR

DON J. R. GOMEZ PAMO,

DOCTOR POR OPOSICION EN LA FACULTAD DE FARMACIA.



Obra ilustrada con grabados. Madrid, 1870. Un tomo en 4.º, 30 rs. en
Madrid y 34 en provincias.

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

TRATADO

DE LAS

ENFERMEDADES VENÉREAS,

POR

A. VIDAL (de Cassis),

Cirujano del Hospital del Mediodía (Venéreos),

TRADUCIDO POR EL DOCTOR

DON AURELIANO MAESTRE DE SAN JUAN.

Segunda edición. Madrid, 1868. Un tomo de más de 500 páginas en 4.º,
con láminas grabadas ó iluminadas, 38 rs. en Madrid y 42 en provincias.

PIRETOLOGIA

6

TRATADO DE FIEBRES,

ESCRITO CON PRESENCIA DE LAS OBRAS Y TRABAJOS
DE LOS MÁS NOTABLES AUTORES,

COMO SON FRANC, VALLEIX, GRISOLLE, MONNERET, BOSSU, NIEMEYER,
DRUMEN, HUFELAND, GINTRAC, ETC.,

ARREGLADO Á LAS EXPLICACIONES DE DON RAMON SANGHEZ MERINO,
CATEDRÁTICO DE PATOLOGIA INTERNA EN LA UNIVERSIDAD
CENTRAL,

POR

DON GALO PINTADO Y JORDAN,

Médico de la Beneficencia municipal de Madrid.

Madrid, 1871. Un tomo en 4.º, 8 rs. en Madrid y 10 en provincias.

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

COMPENDIO

DE

TERAPÉUTICA GENERAL Y MATERIA MÉDICA,

COMPUESTO

CON PRESENCIA DE LAS OBRAS Y TRABAJOS

DE LOS SEÑORES TROUSSEAU Y PIDOUX,

BOUCHARDAT, RIBES, FONSSAGRIVES, SALES-GIRONS, CHOMEL, GUYOT, DONNÉ,

MIHALE, OMS, ORIOL, Y OTROS; Y CON LA DE LOS HECHOS

Y OBSERVACIONES PUBLICADAS EN LAS COLECCIONES PERIÓDICAS

DE LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS,

POR

DON JOSÉ ALONSO Y RODRIGUEZ,

Licenciado en Medicina.

Madrid, 1871. Un tomo en 4.º de más de 500 páginas, 28 rs. en Madrid y 32 en provincias.

APUNTES

DE

FARMACIA QUÍMICO-ORGÁNICA,

TOMADOS

EN LA CÁTEDRA QUE DE ESTA ASIGNATURA EXPLICA

EN LA FACULTAD DE MADRID

EL DOCTOR DON SANTIAGO DE OLÓZAGA,

POR EL LICENCIADO

DON FRANCISCO MARIN Y SANCHO.

Segunda edición corregida y aumentada.

Madrid, 1871. Un tomo en 4.º, 28 rs. en Madrid y 32 en provincias.

PRÁCTICA DE OPERACIONES FARMACÉUTICAS,

REDACTADAS CON PRESENCIA

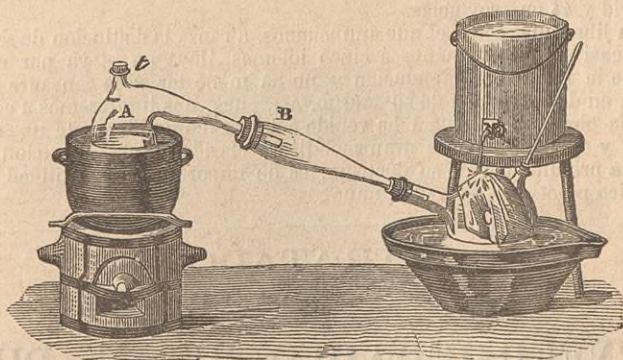
DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA CLASE DE ESTA ASIGNATURA

EN LA FACULTAD DE FARMACIA DE MADRID,

Y DE LAS OBRAS Y PUBLICACIONES PERIÓDICAS ESPAÑOLAS Y EXTRANJERAS

MÁS IMPORTANTES

POR UN LICENCIADO EN FARMACIA.



Madrid, 1872.—Un tomo en 4.º, de excelente papel é impresion, con grabados intercalados en el texto, 24 rs. en Madrid y 28 en provincias.

Muchos años hace que los alumnos de la Facultad de Farmacia se ejercitan en la práctica de las operaciones farmacéuticas, pero nunca han tenido un libro que les facilitara el estudio de esta importante asignatura. El que anunciamos encierra, condensada en un volumen no muy extenso, cuanto se ha escrito en España y en el extranjero sobre la práctica químico-farmacéutica, y los curiosos datos recogidos en las explicaciones del sábio doctor D. José Campo y Camps. Además de las manipulaciones que son indispensables conocer para ejercitarse en las operaciones, contiene todas aquellas más importantes que el farmacéutico puede practicar en su laboratorio y el alumno en la clase de esta asignatura. Es por lo tanto para el primero un guia exacto en la marcha de sus trabajos, y un libro indispensable para el segundo que quiera aprovechar ventajosamente el curso de la expresada asignatura.

Los grabados que contiene son en su mayor parte originales y representan los aparatos que se emplean en el laboratorio de la Facultad de Madrid,

Librería de MOYA Y PLAZA, Carretas, 8.—Madrid.

TRATADO ELEMENTAL
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA INFANCIA,
POR A. VOGEL,

PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA DE DORPART,

TRADUCIDO DE LA ÚLTIMA EDICION

por los doctores

D. J. PEREZ OBON Y D. J. GONZALEZ HIDALGO.

Madrid, 1872.—Un tomo de más de 600 páginas en 4.º, de excelente papel é impresion, adornado con grabados intercalados en el texto, 40 rs. en Madrid y 4½ en provincias.

Un libro que, como el que anunciamos, alcanza la distincion de ser traducido casi simultáneamente á cinco idiomas, lleva en sí ya por este solo hecho la mejor recomendacion y no há menester se le consagre linea alguna en demostracion de su mérito. Así, pues, nos limitaremos á consignar que la obra del Dr. Vogel ha venido á llenar cumplidamente una alta mision, y que, tanto por la gran sencillez y claridad en la exposicion, cuanto por la profundidad de su doctrina, es de importantísima utilidad para el médico práctico y para el alumno.

TRATADO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LA PIEL,

AJUSTADO Á LAS DOCTRINAS DE MR. BAZIN,

POR EL DOCTOR E. BAUDOT,

ANTIGUO INTERNO DEL HOSPITAL DE SAN LUIS,

traducido

POR DON VICENTE SAGARRA Y LASCURAIN,

LICENCIADO EN MEDICINA.

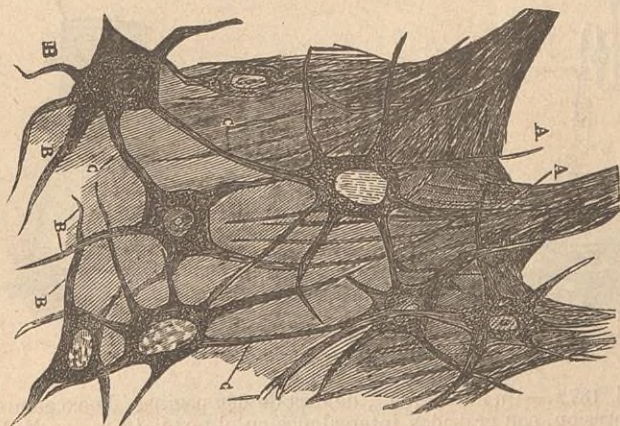
Madrid, 1872.—Un tomo en 4.º, de buen papel y esmerada impresion, 18 rs. en Madrid y 18 en provincias.

ELEMENTOS
DE
FISIOLOGÍA,
POR EL DR. HERMAN,

PROFESOR DE FISIOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD DE ZURICH;
OBRA TRADUCIDA AL FRANCÉS DE LA SEGUNDA EDICION ALEMANA:
POR M. ROYE,
REVISADA Y ANOTADA POR EL DOCTOR ONIMUS.

Traducida al castellano de la última edición francesa,

POR EL DR. J. G. HIDALGO.



Células anteriores de la médula, en la region lumbar.

Madrid, 1871.—Un tomo en 4.º, de excelente papel y esmerada impresión, con grabados intercalados en el texto: 36 rs. en Madrid y 40 en provincias.

La Fisiología del Dr. Herman, que ha sido vertida ya á diferentes idiomas y alcanzado un éxito extraordinario, contiene, á la vez que preciosos trabajos originales, una completa exposición de las opiniones de los más eminentes fisiólogos y un sucinto resumen de todos los descubrimientos recientes. La clasificación de su autor y la multitud de hechos nuevos é interesantes que enumera, hacen que este libro tenga un valor considerable para el médico y que sea uno de los que mejores condiciones reunan para servir de texto á los alumnos.

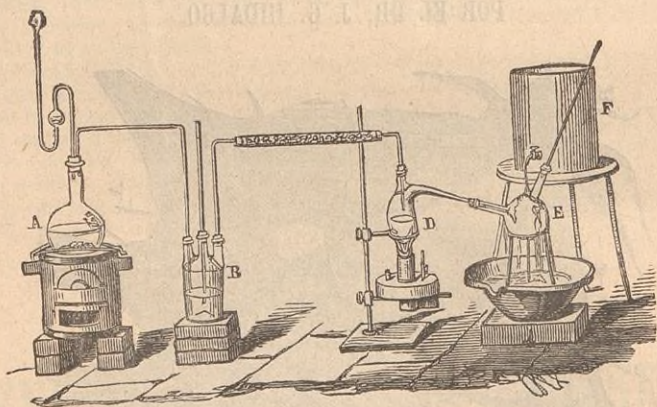
COMPENDIO
DE
QUÍMICA INORGÁNICA GENERAL,

Y APLICADA Á LAS CIENCIAS MÉDICAS

SEGUIDO DE UNAS NOCIONES DE QUÍMICA ORGÁNICA,

POR EL DOCTOR

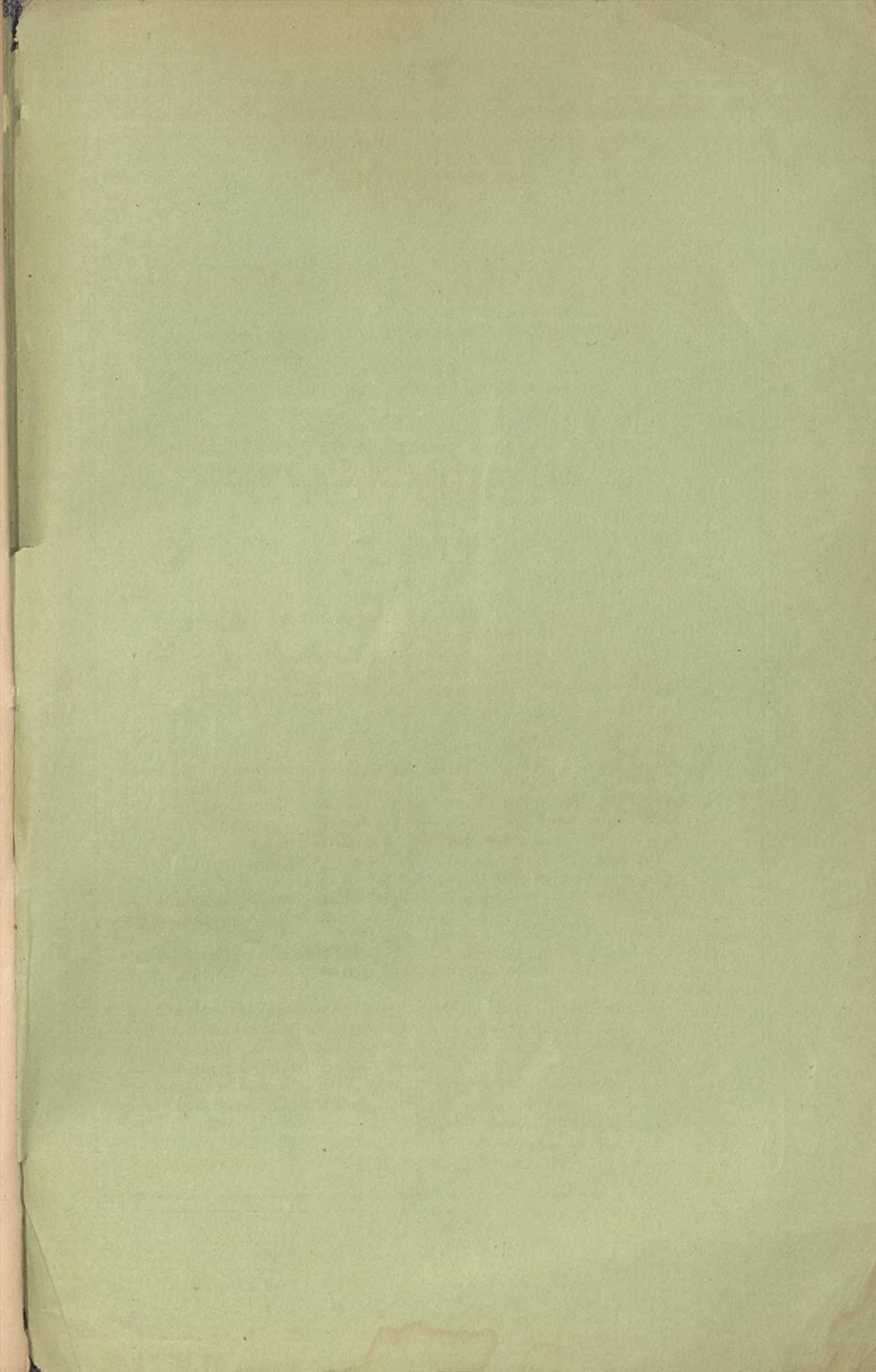
DON JOAQUIN OLMEDILLA Y PUIG.



Madrid, 1872.—Un tomo en 4.º, de más de 600 páginas, de excelente papel é impresion. con grabados intercalados en el texto: 40 rs. en Madrid y 44 en provincias.

Consignar en un libro de no mucha extension todo lo concerniente á la materia que el título abraza, haciéndolo de modo que sea uno de los más adecuados para el cursante de la asignatura, y á la vez de no escasa utilidad para el farmacéutico y el médico, tal ha sido el propósito del autor al redactar el que anunciamos, y lo que ciertamente ha conseguido. Un bosquejo histórico de la química, nociones generales de los cuerpos metalóides, ácidos, metales, juntamente con las sales de los mismos, aplicaciones médicas, problemas prácticos; hé aqui resumidas las materias de que trata.

Ayudante, por oposicion, el Sr. Olmedilla desde hace bastantes años á la cátedra de farmacia químico-inorgánica de la Universidad de Madrid, ha cosechado preciosos datos prácticos, que unidos al detenido estudio que ha hecho de las más notables obras de química, nacionales y extranjeras, le han permitido desempeñar su cometido de una manera ventajosa.



OBRAS EN PUBLICACION

DE LA LIBRERÍA DE MOYA Y PLAZA.

WEST.—*Tratado teórico-práctico de las enfermedades de las mujeres*, traducido directamente del inglés y adicionado con presencia de las obras de Churchill, Huguier, d' Aran, Courty, Bennett, Lagneau, Arce y Luque, Alonso y Rubio, etc., etc., por D. Miguel Baldivielso. Constará de dos tomos en 4.º, con numerosos grabados intercalados en el texto: se ha repartido el primero, y el segundo aparecerá durante el próximo Febrero. Cuesta, durante la publicación, 54 rs. en Madrid y 60 en provincias, pagados en el acto de suscribirse: una vez terminada se aumentará el precio.

MAESTRE DE SAN JUAN.—*Tratado de Anatomía general*, que comprende el estudio de los principios inmediatos, elementos anatómicos, líquidos del organismo, tejidos, sistemas y aparatos orgánicos; precedido del conocimiento y manejo del microscopio, de la preparación y conservación de objetos micrográficos, acción de los reactivos sobre los tejidos é inyecciones finas. Formará un tomo en 4.º de mas de 700 páginas, de excelente papel y bella impresión, adornado con numerosos grabados intercalados en el texto, y se dará en dos partes, habiéndose repartido la primera; la segunda aparecerá en los primeros días de Febrero. Su coste durante la publicación es 40 reales en Madrid y 44 en provincias, pagados en el acto de suscribirse: una vez terminada se aumentará el precio.

GOSELLIN.—*Clínica quirúrgica del hospital de la Caridad de Paris*; traducida por el doctor M. Gomez Pamo, cirujano de número del hospital de Madrid. Formará dos gruesos volúmenes en 4.º, con grabados en el texto, y se darán en cuatro partes, que aparecerán en los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril, siendo su coste durante la publicación 80 rs. en Madrid y 88 en provincias, pagados en el acto de suscribirse: terminada la obra se aumentará el precio.

BRIAND, BOUIS Y CASPER.—*Manual completo de Medicina legal y Toxicología*, traducido y ordenado por M. Gomez Pamo, doctor en Medicina, y J. R. Gomez Pamo, doctor en farmacia; dispuesto con arreglo á la vigente legislación española por F. Romero Gilsanz, abogado del ilustre Colegio de Madrid y diputado á Córtes. Constará de dos tomos en 4.º, de excelente papel é impresión, adornados con grabados, tres láminas grabadas en acero y un atlas cromo-litografiado; se darán en cuatro partes, que aparecerán durante los meses de Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero, siendo el coste de cada parte durante la publicación 18 rs. en Madrid y 20 en provincias: una vez terminada se aumentará el precio. Las láminas y el atlas se repartirán con la última parte.

GUIA INDISPENSABLE DEL MÉDICO-CIRUJANO CIVIL Y MILITAR, que comprende: *Práctica de la cirugía de urgencia*, por el doctor A. Corre.—*Primeros socorros á los heridos sobre el campo de batalla y en las ambulancias*, por el doctor H. Bernard, traducidos por el alumno de último año de la Facultad de Medicina de la Universidad central don Pedro Brun. Formará un tomito en 8.º, adornado con grabados, y aparecerá en el mes de Enero.